



**FACULDADE DE CIÊNCIAS DO DESPORTO E EDUCAÇÃO FÍSICA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA**

**Maria Inês de Noronha Boavida  
Fernandes**

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

**COIMBRA**

**2014**

**MARIA INÊS FERNANDES**

**VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL  
PROFUNDA: PERSPECTIVA DOS PAIS E 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**

**2014**

Fernandes, M. (2014). *Vivência da sexualidade da pessoa com deficiência intelectual profunda: Perspectiva dos Pais e Profissionais*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

## RESUMO

Vivemos num mundo em que o tema da sexualidade está bem presente na nossa vida. A educação sexual é um tipo de conhecimento que é essencial quando se discute o tema da sexualidade, pois verificamos que o próprio conceito da sexualidade é ainda considerado tabu, sendo alvo de mitos e crenças. Ao estudarmos este tema conjugado com a deficiência intelectual (DI), constatamos que se agravam os estigmas e preconceitos, dando origem, conseqüentemente, a comportamentos conservadores e atitudes repreensivas. No fundo, existe um grau de dificuldade mais elevado por parte de Pais e Profissionais de pessoas com DI em lidar com este tema.

O objectivo deste estudo é conhecer as atitudes dos Pais e dos Profissionais face à sexualidade de uma pessoa com deficiência intelectual profunda. Neste estudo tivemos a colaboração de 7 Pais e 20 Profissionais da Associação para a Recuperação de Cidadãos Inadaptados da Lousã (ARCIL), num total de 27 sujeitos. Para atingirmos o objectivo a que nos propusemos, utilizámos como instrumentos de medida o questionário de Ivone Félix, dirigido aos Profissionais e constituído por dados sociodemográficos e por uma escala de atitudes face à sexualidade da pessoa com deficiência intelectual (SMRAI – *Sexuality and Mentally Retarded Attitudes Inventory*); e o questionário de António Martins, dirigido aos Pais que têm filhos com deficiência intelectual numa instituição em particular, também constituído por questões sociodemográficas e por questões de natureza unicamente descritiva.

Os resultados permitiram-nos verificar que os Pais apresentam atitudes conservadoras face à sexualidade da pessoa com deficiência intelectual, enquanto que os Profissionais adoptam atitudes liberais. No grupo de Pais verificámos que apenas existem diferenças estatisticamente significativas no nível sócio-económico e no grupo de Profissionais ao nível do género, habilitações literárias, formação base, nível sócio-económico e no facto de ter ou não um familiar com deficiência.

**Palavras-chave:** Atitudes. Sexualidade. Deficiência Intelectual. Deficiência Intelectual Profunda. Pais. Profissionais.

## ABSTRACT

We live in a world where the topic of sexuality is present in many aspects of our daily life. Despite this, sexuality is still considered taboo in many cases or situations, and this is why sexual education is paramount when discussing this topic. While studying sexuality in combination with intellectual disability (ID), we found that the stigmas and prejudices get worse, thus giving rise to conservative behaviours and reprehension attitudes. In fact, it is clear that both parents of ID individuals and professionals that deal with them have higher difficulty in dealing with this issue.

The aim of this study was to determine and characterise the attitudes of parents and professionals towards sexuality of people with profound intellectual disability. This study had the cooperation of seven parents and 20 professionals working at ARCIL (Associação para a Recuperação de Cidadãos Inadaptados da Lousã, Portugal), involving a total of 27 subjects. To achieve the goal we set ourselves, we used Ivone Felix's questionnaire as tool, directed at professionals and consisting of demographic data and a scale of attitudes towards sexuality of people with intellectual disability (SMRAI – Sexuality and Mentally Retarded Attitudes Inventory), and António Martins' questionnaire specifically addressed at parents who have children with intellectual disability in a particular institution, consisting of socio-demographic questions of descriptive nature only.

The results allowed us to find that parents have conservative attitudes, while professionals adopt liberal attitudes towards the sexuality of people with intellectual disability. In the parents' group, we only found statistically significant differences in the socio-economic level, whereas in the professionals' group we found statistically significant differences in gender, qualifications, basic training, socio-economic status, and in the fact of whether or not they have a disabled family member.

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

## LISTA DE FIGURAS

**Ilustração 1** – Organograma da instituição ARCIL

32

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Caracterização da Amostra de Profissionais e Pais	26
<b>Tabela 2</b> – Tabela de Frequências: Questionário dos Pais	37
<b>Tabela 3</b> – Tabela de Frequências – Escala SMRAI: Questionário para os Profissionais	39
<b>Tabela 4</b> - Tabela de Frequências Simplificada – Escala SMRAI: Questionário para os Profissionais	43
<b>Tabela 5</b> – Tabela de Frequências das Atitudes dos Profissionais Face à Deficiência Mental Profunda	48
<b>Tabela 6</b> – <i>Alpha de Cronbach</i> (Escala Total Sub-escalas) da SMRAI	49

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ARCIL</b>	Associação para a Recuperação de Cidadãos Inadaptados da Lousã
<b>DI</b>	Deficiência Intelectual
<b>HIB</b>	<i>Haemophilus</i> de Infância do tipo B
<b>QI</b>	Quociente de Inteligência
<b>SMRAI</b>	<i>Sexuality and Mentally Retarded Attitudes Inventory</i>
<b>SPSS</b>	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
<b>n</b>	Frequência
<b>%</b>	Porcentagem
<b><math>\bar{X}</math></b>	Média
<b>Dp</b>	Desvio Padrão
<b><math>\alpha</math></b>	<i>Alpha de Cronbach</i>

## SUMÁRIO

RESUMO .....	III
ABSTRACT .....	IV
LISTA DE FIGURAS .....	V
LISTA DE TABELAS .....	VI
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS .....	VII
SUMÁRIO .....	VIII
1. INTRODUÇÃO .....	1
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	5
2.1 Deficiência intelectual.....	5
2.1.1 Definição e conceptualização .....	5
2.1.2 Classificação .....	6
2.1.3 Etiologia .....	8
2.2 Sexualidade .....	9
2.2.1 Aspectos gerais .....	9
2.2.2 Sexualidade na deficiência intelectual .....	11
2.2.3 Distúrbios da conduta sexual da pessoa com deficiência intelectual .....	16
2.2.4 Sexualidade e religião.....	18
2.3 Atitudes.....	19
2.3.1 Definição do conceito.....	19
2.3.2 Atitudes face à sexualidade .....	21
2.3.3 Atitudes face à sexualidade na deficiência intelectual .....	22
2.3.4 Atitudes de Pais e Profissionais face à sexualidade na deficiência intelectual .....	23
3. METODOLOGIA.....	26
3.1 Caracterização da amostra .....	26
3.1.1 Caracterização da instituição.....	31
3.2 Definição de variáveis .....	33
3.3. Instrumentos utilizados .....	33
3.4 Procedimentos .....	34
3.5 Análise estatística .....	35
4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS.....	37
4.1 Resultados obtidos do questionário dos Pais .....	37

4.2 Resultados obtidos do questionário dos Profissionais.....	39
4.3 Análise estatística intragrupal.....	49
4.3.1 Grupo dos Pais .....	50
4.3.2 Grupo dos Profissionais .....	51
5. DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	53
6. CONCLUSÃO .....	64
7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO E SUGESTÕES PARA FUTURAS INVESTIGAÇÕES .....	65
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	66

## LISTA DE ANEXOS

**Anexo 1:** Carta de Autorização

**Anexo 2:** Questionário para os Pais

**Anexo 3:** Questionário para os Profissionais

**Anexo 4:** Tabela de Frequências - Questionário dos Pais

**Anexo 5:** Tabela de Frequências - Questionário dos Profissionais

**Anexo 6:** Tabela de Frequências - Atitudes dos Profissionais face à Deficiência Mental Profunda

**Anexo 7:** Valores de *Alpha de Cronbach*

## 1. INTRODUÇÃO

A sexualidade é um tema que tem influência na saúde física e mental do ser humano. É, como tal, uma componente fundamental da qualidade de vida, pois desempenha um papel importante no que diz respeito à auto-estima, ao equilíbrio emocional e à capacidade de relacionamento, contribuindo para o seu desenvolvimento.

Como é um assunto extremamente pessoal, devido ao seu carácter íntimo e sensível, é por muitos ainda considerado um assunto tabu; para além disso, na nossa sociedade, a conjugação da sexualidade com a deficiência é objecto de reticências e críticas, já que levanta questões de teor delicado, que estão na origem de muitos preconceitos.

As manifestações da sexualidade passaram a ser aceites na população em geral, mas quando se fala em portadores de deficiência mental estas manifestações continuam a encontrar resistências (Franco, 2010).

Na perspectiva da sociedade em geral, a pessoa com deficiência é frequentemente vista como um ser assexuado, sem direito a relacionamentos sexuais nem a relações amorosas, sendo que estes direitos são apenas reconhecidos a pessoas ditas normais.

No que se refere às atitudes da sociedade perante a deficiência intelectual, constatamos que desde sempre existiram opiniões contraditórias acerca desta parcela da população. Por um lado, ganhavam forma os sentimentos de repulsa e indiferença, por outro, verificavam-se comportamentos de superprotecção e de pena (Martins, 2013).

A sexualidade exhibe características de padrão comportamental, que tem por base aspectos tão diversos como crenças religiosas e formas de pensar fortemente condicionadas por preconceitos e discriminação. Este tipo de mentalidade agrava-se quando se refere à sexualidade de pessoas com deficiência.

De acordo com o que foi dito anteriormente, é fácil entender que muitos dos Pais de pessoas com deficiência sofrem todo o tipo de influências da sociedade e evidenciam uma mentalidade fechada ao verem os seus próprios filhos como

diferentes, infantis e sem direito à vida sexo-afectiva. Por este motivo, é muito comum que abordar o assunto da sexualidade com os filhos com deficiência intelectual esteja fora de questão.

Vista pela sociedade de forma diferente, a pessoa com deficiência, para além de ser excluída de alguns parâmetros relativos à qualidade de vida, também não se “encaixa” na estereotipização do género masculino ou género feminino. Esta advém não só do facto de a sociedade ver as pessoas com deficiência como infantilizadas, mas também da imagem inculcada ao indivíduo do género masculino como másculo, viril e com bom desempenho a nível sexual, enquanto que o indivíduo do género feminino é visto como um ser frágil e inseguro, que existe para ser mãe, cuidar dos filhos e da casa, tendo um foco especial no seu corpo, estereotipado como esbelto e belo. Desta forma, as pessoas com deficiência sofrem a denominada inadaptação social, pois deixam de ser incluídas nestas categorias pela sociedade.

Constatamos que, na nossa sociedade, não existe uma sensibilização direccionada para este tópico, verificando-se a existência de diversas reacções. Esta situação resulta em preconceito, gera polémica e suposições incorrectas.

A pessoa com deficiência mental, como todas as demais, tem necessidade de expressar os seus sentimentos, desejos, atracção, de uma forma própria, ao longo da vida e nas relações com os outros, forjando por meio dos papéis sexuais, uma identidade de género. Assim, é necessário aprofundar o conhecimento acerca das percepções que as próprias pessoas com deficiência têm sobre a sua situação, sejam elas de satisfação ou de insatisfação relativamente às respostas institucionais (Denari, 2010).

Como seres humanos que somos, é inevitável lidarmos com necessidades decorrentes da própria biologia. Pretendemos, então, identificar formas de lidar com estas necessidades, pelo que uma educação sexual adequada é indispensável, tanto para pessoas ditas normais como para pessoas com deficiência, já que a qualidade de vida é um factor determinante em todos nós e ninguém dela deverá ser privado.

O propósito desta investigação é o de aprofundar o tema da sexualidade em pessoas com deficiência intelectual. Com base no conhecimento obtido, será

possível formular estratégias para melhorar o modo de abordar a sexualidade neste tipo de populações. Ao tornar as pessoas mais conscientes e conhecedoras do problema, esperamos melhorar a forma como estas lidam com a situação, para que possamos, subseqüentemente, desenvolver programas de educação sexual adequados a pessoas com deficiência intelectual.

É de salientar que o objectivo fundamental é conhecer as atitudes dos Pais e dos Profissionais relativamente à sexualidade do deficiente intelectual profundo. Mais concretamente, os objectivos específicos destacados para este estudo são:

- Conhecer as atitudes dos Profissionais face à sexualidade da pessoa com deficiência intelectual profunda.
- Conhecer as atitudes dos Pais face à sexualidade dos filhos com deficiência intelectual profunda.
- Fazer um levantamento dos estudos que já existem relacionados com este tema.
- Comparar os resultados do presente estudo com os resultados de estudos aplicados noutras comunidades, dado que este é realizado na instituição ARCIL.

O presente documento está organizado por secções, que compreendem, a Introdução, o Enquadramento Teórico, Metodologia, Apresentação de Resultados, Discussão de Resultados, Conclusão, Limitações do Estudo e Sugestões para Futuras Investigações e Referências Bibliográficas.

Sendo assim, a primeira parte da secção do Enquadramento Teórico aborda a deficiência intelectual em termos da sua definição e conceptualização, a sua classificação e, por fim, a etiologia.

A segunda parte abrange a temática da sexualidade, nomeadamente aspectos gerais, sexualidade na deficiência intelectual, distúrbios da conduta sexual do deficiente intelectual e a sexualidade e religião.

A terceira parte é relativa às atitudes, onde se aborda a sua definição, atitudes face à sexualidade, atitudes face à sexualidade na deficiência intelectual e, por fim, as atitudes dos Pais e Profissionais face à sexualidade na deficiência intelectual.

Na secção da Metodologia, é feita a caracterização da amostra e da instituição, a definição de variáveis, a descrição dos instrumentos utilizados, bem como dos procedimentos e a análise estatística.

Na secção da Apresentação dos Resultados, expomos os resultados obtidos no questionário dos Pais, os resultados obtidos no questionário dos Profissionais e efectuamos a análise estatística intragrupal.

O nosso estudo termina com as secções da Discussão de Resultados, onde reflectimos, damos a nossa opinião e comparamos os dados com outros autores; a Conclusão, onde realizámos um sumário do estudo e principais conclusões; e as Limitações do Estudo e Sugestões para Futuras Investigações, onde apresentamos dificuldades surgidas durante o desenvolvimento do estudo e algumas sugestões para futuros trabalhos relacionados com este tema.

Neste documento encontra-se ainda a lista de Referências Bibliográficas e os Anexos.

## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 2.1 Deficiência intelectual

#### 2.1.1 Definição e conceptualização

Nesta temática, existiu uma evolução de conceitos: “Atraso Mental” era o termo utilizado inicialmente e, hoje em dia, essa expressão ainda está em vigor como forma de ofender alguém, pois era compreendido como demência e comprometimento permanente da racionalidade e do controlo comportamental, contribuindo para a fomentação de atitudes preconceituosas e discriminatórias. Como existia um conflito de ideologias que assentavam na comparação da deficiência com a doença mental e, por possuir uma conotação negativa, alterou-se o conceito para “Deficiência Mental”.

A *American Association on Mental Retardation* (2006) apontou um novo conceito de “Deficiência Mental”, passando este a ser “Deficiência Intelectual”. A mudança não foi meramente conceitual, sendo que transformou a concepção da forma como se compreendem estes termos nos processos de mediação social e educacional. Isto significa que, em vez de se dar ênfase ao funcionamento como um todo, é visto apenas o funcionamento do intelecto.

O termo actual é “Deficiência Intelectual” e uma definição adequada pode ser traduzida como uma redução da capacidade intelectual (QI), situada abaixo dos padrões considerados normais, muitas vezes sem afectar outras regiões ou funções cerebrais.

A deficiência intelectual é caracterizada por limitações significativas tanto no funcionamento intelectual como no comportamento adaptativo, sendo este último expresso nas habilidades adaptativas conceituais, sociais e práticas. Esta deficiência aparece antes dos 18 anos (Schalock et al., 2010).

Desta forma, a principal característica deste tipo de deficiência é um funcionamento intelectual significativamente inferior à média ( $QI \leq 70$ ), acompanhado de limitações significativas no funcionamento adaptativo em, pelo menos, duas das seguintes áreas de habilidades: comunicação, segurança, cuidado pessoal, trabalho, vida domiciliar, lazer, auto-suficiência, saúde, uso de recursos comunitários, habilidades sociais/interpessoais, habilidades académicas funcionais.

A deficiência intelectual pode ser agrupada em categorias que caracterizam ao pormenor os diferentes graus existentes. Ao invés da generalização do conceito, estas categorias permitem identificar as diferentes necessidades e dificuldades desta população e, conseqüentemente, compreendê-las mais facilmente.

Desta forma, contribuimos para um melhor conhecimento da temática em questão, o que nos permite compreender e ajudar estas pessoas para que sejam integradas na sociedade, evitando, assim, a sua marginalização.

### **2.1.2 Classificação**

Os sistemas de classificação permitem uma filtragem dos dados existentes. Desta forma, estes sistemas são funcionais e eficazes, não permitindo generalizações sobre o indivíduo ou subgrupo, facilitando a organização do conhecimento. Ao efectuarmos esta classificação, vamos dividir a deficiência intelectual em subgrupos, de acordo com critérios pré-estabelecidos.

São utilizadas medidas e ferramentas que permitam tirar as devidas conclusões, sendo estas testes de inteligência, escalas de comportamento adaptativo, idade em que foi identificada a deficiência e avaliações necessárias para estabelecer o diagnóstico de deficiência intelectual.

De acordo com a *World Health Organization* (1996), existem seis níveis de deficiência intelectual: nível ligeiro, moderado, severo, profundo, outros e indeterminado. Estes níveis fazem equivalência com o Quociente de Inteligência.

Em termos gerais e práticos, a inteligência tem sido, predominantemente, representada por um número – o Quociente de Inteligência (QI), que quantifica o desempenho do indivíduo face a uma série de problemas e em referência aos resultados da distribuição amostral obtida junto de uma quantidade significativa de respondentes que reflectem as características da população à qual o indivíduo pertence (Sanches-Ferreira et al., 2012).

O **nível ligeiro** (QI entre 50-69) traduz-se na incapacidade para resolver situações problema. Este nível é mais facilmente identificável no início do percurso escolar devido às limitações intelectuais que estes indivíduos demonstram. No entanto, podem alcançar um nível escolar equivalente ao 1º Ciclo do Ensino Básico, desenvolver a sua aprendizagem sócio comunicacional e adaptar e integrar-se no

mundo laboral. Dado que os sujeitos apresentam um atraso mínimo nas áreas perceptivo-motoras, geralmente não têm dificuldade no processo adaptativo ao ambiente familiar.

O **nível moderado** (QI entre 35-49) é relativo a um considerável atraso na aprendizagem, englobando pessoas que possam ser autónomas a nível pessoal e social, mas que revelam, no entanto, mais dificuldades do que as da categoria anterior. Embora os indivíduos possam aprender a comunicar pela linguagem verbal, apresentam dificuldades na expressão oral e na compreensão. Fisicamente, o desenvolvimento motor é aceitável e têm possibilidades de adquirir alguns conhecimentos básicos que lhes permitam realizar determinados trabalhos. Mediante esta quantificação de QI, é-lhes extremamente difícil dominar matérias relativas ao cálculo, à escrita ou à leitura.

O **nível severo** (QI entre 20-34) engloba indivíduos que, devido a apresentarem fracas capacidades relativas à sua autonomia pessoal, necessitam de ajuda, apresentando dificuldades significativas ao nível psicomotor; no entanto, poderão aprender a comunicar, embora a sua linguagem verbal seja muito débil, mas se forem treinados conseguem realizar aprendizagens em algumas actividades básicas da vida diária.

O **nível profundo** (QI inferior a 20) traduz-se por indivíduos cujo desempenho das funções básicas se encontra seriamente comprometido, dado que apresentam graves problemas sensório-motores. Estes sujeitos dependem de terceiros no seu dia-a-dia, dado que as dificuldades que apresentam a nível físico e intelectual são extremamente severas.

A classificação **outras** destina-se a pessoas cuja avaliação do grau de deficiência intelectual é mais difícil devido às deficiências sensoriais ou físicas associadas. A título de exemplo temos os invisuais, surdos-mudos, indivíduos que apresentam comportamentos severamente perturbados ou com deficiência física.

O **nível indeterminado** inclui pessoas onde haja evidências de deficiência intelectual, mas a informação disponível é insuficiente para atribuí-las a uma das categorias acima.

### 2.1.3 Etiologia

Não sabemos exactamente quantas pessoas têm deficiência intelectual, sendo impossível determinar um número exacto, já que as pessoas com deficiência são difíceis de encontrar e de contar.

Segundo Morstad (2012), fontes mais confiáveis, como por exemplo, o *The Arc* e a Associação Americana de Deficiência Intelectual e Desenvolvimento, tendem a concordar num pequeno intervalo de percentagens, cerca de 1,5% a 2,5% do total geral da população.

Podem existir diversas causas para a DI que podem afectar o desenvolvimento do cérebro, seja antes do nascimento, durante e após o mesmo; dividindo-se, assim, em factores pré-natais, perinatais, pós-natais e causas desconhecidas.

Como o nome indica, os factores **pré-natais** ocorrem desde a concepção até ao início do trabalho de parto. Dentro destes factores, temos anomalias genéticas, herdadas dos Pais, ou resultantes de infecções durante a gravidez, entre outras. Existem também anomalias cromossómicas, a título de exemplo a Síndrome de *Down*, e anomalias de um único gene, nomeadamente a Síndrome do X Frágil, também conhecida por Síndrome de *Martin & Bell*. O uso de álcool, tabaco e drogas durante a gravidez, assim como subnutrição, certas toxinas ambientais e doenças (como a toxoplasmose, citomegalovírus, rubéola e sífilis) aumentam o risco.

Outros factores importantes são os **perinatais** (ocorrem desde o início do parto até ao 30º dia de vida do recém-nascido). Estas causas englobam dificuldades no processo de nascimento, disfunção placentária, doenças da progenitora, privação temporária de oxigénio ou lesões aquando o nascimento, de tal modo que prematuridade e baixo peso são indicadores de alto risco nos recém-nascidos.

Os factores **pós-natais** (do 30º dia de vida até o final da adolescência) incluem diversas doenças da infância como a varicela, HIB, sarampo, que podem levar à meningite ou encefalite e provocar sérios danos no cérebro; também o mercúrio e as toxinas do meio ambiente podem danificar o cérebro e o sistema nervoso; lesões como pancadas na cabeça e situações de quase afogamento são outras das causas para danos irreparáveis no funcionamento cerebral. Existem também factores

sociais, nomeadamente a pobreza, que pode causar subnutrição, aumentando o risco de DI.

Em alguns casos não é possível identificar a causa da deficiência, mesmo após a avaliação diagnóstica. Estes casos constituem as **causas desconhecidas**.

Apesar de se poder identificar as causas na maioria dos casos, coloca-se a questão de ser ou não possível prevenir a deficiência intelectual.

De acordo com o *The Arc* (2011), a remoção de chumbo do ambiente reduz os danos cerebrais em crianças. As intervenções preventivas, tais como assentos de segurança para crianças e capacetes reduzem os traumatismos cranianos; programas de intervenção precoce com bebés de alto risco e crianças têm mostrado efeitos positivos no funcionamento intelectual. Finalmente, cuidados pré-natais e medidas preventivas antes e durante a gravidez aumentam as hipóteses de prevenir a deficiência intelectual: a suplementação com ácido fólico, tomada antes e durante a gravidez, reduz o risco de defeitos do tubo neural; as mulheres que têm fenilcetonúria devem ser aconselhadas a fazer uma dieta restrita em fenilalanina, três meses antes da gravidez para prevenir a deficiência intelectual no seu bebé.

## **2.2 Sexualidade**

### **2.2.1 Aspectos gerais**

A sexualidade é uma função biológica que é inerente a todos os seres vivos, assim como a alimentação e o sono; assim, estes são processos naturais que estão sujeitos a alterações ao nível do sistema nervoso (a título de exemplo, temos o *stress*, a ansiedade e alterações de humor, que influenciam a falta de apetite e regulação do sono, afectando também as relações interpessoais e a sexualidade).

A sexualidade deve ser desenvolvida de forma natural e descontraída, dado ser importante para o nosso bem-estar físico e psicológico.

A importância dos aspectos fisiológicos da sexualidade e respectivos mecanismos, tem vindo a ganhar relevo nos últimos anos. Consequentemente, temos verificado um aumento do número de estudos sobre os processos que dão origem às alterações físicas mediante determinados estímulos.

A existência de harmonia entre o bem-estar físico e psíquico é fundamental para proporcionar uma experiência sexual satisfatória.

Fisiologicamente, a resposta sexual humana é uma sequência ordenada de ocorrências, que exercem transformações profundas a nível da forma e função dos órgãos sexuais, cujo objectivo é preparar o corpo humano para a relação sexual em si.

A sexualidade inicia-se após o nascimento, enquanto que só na puberdade é que se desenvolve a capacidade reprodutiva, sendo nesta faixa etária que ocorre a maturação dos órgãos sexuais, ou seja, a produção de esperma no rapaz e a menstruação na rapariga.

Estas alterações são despoletadas pelas hormonas, isto é, o cérebro recebe informação e liberta substâncias químicas através das glândulas, cuja função é a de estimular e desenvolver os órgãos sexuais e o respectivo crescimento corporal.

A hormona responsável por este desenvolvimento é libertada pela glândula pituitária, cuja localização é na base do cérebro, sendo que esta alteração ocorre por volta dos 10-12 anos de idade. Note-se que esta hormona é responsável pela activação de hormonas sexuais específicas, as quais determinam o desenvolvimento dos órgãos sexuais; é a chamada testosterona, no caso masculino, e estrogénio, no caso feminino.

A idade de início da puberdade varia de adolescente para adolescente, sendo influenciada por factores genéticos e ambientais, entre vários outros (Antunes & Resende, 2008). Quando se atinge a puberdade, sente-se um aumento da necessidade de obter satisfação sexual, sendo nesta idade que se sentem as primeiras atracções por estímulos sexuais dependendo da preferência de cada indivíduo; de forma a satisfazer estas necessidades, os adolescentes assumem comportamentos sexuais. Estes últimos levam a experiências sexuais diferentes, de indivíduo para indivíduo, e reflectem-se a nível do comportamento sexual, pois não são vivenciadas da mesma forma.

O comportamento diferenciado dos Pais em relação à criação das filhas e filhos interfere directamente na formação da sua identidade e na postura que eles assumem em relação à sexualidade (Ressel et al, 2011).

Segundo Saavedra et al., (2010), estudos qualitativos realizados noutros países apontam a necessidade de se conhecer as crenças e discursos socioculturais associados à sexualidade e têm apontado o duplo padrão sexual (assimetria nos comportamentos e sentimentos de homens e mulheres) como um factor determinante a ter em consideração quando se quer trabalhar a sexualidade. Nesta ordem de ideias, a abordagem psicológica e social, a par da informação biológica e médica, é crucial para que os objectivos das campanhas e programas de educação para a saúde atinjam os alvos a que se propõem.

De acordo com Freitas et al. (2010), nas acções práticas com adolescentes, no âmbito escolar, constatou-se, nas oficinas, nas consultas de enfermagem e nas conversas informais, que a temática do seu maior interesse era a sexualidade, a partir da descoberta da sua própria sexualidade, do desenvolvimento do seu corpo, dos relacionamentos, da formação de identidade, género e demais aspectos referentes ao tema. Nesses contactos, percebeu-se a falta de experiência e a resistência de alguns professores, Pais ou responsáveis pelo adolescente em conversar e explorar a temática. Essa resistência pode ser atribuída a questões educacionais, culturais, desconhecimento, insegurança e preconceitos, entre outros.

A escola é um ambiente favorável para educar os adolescentes ao nível da saúde: a parceria entre a escola e Profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, podem contribuir para o aumento do conhecimento desses indivíduos na realização de medidas preventivas, conseqüentemente, na efectivação de acções que possibilitem a redução da vulnerabilidade desses adolescentes às doenças sexualmente transmissíveis e gravidez não planeada (Dias et al, 2010).

### **2.2.2 Sexualidade na deficiência intelectual**

As sociedades evoluíram ao longo dos tempos e, paralelamente, a atitude da humanidade face às pessoas ditas “diferentes” modificou-se, promovendo-se conceitos como a igualdade de direitos, de oportunidades e o acesso à educação, assumindo a escola uma dupla função: garantir a inclusão das crianças portadoras de necessidades educativas especiais e, concomitantemente, prepará-los para a

vida pós-escolar promovendo a aquisição de competências pessoais e sociais fundamentais à inserção do jovem na vida familiar e comunitária (Pereira, 2013).

De acordo com o estudo de Lucas-Carrasco & Salvador-Carulla (2012), concluiu-se que pessoas que vivem em instituições apresentavam um nível de satisfação de vida mais baixo em comparação com as pessoas que vivem em centros comunitários ou que vivem em casa, embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas.

Para que as pessoas com deficiência tenham um nível de satisfação de vida mais elevado, temos que garantir que as suas necessidades biológicas sejam respeitadas e que haja uma harmonia na sua vida, para que se sintam plenamente incluídas na nossa comunidade.

A sociedade mantém o mito de que o indivíduo com DI não desenvolveu um interesse na sua própria sexualidade ou na sexualidade dos outros (Swango-Wilson, 2011).

Contextualizando historicamente, e de acordo com Kempton & Kahn (1991), até a década de 1960, a sexualidade de pessoas com deficiência intelectual foi tratada com negação e supressão.

Outrora, as pessoas que nasciam com algum tipo de deficiência eram executadas ou, então, eram deixadas nas margens de rios ou locais sagrados, onde, eventualmente, pudessem ser recolhidas por escravos ou pessoas empobrecidas.

Ao longo dos séculos XVI e XVII, em diferentes países europeus, foram sendo construídos locais de atendimento específico para pessoas com deficiência, fora dos tradicionais abrigos ou asilos para pobres e idosos. Devido às malformações físicas ou limitações sensoriais, estas pessoas sofriam práticas discriminatórias, entre as quais o bloqueio ao sacerdócio pela Igreja Católica.

Até ao séc. XVIII, as pessoas com deficiência que não pudessem ser alvo de cuidados no seu domicílio, eram enviadas para asilos destinados a pessoas dementes.

O movimento Eugénico ocorreu entre 1880 e 1940 e levou a cabo uma série de acções contra as pessoas com deficiência; alvos de opressão, como forma de evitar que se reproduzissem, eram sujeitos a esterilização forçada, sendo esta efectuada

de forma massiva e aleatória; alguns permaneciam fechados no seu domicílio, isolados da sociedade, enquanto outros eram entregues a instituições e separados por sexo. Assim, as necessidades sexuais de pessoas com este tipo de deficiência eram ignoradas e os comportamentos a nível sexual eram castigados.

Na década de 70, finalmente, o longo silêncio sobre a sexualidade começou a ser quebrado não só para pessoas com deficiência, mas também para a população em geral (Kempton & Kahn, 1991).

Uma grande variedade de expressões sexuais e experiências têm sido documentadas entre os jovens e podem ser explicadas pelos diferentes graus de DI, pela atitude das pessoas que rodeiam esses jovens em relação à sua actividade e por outros factores individuais. Muito do que foi documentado sobre expressões sexuais e padrões de comportamento entre os jovens com DI demonstrou ser semelhante às experiências de outros jovens; no entanto, surgiram alguns factores distintos que puderam ser associados à situação específica da vida de uma pessoa com DI. A relação sexual parece, por exemplo, ser bastante invulgar entre os jovens com deficiência intelectual e a razão para isso pode ser uma consequência da DI e/ou atitudes restritivas dos Profissionais e dos Pais relativamente à relação sexual (Martenson, 2004).

O facto de estes jovens estarem confinados a ambientes sociais definidos influencia o seu comportamento, sendo que o mesmo é condicionado pelas opiniões dos Profissionais e familiares que os rodeiam. Por outro lado, a inexistência de orientações sobre os princípios básicos a seguir quando lidamos com a sexualidade de jovens com DI, conduz a abordagens relativas ao amor e à sexualidade, por vezes, pouco adequadas por parte de quem rodeia estes jovens. Assim, em vez de facilitarem ou de lidarem melhor com o assunto, podem criar barreiras inadvertidamente.

O direito de exercer uma vida sexual plena, por parte das pessoas com deficiência intelectual, foi um tópico de discussão pouco aberto por muito tempo (Martínez et al., 2011).

Verificamos, no entanto, que existe recentemente uma maior abertura e aceitação das necessidades desta população especial, visando desta forma a disciplina e o tratamento homogêneo de todos os que os rodeiam.

Ver a pessoa por trás da deficiência tem-se mostrado necessário para lidar profissionalmente com situações e necessidades que possam surgir. Desta forma, as pessoas com deficiência intelectual terão a capacidade de desenvolver a sua própria sexualidade, usando as suas próprias condições, necessidades e desejos e serão menos influenciadas e regidas pelas preferências dos que os rodeiam (Martenson, 2004).

Ao falarmos desta temática, é necessário abordar todas as suas expressões sexuais, nomeadamente a homossexualidade das pessoas com DI, sendo este um tópico sensível e controverso.

Segundo Martenson (2009), nem um único pai relatou que o seu filho ou filha era homossexual ou já tinha manifestado o desejo de actividade com o mesmo sexo; apesar desta afirmação, existem casos de pessoas com DI que são homossexuais. Como a sua expressão sexual já tem um carácter mais delicado e, sendo a homossexualidade vista de forma negativa, ao demonstrarem este tipo de comportamentos, podem causar diversos tipos de reacções, que podem complicar ainda mais a sua vida sexual.

Os Profissionais e os Pais não têm explicação para que a percentagem de homossexuais entre os jovens com DI possa ser menor do que na população em geral. Notou-se que existem atitudes negativas em relação à homossexualidade aberta, sendo que várias pessoas que foram entrevistadas acreditam que é mais “normal” ser heterossexual. O facto de os Profissionais, Pais e jovens com DI relatarem que a homossexualidade entre este grupo é invulgar pode ter várias explicações: uma delas é que o desenvolvimento de uma identidade homossexual conta, fundamentalmente, com o apoio dos outros, podendo ser difícil encontrar esse apoio se a pessoa tem DI, uma vez que está dependente do apoio dos Profissionais que ajudam e cuidam dela e é, certamente, difícil de conseguir apoio se não o pedir ou não puder pedi-lo. A ausência de bissexuais ou homossexuais entre os jovens com DI também pode ser visto como um resultado de como esses

jovens são integrados na sociedade em geral; as pessoas que cuidam e trabalham com eles estão sempre preocupadas para que os jovens não façam nada que seja um “desvio desnecessário”, dado estarem preocupadas, pois a DI já é um desvio considerável do “normal”. Para estes jovens, esta atitude significa que para eles será ainda mais difícil do que para os outros encontrar saídas e oportunidades para uma exploração da sexualidade “não-normativa” (Martenson, 2009).

Uma pessoa com DI deve ser passível de usufruir dos mesmos direitos de uma pessoa sem deficiência, nomeadamente o direito à sua expressão sexual. O facto de ter DI não deveria ser considerado um desvio, logo não se devem impor mais limitações, pois estas iriam agravar ainda mais as suas dificuldades.

A educação sexual deveria ser facultada a todos os jovens, independentemente de possuírem algum tipo de deficiência. Este tipo de educação é importante para proporcionar conhecimentos variados sobre esta temática, embora se verifiquem sempre diferenças na aquisição destes conhecimentos de aluno para aluno.

À semelhança do que se observa com os alunos que frequentam o ensino regular, os alunos não formam um grupo homogéneo em relação à apropriação de conceitos sobre sexualidade, pelo que diferentes alunos apresentam diferentes níveis de compreensão. De entre os possíveis aspectos que podem ter contribuído para essa compreensão, salienta-se o resgate de experiências pessoais (conceitos quotidianos) e o estabelecimento de relações entre estas e os conhecimentos formais veiculados (conceitos científicos). Os resultados sugerem novos estudos voltados para a análise das competências de jovens com deficiência intelectual em relação à sexualidade e sua contribuição para a transformação dessas pessoas em sujeitos de direitos (Morales & Batista, 2010).

Foi desenvolvida uma escala sexual psicométrica, específica para pessoas com DI, denominada *SexKen-ID*; esta escala é constituída por três entrevistas separadas: a primeira compreende as subescalas de Amizade, Namoro e Intimidade, Casamento e Identificação de partes do Corpo; a segunda entrevista é composta por Sexo e Educação Sexual, Menstruação, Interação Sexual, Contraceção e Gravidez, Aborto e Parto; e a terceira entrevista é composta por Doenças Sexualmente Transmissíveis, Masturbação e Homossexualidade. Cada entrevista demora cerca

de 1 hora a ser concluída e, no final de cada entrevista, colocam-se questões para determinar se os entrevistados têm conhecimento suficiente para avançar para a próxima entrevista.

A *SexKen* permite a recolha de dados sobre o conhecimento, a experiência sexual, os sentimentos e as necessidades das pessoas com deficiência, para que possamos obter uma ideia mais clara das dificuldades sentidas nessas áreas; deste modo, as áreas que necessitam de ser cobertas pelos programas de educação sexual podem ser mais claramente identificadas. A *SexKen* também pode ser usada como uma ferramenta de avaliação para avaliar a eficácia de programas de educação sexual: ao avaliar o conhecimento sexual, a experiência, os sentimentos e as necessidades antes e depois de tais programas, será possível determinar o efeito de um desses programas de modo a que eles possam ser modificados para atingir os seus objectivos de forma mais clara (McCabe et al., 1999).

### **2.2.3 Distúrbios da conduta sexual da pessoa com deficiência intelectual**

Num estudo realizado por Eastgate et al. (2012), os participantes apoiaram as necessidades e direitos das pessoas com deficiência intelectual para formar relacionamentos sexuais mútuos saudáveis; no entanto, eles descreveram as suas experiências de relacionamento de forma fortemente negativa: as pessoas com deficiência intelectual foram descritos como esmagadoramente solitários, com círculos sociais limitados e poucas oportunidades para amizades ou relacionamentos sexuais.

O abuso sexual é um dos tipos de abuso mais grave em adolescentes com deficiência. Devido à ausência da capacidade de julgamento e avaliação, podem aceitar uma proposta para a relação sexual ou abordagem sexual sem compreenderem que estão a ser abusados sexualmente, sendo bastante importante que os adolescentes com deficiência sejam educados sobre os seus corpos para diminuir o abuso sexual. Como conclusão, os adolescentes com deficiência intelectual podem ter níveis muito baixos de informações correctas sobre o sexo e as características das etapas de desenvolvimento de um adolescente. Este grupo deve ser informado pelas suas famílias, professores e Profissionais de saúde (Isler et al., 2009).

De acordo com Thompson (1997), de um total de 120 homens com deficiência intelectual que foram encaminhados para a educação sexual, 75 cometeram alegadamente algum tipo de abuso sexual. As vítimas mais comuns demonstraram ser pessoas com deficiência intelectual, Profissionais do sexo feminino, crianças e mulheres da população em geral e encontraram-se variações entre a natureza dos crimes em todos os grupos de vítimas, com as pessoas com deficiência intelectual a serem as principais vítimas das formas mais graves de agressão.

Sabe-se que o abuso sexual tem vindo a ser reconhecido nos últimos tempos como um relevante problema social e de saúde pública (Amazarray & Koller, 1998). O abuso sexual pode ocorrer de variadas formas e Thompson (1997) identifica-os em duas categorias: a primeira (tipo A) envolve a exploração sexual de uma pessoa cuja capacidade de fazer escolhas foi comprometida, ou seja, são as formas mais identificáveis do abuso onde os serviços não devem hesitar em intervir, onde é usada a força, ou a vítima é uma criança; em comparação, os abusos do tipo B são mais subtis, envolvem uma exploração da força que não cumpre as definições legais de abuso, como por exemplo, um homem com deficiência intelectual que ameaça acabar o seu relacionamento com a sua namorada se ela não estiver de acordo em ter relações sexuais. Os abusos tipo A são geralmente considerados como mais graves, pelo que a prioridade para o desenvolvimento de serviços é uma gestão de risco para homens com histórico de abuso: medidas práticas que excluam agressores sexuais já identificados de partilharem serviços com as pessoas com deficiência intelectual.

No estudo de Eastgate et al. (2011), a maioria dos participantes relatou experiências sexuais indesejadas ou abusivas. Eles descrevem sequelas, tais como: dificuldades com sexo e relacionamentos, ansiedade e depressão; também descreveram como tendo capacidades de auto protecção inadequadas e dificuldades em relatar o abuso e obtenção de suporte apropriado. A sua compreensão do sexo era limitada e não tinham a alfabetização e outras capacidades para procurar independentemente informações. Em geral, é importante para os Profissionais ter em conta a possibilidade de abuso sexual contra as mulheres com deficiência intelectual para oferecer intervenções apropriadas.

Desta forma, os Profissionais de saúde devem estar capacitados, de modo a que seja possível conduzir intervenções correctas nos casos de abuso sexual, seja esse extra ou intrafamiliar. Portanto, os diferentes Profissionais que trabalham com as vítimas de abuso sexual e com as suas famílias devem ser treinados para actuar em conjunto numa equipa multidisciplinar. Os Profissionais de saúde mental, ao negligenciar os aspectos legais do abuso (protecção e prevenção adicional do crime), também contribuem para um aumento do dano psicológico sofrido pela vítima. Se os Profissionais de saúde não denunciarem a ocorrência do crime ou desconsiderarem a sua possível existência, estão a perpetuar o abuso sexual e a colaborar com a síndrome de segredo do mesmo, levando adiante uma terapia que não tem valor para minimizar o impacto físico e psicológico do abuso sexual (Amazarray & Koller, 1998).

#### **2.2.4 Sexualidade e religião**

Os estudos sobre a associação entre religião e fenómenos demográficos são parte de uma agenda de pesquisa que tem sido substancialmente desenvolvida ao longo das últimas três décadas (Verona, 2011).

A sexualidade e a religião estão intimamente ligadas, pois assumem-se certos comportamentos sexuais, consoante as crenças religiosas de cada indivíduo, podendo levar inclusivamente ao preconceito e discriminação de certos comportamentos considerados não adequados de acordo com a sua religião. Desta forma, a sexualidade é vista como padrão comportamental sendo condicionada pela religião.

Os cientistas sociais têm estado muito interessados em estudar como as características culturais e estruturais moldam as acções dos indivíduos, examinando como os efeitos religiosos, a nível macro e micro, moldam relatos de sexo pré-marital e extraconjugal dos indivíduos (Adamczyk & Hayes, 2012).

O sexo e a religião são geralmente considerados “companheiros” desconfortáveis. A cultura ocidental é, muitas vezes, percebida como sendo cada vez mais secular e sexualizada e as religiões são, muitas vezes, vistas como tendo aspectos negativos (ou pelo menos restritivos) em relação ao sexo, sendo o casamento heterossexual o único contexto apropriado para o sexo. A pesquisa existente sugere também um abismo entre essas áreas. A pesquisa sobre os jovens adultos religiosos tende a

marginalizar a sexualidade, ignorando que o desejo sexual tem um lugar de destaque nas suas vidas. Por outro lado, embora a investigação social sobre a sexualidade esteja a crescer, o papel da religião é subdesenvolvido (Yip et al., 2011).

De acordo com a religião cristã, a relação sexual só é permitida após o casamento e apenas com fins reprodutivos. Consequentemente, o uso do preservativo e o aborto são condenáveis aos olhos da Igreja, pois o objectivo do casamento é apenas para constituir família; como resultado, a homossexualidade é vista como contrária à lei natural, não sendo por isso aceite, de modo que há, inclusivamente, vertentes que sugerem a sua cura.

A religião é um agente de socialização primário para adolescentes e a actividade sexual é uma esfera do comportamento humano de grande importância na sua aplicabilidade religiosa. O envolvimento religioso, por si só, não tem influência sobre as atitudes e comportamentos sexuais, importando o contexto social: o que acontece em torno dos adolescentes, incluindo as perspectivas e comportamentos dos Pais, irmãos, colegas e amigos, as suas vidas, os seus pensamentos, atitudes, intenções e acções são afectados (Regnerus, 2007).

Por tudo o que foi dito anteriormente, o envolvimento social tem impacto nos jovens com DI, dado que as ideologias, as crenças religiosas e as formas de pensar dos Pais e Profissionais moldam o seu desenvolvimento e, consequentemente, o seu comportamento.

## **2.3 Atitudes**

### **2.3.1 Definição do conceito**

As atitudes do pessoal de apoio e outros membros da comunidade para com a sexualidade das pessoas com deficiência intelectual tem o potencial de influenciar as oportunidades de experiências de vida normal na área da sexualidade (Gilmore & Chambers, 2010).

Atitudes são disposições favoráveis ou desfavoráveis em relação a objectos sociais, tais como pessoas, lugares e políticas. Tentativas para estabelecer a validade do constructo da atitude visavam demonstrar que, na maioria das vezes, existem correlações positivas entre as atitudes medidas e o aspecto favorável/ desfavorável

do comportamento observado em relação aos seus objectos (Greenwald & Banaji, 1995).

Desta forma, a atitude não é definida como sendo um comportamento, mas uma predisposição para responder a um determinado objecto social (pessoa, situação) de uma forma positiva ou negativa. Assim, é uma tendência relativamente estável para uma pessoa se comportar de determinada maneira e, como não é directamente observável, infere-se dos comportamentos. É, portanto, uma norma de procedimentos que resulta num determinado comportamento.

De acordo com a Psicologia, a atitude é um comportamento habitual que se verifica em circunstâncias diferentes, sendo identificada através das reacções repetidas de uma pessoa. Este conceito aplica-se no estudo do carácter, podendo ser inato ou adquirido, tratando-se de algo relativamente duradouro, em que o indivíduo age de uma determinada forma.

Contextualmente, em Pedagogia, a atitude é uma disposição que, conjuntamente com outros factores influentes, contribui para a determinação de uma variedade de comportamentos, que podem ser relativos a um objecto ou a uma classe de objectos. Note-se que a atitude inclui a afirmação de convicções e de sentimentos a seu respeito e a respeito de acções de atracção ou de rejeição. Um dos objectivos da educação é a formação de atitudes que possibilitam o equilíbrio do indivíduo e, conseqüentemente, o desenvolvimento da sociedade.

No contexto sociológico, a atitude consiste num sistema de valores e crenças de um indivíduo ou grupo indivíduos que, perante certos estímulos, se predispõe a reagir de uma determinada forma. A atitude mantém-se estável durante um período temporal e, muitas vezes, é associada a um grupo (por exemplo, um determinado comportamento pode ser classificado como atitude feminina ou atitude masculina).

A atitude pode culminar numa determinada postura corporal (a título de exemplo, uma postura corporal que expresse agressividade, poderá ser uma atitude ameaçadora, um mecanismo de defesa ou forma de intimidação), sendo comum nos seres humanos e em várias outras espécies do reino animal.

Existe um modelo tripartido da estrutura da atitude, podendo este levar a respostas cognitivas, a respostas afectivas e a respostas comportamentais, embora os estímulos que despoletam este tipo de respostas possam ser, por exemplo, indivíduos, temas sociais, grupos sociais, objectos, etc. As respostas cognitivas envolvem a crença de uma pessoa ou o conhecimento sobre um objecto de atitude; as respostas afectivas implicam sentimentos ou emoções de uma pessoa sobre o objecto de atitude e as respostas comportamentais referem-se à forma como a atitude que temos influencia como podemos agir ou comportar-nos.

### **2.3.2 Atitudes face à sexualidade**

O modo preconceituoso com que a sociedade lida com a sexualidade das pessoas com deficiência tem a ver com a maneira pela qual, em geral, se lidam com as diferenças em relação aos padrões que definem a normalidade: somos “bombardeados” com mensagens sobre como devemos ser e como devemos agir. Diante desses padrões de comportamento, que não dizem respeito somente aos aspectos laborais e económicos, mas também aos aspectos afectivos e sexuais, construímos uma noção de “sexualidade feliz” que coloca em desvantagem aqueles que são diferentes, neste caso, deficientes que de modo equivocado, são colocados de parte devido a crenças preconceituosas (Maia & Ribeiro, 2010).

A educação sexual é fundamental na promoção da saúde sexual dos adolescentes e a escola é, de acordo com a legislação portuguesa, a responsável pela sua abordagem formal. Os adolescentes que participaram no Programa de Educação Sexual revelaram, após a implementação do mesmo e, relativamente aos que não participaram, atitudes de maior concordância face às relações sexuais ocasionais, à masturbação e às relações sexuais sem componente afectiva. Após esta participação, os adolescentes associaram mais facilmente o sexo com o prazer e com as funções corporais. Estes resultados parecem evidenciar uma mudança no sentido de atitudes face à sexualidade mais liberais (Ribeiro et al., 2012).

É importante referir que o aproveitamento escolar e o estatuto económico influenciaram o impacto do Programa de Educação Sexual, pois condicionaram as atitudes de concordância com os relacionamentos sexuais ocasionais, masturbação e com as relações sexuais sem componente afectiva.

### **2.3.3 Atitudes face à sexualidade na deficiência intelectual**

Tanto a sexualidade e deficiência são temas tabu que historicamente se rodearam de mal-entendidos e preconceitos. Quando os dois aspectos são combinados numa pessoa e num adolescente, este/esta é alvo de críticas, as suas necessidades eróticas não são reconhecidas, quando a realidade é que ele tem o direito de desfrutar do sexo como qualquer outra coisa (Caricote, 2012).

Segundo Teixeira (2010), pode deduzir-se que a sexualidade do adolescente com deficiência mental não é claramente contemplada nos programas e políticas de educação especial. Se, por um lado, não há nenhuma proibição legal referente ao assunto, não há também promoção do direito sexual e reprodutivo desses sujeitos nem acções educativas, que possam auxiliá-los na vivência da sexualidade com autonomia e segurança, caso esta vivência seja opção destes.

Em geral, os resultados indicam que os estudantes universitários vêem vários comportamentos sexuais de pessoas com atraso mental como sendo algo menos aceitável do que os mesmos comportamentos quando praticados por estudantes universitários (isto é, pessoas iguais a eles), sendo moderada pela especificidade do comportamento sexual em questão. Por exemplo, demonstrações públicas e privadas de afecto e comportamentos sexuais mais seguros quando estão sozinhos, ou com parceiros homens ou mulheres, eram vistos como menos aceitáveis para pessoas com atraso mental; no entanto, outros comportamentos sexuais, incluindo a actividade com o mesmo sexo e actividades sexuais de risco (incluindo o coito anal e coito sem o uso de preservativos) eram vistos como inaceitáveis para todas as pessoas - estudantes universitários e pessoas com deficiência mental (Scotty et al., 1996).

Infelizmente, apesar de muitos professores apoiarem os programas de Educação Sexual, são poucos os que têm leccionado um curso sobre sexualidade devido à ausência de conhecimento, ao medo das reacções da comunidade e à falta de apoio. Analisando os estudos, os professores de educação especial e estudantes universitários parecem ter atitudes mais positivas em relação a programas de Educação Sexual e sexualidade do que os Pais e Profissionais. A pesquisa também é necessária para avaliar o impacto dos cursos de sexualidade das pessoas com

deficiência intelectual relativamente às atitudes e comportamentos sexuais (Aunos & Feldman, 2002).

Com base nos aspectos aqui abordados, podemos considerar a complexidade do tema sexualidade na nossa cultura, principalmente com estas pessoas. Cabe à família, ao educador e à sociedade estudar e capacitar-se com o objectivo de promover estratégias que criem condições para que consigam sentir-se pertencentes a um grupo e ao mesmo tempo terem suas particularidades respeitadas e as suas necessidades supridas, como pessoa e como cidadão (Galbes & Grossi, 2012).

#### **2.3.4 Atitudes de Pais e Profissionais face à sexualidade na deficiência intelectual**

As oportunidades para pessoas com deficiência intelectual para participar em relacionamentos e em ter educação sexual são, muitas vezes, restringidas pelas atitudes e percepções dos educadores, familiares, técnicos de apoio e Profissionais (Lafferty et al, 2012).

Brown & Pirtle (2008) estudaram as crenças sobre educação sexual para pessoas com deficiência intelectual dos adultos que estão envolvidos na vida desses indivíduos e os resultados sugeriram quatro sistemas de crenças em geral realizadas. Os quatro pontos de vista de educação sexual e deficiência representam diferentes crenças sobre as habilidades, comportamentos, potenciais e necessidades das pessoas com deficiência intelectual. Desta forma, a análise produziu quatro sistemas diferentes de crenças: defensores, apoiantes, reguladores e humanistas, que descrevem a opinião dos entrevistados sobre a educação sexual, métodos anticoncepcionais e participação sexual relativa às pessoas com deficiência intelectual. Os entrevistados que deram origem à classe dos defensores podem ser descritos como fortes defensores dos direitos humanos da pessoa com deficiência intelectual. Os entrevistados que foram considerados apoiantes podem ser descritos como defensores fervorosos da educação sexual para as pessoas com deficiência intelectual. Os reguladores foram semelhantes aos apoiantes, demonstrando forte favoritismo para a educação sexual das pessoas com deficiência intelectual; no entanto, apoiaram também extensas medidas de controlo de natalidade. Finalmente,

os humanistas podem ser descritos como sendo os mais fortes defensores dos direitos humanos para a pessoa com deficiência intelectual.

No que diz respeito às diferenças de género, e consequentes manifestações da sexualidade, conseguimos perceber que a sociedade impõe regras de comportamento em que se restringe ou incentiva as manifestações dependendo do género da pessoa, o que leva a atitudes face à sexualidade por parte dos Pais e Profissionais relativamente a pessoas com DI.

De acordo com o estudo de Teixeira (2010), percebemos que a manifestação da sexualidade masculina foi mais frequente do que a manifestação da sexualidade feminina e que esta é repreendida imediatamente, enquanto que a manifestação da sexualidade masculina, na maioria das vezes, foi ignorada ou não percebida pelos educadores. Essa atitude diferenciada dos educadores diante das manifestações sexuais masculinas e femininas leva-nos a perceber que a repressão inibe o comportamento feminino, enquanto que incentiva o comportamento masculino. É possível pensar que, ao reprimir a sexualidade feminina, os educadores manifestem uma atitude de preocupação e protecção quanto à integridade física e psicológica, pois existe uma maior vulnerabilidade deste público em relação a abusos sexuais, mas também pode ser interpretada como um acto de censura, uma vez que na nossa cultura as manifestações da sexualidade feminina não são estimuladas.

Num estudo realizado por Vernall & Torres (2011), ao avaliar pesquisas de 16 educadores, observou-se que quase todos eles concordaram que a falta de orientação dos Pais para os filhos, devido à ignorância que eles têm sobre o assunto e à inadequada relação escola-família, são factores que prejudicam o tratamento adequado da sexualidade nestas crianças (de 13 a 81,2%, respectivamente), sendo que 50,0% dos inquiridos consideraram que há pouca divulgação sobre o assunto em vários meios de comunicação.

Lin et al (2011) sugerem que os Profissionais de saúde devem iniciar programas de educação para melhorar o conhecimento do educador sobre a saúde reprodutiva de forma adequada e que esses programas devem considerar factores como género do educador, nível educacional e experiência nos assuntos relativos à saúde reprodutiva.

Estudos elaborados sobre atitudes e crenças podem ser de extrema utilidade na identificação de comportamentos de Pais, educadores e auxiliares de pessoas com DI, podendo, inclusive, ser utilizados para melhorar a compreensão dos sentimentos das pessoas com deficiência, já que a compreensão destes últimos permite a quem cuida destas pessoas reagir de forma adequada e profissional às suas necessidades. Ao compreender estas necessidades estamos, também, a melhorar a comunicação entre as pessoas com DI e quem os rodeia.

### 3. METODOLOGIA

#### 3.1 Caracterização da amostra

A instituição com que vamos trabalhar é a Associação para a Recuperação de Cidadãos Inadaptados da Lousã (ARCIL), mais concretamente com o Centro de Actividades Ocupacionais, constituído por um total de 24 Profissionais (3 do sexo masculino e 21 do sexo feminino) e 10 Pais (6 do sexo feminino e 4 do sexo masculino).

Note-se que optámos por designar de Pais, os tutores legais, podendo ser estes os Pais biológicos, familiares ou indivíduos que assumiram legalmente essa responsabilidade.

A amostra do estudo é constituída por 20 Profissionais e 7 Pais de sujeitos da ARCIL, num total de 27 sujeitos, que passamos a caracterizar na tabela 1.

<b>Tabela 1 – Caracterização da Amostra de Profissionais e Pais</b>					
	<b>Profissionais</b>			<b>Pais</b>	
	n	%		N	%
	20			7	
<b>Idade</b>	$\bar{X}=42,50$ DP=8,36			$\bar{X}=47,00$ DP=11,28	
[30-40[	7	35,0		-	-
[40-50[	7	35,0		4	57,1
[50-60[	6	30,0		1	14,3
[60-70[	-	-		1	14,3
[70-80[	-	-		1	14,3
<b>Sexo</b>					
Masculino	3	15,0		3	42,9
Feminino	17	85,0		4	57,1
<b>Estado Civil</b>					
Solteiro(a)	1	5,0		-	-
Casado(a)	15	75,0		5	71,4
Separado(a)/ Divorciado(a)	3	15,0		2	28,6
União de Facto	1	5,0		-	-
<b>Habilitações Literárias</b>					
Ensino Básico	2	10,0		1	14,3
Ensino Secundário	12	60,0		4	57,1
Ensino Superior	6	30,0		2	28,6

<b>Cont. Tabela 1 – Caracterização da Amostra de Profissionais e Pais</b>					
	<b>Profissionais</b>			<b>Pais</b>	
	n	%		n	%
<b>Formação Base</b>					
Educador(a)	2	10,0		-	-
Professor(a)	1	5,0		-	-
Psicólogo(a)	1	5,0		-	-
Técnico(a) de Serviço Social	2	10,0		-	-
Outra	14	70,0		-	-
<b>Nível Sócio-Económico</b>					
≤350€	-	-		-	-
351 a 500€	-	-		-	-
501 a 750€	15	75,0		3	42,9
751 a 1000€	1	5,0		3	42,9
+1000€	4	20,0		1	14,3
<b>Religião</b>					
Católica	19	95,0		6	85,7
Protestante	1	5,0		1	14,3
<b>Praticante</b>					
Sim	7	35,0		1	14,3
Não	13	65,0		6	85,7
<b>Número de filhos</b>				$\bar{X}=2,00$ $DP=0,82$	
1	-	-		2	28,6
2	-	-		3	42,9
3	-	-		2	28,6
<b>Número de filhos com deficiência</b>					
1	-	-		6	85,7
2	-	-		1	14,3
<b>Tipo de deficiência</b>					
Inata	-	-		7	100,0
Adquirida	-	-		-	-
<b>Ordem do deficiente na fratria</b>					
1	-	-		4	57,1
2	-	-		3	42,9

<b>Cont. Tabela 1 – Caracterização da Amostra de Profissionais e Pais</b>					
	<b>Profissionais</b>			<b>Pais</b>	
	n	%		n	%
<b>Tempo de integração na instituição (anos)</b>				$\bar{X}=9,29$ DP=3,59	
5	-	-		2	28,6
8	-	-		1	14,3
10	-	-		1	14,3
11	-	-		2	28,6
15	-	-		1	14,3
<b>Tempo de actividade profissional na área (anos)</b>	$\bar{X}=18,20$ DP=8,50				
5	1	5,0		-	-
7	1	5,0		-	-
8	1	5,0		-	-
10	1	5,0		-	-
12	1	5,0		-	-
13	2	10,0		-	-
15	1	5,0		-	-
16	1	5,0		-	-
20	6	30,0		-	-
21	1	5,0		-	-
23	1	5,0		-	-
30	1	5,0		-	-
34	1	5,0		-	-
37	1	5,0		-	-
<b>Tempo de actividade profissional nesta instituição</b>	$\bar{X}=17,90$ DP=8,00				
5	1	5,0		-	-
7	1	5,0		-	-
8	1	5,0		-	-
10	1	5,0		-	-
12	1	5,0		-	-
13	2	10,0		-	-
15	1	5,0		-	-
16	1	5,0		-	-
20	6	30,0		-	-
21	1	5,0		-	-
23	1	5,0		-	-
28	1	5,0		-	-
30	1	5,0		-	-
37	1	5,0		-	-

<b>Cont. Tabela 1 – Caracterização da Amostra de Profissionais e Pais</b>					
	<b>Profissionais</b>			<b>Pais</b>	
	n	%		n	%
<b>Contacto com o deficiente (horas/semana)</b>	$\bar{X}=28,10$ DP=12,59				
10	5	25,0		-	-
12	1	5,0		-	-
20	1	5,0		-	-
35	5	25,0		-	-
37	1	5,0		-	-
38	6	30,0		-	-
40	1	5,0		-	-
<b>Familiar com deficiência</b>					
Sim	4	20,0		-	-
Não	16	80,0		-	-
<b>Tipo de deficiência</b>					
Ligeira	2	10,0		-	-
Profunda	1	5,0		-	-

Podemos verificar na tabela 1 que temos como amostra do nosso estudo 27 sujeitos, em que 20 são Profissionais e 7 são Pais.

No que diz respeito à idade dos Profissionais, constatamos que a média de idades é 42,50 anos e o desvio padrão é 8,36 anos. Os sujeitos têm todos idade inferior a 60 anos, sendo que 70,0% apresentam idades compreendidas entre [30-50[ anos (n=14) e 30,0% encontram-se entre os [50-60[ anos (n=6). Relativamente ao grupo dos Pais, os resultados obtidos indicam uma média de idades de 47,00 anos e um desvio padrão de 11,28 anos. Não existem Pais com idades inferiores a 40 anos e, na sua maioria, pertencem à classe [40-50[ anos (n=4=57,1%).

Relativamente à variável sexo, nos Profissionais existem poucos sujeitos do sexo masculino (n=3=15%) comparativamente com os sujeitos do sexo feminino (n=17=85%), mostrando assim um predomínio da classe feminina neste grupo. No grupo dos Pais também se verifica a predominância de sujeitos do sexo feminino (n=4=57,1%) comparada com os sujeitos do sexo masculino (n=3=42,9%).

Na variável do estado civil, observa-se que no grupo dos Profissionais, estes são maioritariamente casados (n=15=75%); o mesmo sucede no grupo dos Pais, em que 71,4% são casados (n=5).

Em relação às habilitações literárias, 60,0% do grupo dos Profissionais possui ensino secundário (n=12), sendo que o ensino superior apresenta menor

percentagem (n=6=30%). Tal como os Profissionais, também o grupo dos Pais possui, na sua maioria, o ensino secundário (n=4=57,1%) e apenas 28,6% dos Pais possuem ensino superior (n=2).

O desempenho de outras funções lidera com 70,0% a formação base dos Profissionais (n=14), pois a sua maioria assume cargos como auxiliares.

No que diz respeito ao nível sócio-económico no grupo dos Profissionais, 75,0% pertence ao intervalo de 501 a 750€ (n=15) contrastando com 5,0% que recebe entre 751 a 1000€ (n=1). No grupo dos Pais, não existe maioria dado que 42,9% pertencem ao intervalo 501 a 750€ (n=3) e os outros 42,9% pertencem ao intervalo 751 a 1000€ (n=3), restando 14,3% que obtém um vencimento superior a 1000€ (n=1).

Tanto nos Profissionais como nos Pais, a religião católica predomina, tendo-se verificado valores de 95,0% (n=19) e 85,7% (n=6), respectivamente. Dos 20 Profissionais, 65,0% não praticam a sua religião (n=13) e 85,7% dos Pais são não praticantes (n=6).

Relativamente à variável número de filhos para os Pais, verificamos que a média é 2,00 filhos e o desvio padrão é 0,82 filhos. Desta forma, constatamos que 42,9% dos Pais têm 2 filhos (n=3) e 28,6% têm 1 ou 3 filhos (n=2). A deficiência é inata em 100,0% dos casos (n=7); em 57,1% das situações ocorre no primeiro filho (n=4) e em 42,9% ocorre no segundo filho (n=3).

A variável tempo de integração na instituição para os Pais, varia entre 5 e 15 anos, sendo que a média é 9,29 anos e o desvio padrão é 3,59 anos. Em 28,6% dos Pais (n=2) os filhos estão integrados há 5 anos, sendo que a mesma percentagem (28,6%) também se verifica para os filhos que estão integrados há 11 anos (n=2). Um sujeito (n=1) refere que o filho está integrado há 8 anos (14,3%), verificando-se a mesma percentagem (14,3%) para quem admitiu ter o filho integrado há 10 anos (n=1) e o mesmo para 15 anos (n=1=14,3%).

O tempo de actividade profissional na área dos Profissionais varia entre 5 e 37 anos, sendo que a média é 18,20 anos e o desvio padrão é 8,50 anos. Dos Profissionais, 30,0% têm 20 anos (n=6) e 10,0% têm 13 anos (n=2). Relativamente ao tempo de actividade profissional nesta instituição, as “balizas” também se situam entre 5 e 37 anos, com uma média de 17,90 anos e o desvio padrão 8,00 anos para este item. Assim, 30,0% dos Profissionais têm 20 anos na instituição (n=6) e 10,0% têm 13 anos (n=2), sendo estes resultados idênticos aos da variável anterior.

Em relação à variável contacto com o deficiente, as horas semanais dos Profissionais variam entre 10 e 40 horas, sendo a média 28,10 horas e o desvio padrão 12,59 horas. Em 30,0% dos casos (n=6), os Profissionais passam 38 horas por semana com a pessoa com deficiência, em 25,0% dos casos passam 10 horas

(n=5), verificando-se a mesma percentagem (25,0%) para as 35 horas semanais (n=5).

Em 80,0% dos casos, os Profissionais não têm familiares com deficiência (n=16), restando 20,0% que têm familiares com deficiência (n=4). Para os Profissionais que têm familiares com deficiência (20,0%), 10,0% dessas deficiências são ligeiras (n=2) e 5,0% são profundas (n=1).

### 3.1.1 Caracterização da instituição

Para podermos compreender melhor o funcionamento desta instituição, iremos de seguida explicar a forma como a ARCIL está estruturada.

A ARCIL é uma organização privada de solidariedade social, ou seja, não tem fins lucrativos e é reconhecida como entidade de utilidade pública. Surgiu em 1976 com o objectivo de contribuir para a efectiva inclusão social de pessoas com deficiência e outras necessidades especiais. Tem como **missão** agir activamente, de forma sustentável e empreendedora na reabilitação e na promoção da cidadania e da qualidade de vida, acreditando no potencial humano da diferença. Como **visão**, pretende desenvolver-se como uma organização sustentável e de excelência que garanta o respeito pela diferença e a igualdade de oportunidades. Como **princípios** inserem-se a qualidade da intervenção, o desenvolvimento comunitário, o trabalho em parceria e a luta contra a exclusão social. O seu sucesso mede-se na satisfação, no desenvolvimento dos clientes e na sua qualidade de vida. Os seus serviços são financiados por fundos públicos e pelos resultados de produção e prestação de serviços das próprias estruturas.

No que diz respeito ao departamento de reabilitação da ARCIL, este incide sobre as seguintes áreas: Centro de Recursos para a Inclusão, Centro de Actividades Ocupacionais, Lar Residencial, Centro de Formação Profissional, Lar de Apoio, Centro de Emprego Protegido, Actividades de Tempos Livres, Serviço de Apoio Domiciliário e Integração em Mercado de Trabalho.

Como muitas das informações colocadas no seu sítio da *internet* estão em constante actualização, não foi possível obter informações acerca da equipa técnica de cada sector, o que nos levou apenas a podermos desenvolver melhor os detalhes do Centro de Actividades Ocupacionais, pois foi onde fizemos o nosso estudo.

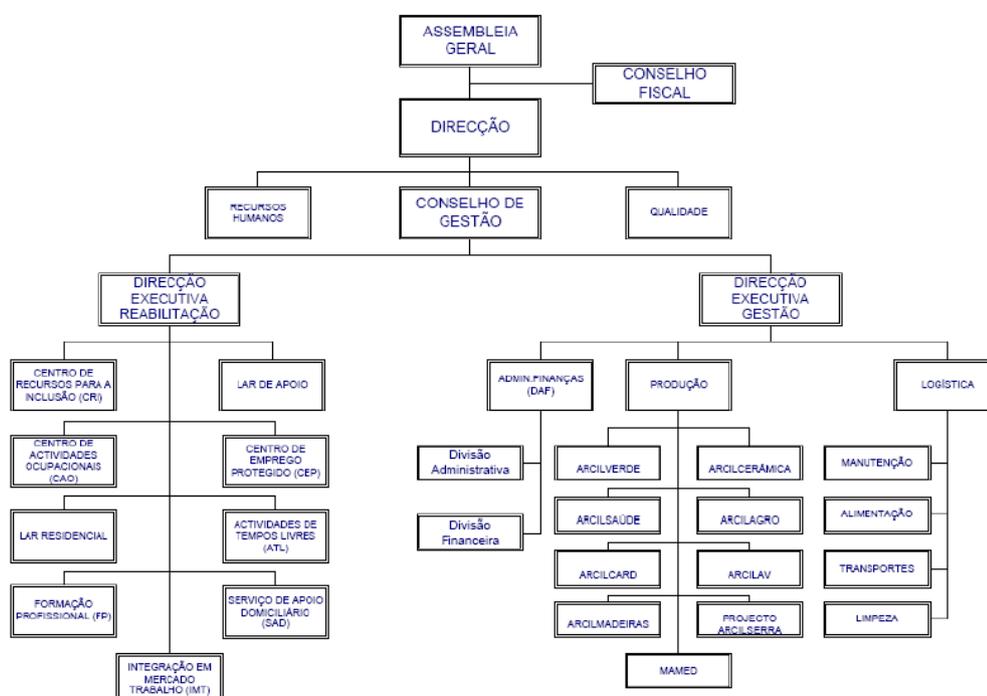
O Centro de Actividades Ocupacionais conta com centros de dia destinados a jovens e adultos a partir dos 16 anos com deficiência mental de grau grave ou profundo ou multideficiência. Estes centros procuram contribuir para o equilíbrio físico, emocional e social da pessoa com deficiência grave ou profunda, mantendo-a activa e interessada, promovendo diferentes actividades de carácter lúdico e terapêutico, tais como fisioterapia, hidroterapia, estimulação sensorial, *snoezelen* (actividades de

relaxamento/estimulação). Incentivam, também, a manutenção das capacidades das pessoas com maior autonomia, inserindo-as na realização de tarefas simples.

Os centros têm também um sector de apoio pela ocupação que proporciona actividades de carácter ocupacional a jovens e adultos com deficiência grave ou moderada, favorecendo, assim, o aproveitamento máximo das suas capacidades, das quais resultam produtos que colocam no mercado. Consequentemente, desenvolvem a autonomia, a independência pessoal e social, a aquisição de competências sociais, a expressão do potencial artístico, a prática de actividades desportivas, a execução de tarefas simples, a qualidade de vida e a inclusão na vida social da comunidade.

Por último, estes centros disponibilizam serviços onde apostam na integração de pessoas com deficiência moderada, ou com necessidade permanente de supervisão e com capacidade de realização de tarefas simples, em equipas de trabalho em diversas áreas da instituição ou em empresas da região.

Como equipa técnica, o Centro de Actividades Ocupacionais tem 1 técnico de serviço social, 1 psicólogo, 1 directora técnica, 2 educadoras de infância, 8 auxiliares pedagógicas, 2 fisioterapeutas, 1 terapeuta ocupacional, 1 psicólogo clínico, 2 monitores do Centro de Actividades Ocupacionais, 1 monitor de educação física, 1 ajudante de lar e centro de dia, 3 trabalhadores de serviços gerais e 1 professor de Música.



**Ilustração 1 – Organograma da instituição ARCIL**

**Fonte:** Associação para a Recuperação de Cidadãos Inadaptados (2006). Organograma [em linha]. Associação para a Recuperação de Cidadãos Inadaptados (ARCIL) Web site. Acedido Fevereiro 26, 2014, em <http://www.arcil.org/organograma.php>.

### **3.2 Definição de variáveis**

Para a realização da linha de investigação em que o trabalho de pesquisa é elaborado, serão utilizados dois questionários, para que posteriormente seja feita a análise estatística, que permitirá responder aos objectivos do estudo. Um dos questionários que avalia as atitudes face à sexualidade da pessoa com deficiência intelectual é direccionado aos Pais e o outro aos Profissionais.

Após uma análise aos questionários a serem aplicados à Classe Profissional e aos Pais, definiu-se como variável dependente as atitudes face à sexualidade na deficiência intelectual. Como variáveis independentes foram estabelecidas a idade, o sexo, o estado civil, as habilitações literárias, o nível socioeconómico e a religião.

No grupo da Classe Profissional, foram ainda consideradas as variáveis formação de base, os anos de actividade profissional na área da deficiência, o número de horas por semana de contacto com a pessoa com deficiência, a existência de familiares com deficiência e o tipo de deficiência.

No grupo dos Pais foram também consideradas as variáveis número de filhos, número de filhos com deficiência, tipo de deficiência, ordem do deficiente na fratria e o tempo de integração do filho na instituição.

### **3.3. Instrumentos utilizados**

Para a recolha de dados foram utilizados dois questionários, um para os Pais e outro para a Classe Profissional. Foi garantido, desde o início, o direito ao anonimato e à confidencialidade, pelo que os inquiridos responderam de livre e espontânea vontade.

O questionário direccionado aos Pais (Anexo 2) é unicamente descritivo e encontra-se dividido em duas partes. Primeiramente há um enquadramento sociodemográfico, que inclui dados como a idade, o sexo, o estado-civil, as habilitações literárias, o nível socioeconómico, a religião, 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.

A segunda parte é constituída por questões que podem ter três opções de resposta (Concordo, Nem concordo/nem discordo e Discordo).

O questionário dos Profissionais (Anexo 3) encontra-se também dividido em duas partes. A primeira é idêntica em ambos os questionários, pois refere-se à caracterização sócio demográfica e contém as variáveis idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, formação e nível socioeconómico, mas inclui também o tempo de trabalho na área, o contacto com a pessoa com deficiência, a existência ou não de um familiar com deficiência e tipo de deficiência.

A segunda metade do questionário consiste numa Escala de Atitudes SMRAI (*Sexuality and Mentally Retarded Attitudes Inventory*), cujo propósito é o estudo das atitudes dos Profissionais face à sexualidade das pessoas com deficiência intelectual.

Este questionário tem como opção de resposta uma escala do tipo Likert de 5 pontos: o item 1 corresponde a Concordo Totalmente, o item 2 corresponde a Concordo, o 3 a Indeciso, o 4 a Discordo e, por fim, o 5 a Discordo Totalmente.

Esta escala é constituída por 40 questões: os itens 1, 2, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 14, 17, 18, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 31 e 37 avaliam as atitudes dos Profissionais face à sexualidade em geral e os itens 3, 4, 8, 12, 13, 15, 16, 19, 23, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 38, 39 e 40 avaliam as atitudes dos Profissionais face à sexualidade das pessoas com DI, dividindo assim os itens em duas sub-escalas. Para avaliar a sub-escala das 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) invertem-se as pontuações da escala, sendo que o valor 1 (Concordo Totalmente) passa a 5, o valor 2 (Concordo) passa a 4, o valor 4 (Discordo) passa a 2 e o valor 5 (Discordo Totalmente) passa a 1. Desta forma, conseguimos enquadrar as respostas relativas às atitudes de cada sujeito em quatro categorias: entre [40 e 80] atitude muito conservadora; entre [81 e 120] atitude conservadora; entre [121 e 160] atitude liberal e entre [161 e 200] atitude muito liberal.

### **3.4 Procedimentos**

Depois do interesse demonstrado em desenvolver este tema e, devido aos antecedentes descritos por pessoas que também realizaram estudos semelhantes em anos anteriores, foi necessário proceder à escolha de uma instituição para aplicação dos questionários, antes de realizar qualquer pesquisa bibliográfica, pois a aceitação é rara e demorada.

Foi solicitada uma autorização de forma informal à ARCIL, o que não dispensou o envio de carta de autorização e questionários, para que pudessem ser aprovados formalmente. A localização da instituição também se revela vantajosa, pois não se encontra muito longe da área de residência.

Posteriormente, seguiu-se uma pesquisa em bases de dados adequadas, nomeadamente a *B-on* e a *EbscoHost*, onde se recolheu informação sobre a deficiência intelectual, a sexualidade e as atitudes. Contudo, documentos que relacionem estas palavras-chave não se revelaram extensos, o que provocou alguma dificuldade na realização da revisão da literatura e enquadramento teórico.

O pedido formalizado com a permissão da directora técnica, foi assinado a 26 de Setembro de 2013 (Anexo 1). Os questionários foram entregues nesse mesmo dia e recolhidos dia 15 de Dezembro de 2013.

### **3.5 Análise estatística**

A análise estatística foi realizada com o SPSS *Statistics 20* (*Statistical Package for Social Sciences*) para o *Microsoft Windows*. Foram construídas tabelas de frequência com percentagens e número de observações correspondentes a cada item dos questionários para os Pais e para os Profissionais.

Foi construída a tabela 1, que apresenta os dados da caracterização sócio-demográfica da amostra de Profissionais e Pais, contendo o número de observações e respectiva percentagem e, quando aplicáveis, a média como medida de tendência central e o desvio padrão com medida de dispersão.

Construímos também a tabela 2, que apresenta as tabelas de frequência para os restantes itens do questionário dos Pais, agrupando as variáveis com o número de observações e respectivas percentagens (Anexo 4).

A tabela de frequências – Escala SMRAI: Questionário para os Profissionais (tabela 3) é constituída por itens do 1 ao 40, tendo os respectivos número de observações e percentagens (Anexo 5). Como esta tabela era bastante extensa, optámos por simplificá-la, onde analisámos em conjunto as respostas “Concordo Totalmente/Concordo” e “Discordo Totalmente/Discordo”, facilitando, assim, a sua interpretação (tabela 4).

A tabela 5 (Tabela de Frequências das Atitudes dos Profissionais face à Deficiência Mental Profunda), apresenta os resultados obtidos segundo a classificação de Ivone Félix (2003), onde calculámos as pontuações de cada profissional em cada item, sendo que os itens 1, 2, 5, 7, 8, 12, 13, 15, 16, 18, 19, 29, 32, 36, 39 e 40 foram calculados de forma inversa, em que o Concordo Totalmente (valor 1) assume o valor 5, o Concordo (valor 2) assume o valor 4, o Discordo (valor 4) assume o valor 2 e o Discordo Totalmente (valor 5) assume o valor 1 (Anexo 6). Assim, foi criada esta tabela de frequências com a percentagem e o respectivo número de observações.

Por último, criou-se a tabela 6 - *Alpha de Cronbach* (Escala Total Sub-escalas) da SMRAI. No SPSS 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, verificando assim, se existe ou não consistência interna (Anexo 7).

Para os dois questionários, e com o objectivo de verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas em função das variáveis independentes, procedemos à realização dos testes não paramétricos *U* de *Mann-Whitney* e *Kruskall-Wallis*, dado que temos menos de 30 sujeitos. Adoptámos como nível de significância o valor de 5%.

## 4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

### 4.1 Resultados obtidos do questionário dos Pais

Tabela 2 – Tabela de Frequências: Questionário dos Pais						
itens	Concordo		Não Concordo/Nem Discordo		Discordo	
	n	%	n	%	n	%
1-É difícil falar sobre o assunto da afectividade/sexualidade porque é um tema muito delicado?	7	100,0	-	-	-	-
2-Sob o ponto de vista das relações afectivas, o meu filho é muito infantil.	7	100,0	-	-	-	-
3-Quando o nosso filho se agarra às pessoas aos beijinhos, penso que é apenas uma manifestação de ternura	7	100,0	-	-	-	-
4-Os nossos filhos têm direito a viver a sua vida afectiva.	7	100,0	-	-	-	-
5-Os nossos filhos têm direito a viver a sua sexualidade	5	71,4	2	28,6	-	-
6-Em casa devemos falar neste assunto com os nossos filhos.	5	71,4	2	28,6	-	-
7-Os programas de televisão (telenovelas e filmes) têm, no que respeita, à afectividade/sexualidade, um efeito maléfico sobre os nossos filhos.	-	-	4	57,1	3	42,9
8-Quando os nossos filhos manifestam, verbalmente ou por atitudes, interesse sobre as cenas que vêm na televisão, devemos repreendê-los.	-	-	1	14,3	6	85,7
9-Não devemos deixar ver aos nossos filhos as revistas do tipo “Correio da Manhã” que mostram fotografias seminuas.	2	28,6	3	42,9	2	28,6
10-Quando os nossos filhos são encontrados a masturbarem-se, devem ser imediatamente repreendidos.	-	-	-	-	7	100,0
11-Em relação à mesma situação anterior, penso que devemos não ligar.	7	100,0	-	-	-	-
12-Ainda em relação à situação da questão 10, penso que devemos falar com eles e introduzir algumas regras que orientem esse comportamento.	6	85,7	1	14,3	-	-
13-Quando os nossos filhos estabelecem relações afectivas preferenciais com um colega do sexo oposto, penso que esta relação deverá ser incentivada.	-	-	6	85,7	1	14,3

A tabela 2 é referente ao questionário aplicado aos Pais. Podemos verificar que os Pais concordam com as primeiras 4 questões, ou seja, 100,0% dos Pais (n=7) concordam com o item 1 “É difícil falar sobre o assunto da afectividade/sexualidade porque é um tema muito delicado?”, o mesmo acontece com o item 2: “Sob o ponto de vista das relações afectivas, o meu filho é muito infantil”, com o item 3: “Quando o nosso filho se agarra às pessoas aos beijinhos, penso que é apenas uma manifestação de ternura” e com o item 4: “Os nossos filhos têm direito a viver a sua vida afectiva”.

Em relação ao item 5: “Os nossos filhos têm direito a viver a sua sexualidade”, 71,4% dos Pais concordam (n=5) e 28,6% não concordam nem discordam (n=2). No item 6: “Em casa devemos falar neste assunto com os nossos filhos”, 71,4% dos Pais concordam (n=5) e 28,6% não concordam nem discordam (n=2).

No item 7: “Os programas de televisão (telenovelas e filmes) têm, no que respeita, à afectividade/sexualidade, um efeito maléfico sobre os nossos filhos”, 57,1% dos Pais não concordam nem discordam (n=4) e 42,9% discordam (n=3). Para o item 8: “Quando os nossos filhos manifestam, verbalmente ou por atitudes, interesse sobre as cenas que vêem na televisão, devemos repreendê-los”, 85,7% dos Pais discordam (n=6) e 14,3% não concordam nem discordam (n=1).

No que diz respeito ao item 9: “Não devemos deixar ver aos nossos filhos as revistas do tipo “Correio da Manhã” que mostram fotografias seminuas”, 28,6% dos Pais concordam (n=2), 42,9% não concordam nem discordam (n=3) e 28,6% discordam (n=2). No item 10: “Quando os nossos filhos são encontrados a masturbarem-se, devem ser imediatamente repreendidos”, 100,0% dos Pais discordam (n=7). No item 11: “Em relação à mesma situação anterior, penso que devemos não ligar”, 100,0% concordam (n=7).

Relativamente ao item 12: “Ainda em relação à situação da questão 10, penso que devemos falar com eles e introduzir algumas regras que orientem esse comportamento”, 85,7% dos Pais concordam (n=6) e 14,3% não concordam nem discordam (n=1). No item 13: “Quando os nossos filhos estabelecem relações afectivas preferenciais com um colega do sexo oposto, penso que esta relação deverá ser incentivada”, 85,7% dos Pais não concordam nem discordam (n=6) e 14,3% discordam (n=1).

## 4.2 Resultados obtidos do questionário 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.	-	-	-	-	2	10,0	16	80,0	2	10,0
2-A masturbação é um comportamento saudável	8	40,0	10	50,0	2	10,0	-	-	-	-
3-Os Profissionais deveriam impedir os utentes de se masturbarem	-	-	-	-	4	20,0	5	25,0	11	55,0
4-Se um homem e uma mulher portadores de deficiência mental forem encontrados a ter relações sexuais devem ser mantidos separados	-	-	-	-	2	10,0	7	35,0	11	55,0
5-As relações sexuais entre pessoas não casadas são aceitáveis.	8	40,0	9	45,0	3	15,0	-	-	-	-
6-Um programa de educação sexual provocaria mais actividade sexual entre os jovens.	-	-	-	-	5	25,0	13	65,0	2	10,0
7-A homossexualidade é aceitável desde que haja consentimento mútuo entre os parceiros.	10	50,0	9	45,0	-	-	1	5,0	-	-
8-Qualquer pessoa, portadora ou não de deficiência mental, tem o direito de ter filhos.	-	-	4	20,0	13	65,0	3	15,0	-	-
9-Se uma pessoa menor for a uma consulta por causa de uma doença sexualmente transmissível, deve comunicar-se esse facto aos Pais.	6	30,0	13	65,0	1	5,0	-	-	-	-
10-Responder a todas as questões sobre sexo que as crianças colocam pode criá-lhes uma preocupação excessiva sobre esse tema.	-	-	3	15,0	-	-	13	65,0	4	20,0
11-Deveria existir um controlo mais eficaz do conteúdo dos filmes, revistas e livros.	-	-	11	55,0	4	20,0	5	25,0	-	-

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	%
12- Os jovens portadores de deficiência mental necessitam de ter momentos para se encontrarem em privado com pessoas do sexo oposto.	2	10,0	8	40,0	8	40,0	2	10,0	-	-
13-Deveriam ser permitidos comportamentos homossexuais entre pessoas portadoras de deficiência mental.	1	5,0	12	60,0	5	25,0	2	10,0	-	-
14-O acesso fácil pelos jovens aos métodos contraceptivos tem causado a corrupção da sua moral sexual.	1	5,0	-	-	-	-	11	55,0	8	40,0
15-Desde que não magoem outras pessoas, as pessoas portadoras de deficiência mental têm o direito de viver a sua vida sexual como desejarem.	8	40,0	11	55,0	-	-	1	5,0	-	-
16-As pessoas portadoras de deficiência mental deveriam ter acesso a métodos contraceptivos quando o desejassem.	9	45,0	6	30,0	4	20,0	-	-	1	5,0
17-A educação sexual deveria ser feita de forma separada para rapazes e para raparigas.	1	5,0	2	10,0	-	-	6	30,0	11	55,0
18-Os métodos contraceptivos deveriam ser explicados aos jovens antes de serem sexualmente activos.	17	85,0	2	10,0	-	-	1	5,0	-	-
19-As pessoas portadoras de deficiência mental têm o direito de fazer escolhas próprias quanto à sua vida sexual.	5	25,0	13	65,0	-	-	2	10,0	-	-

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	%
20-Antes de dar informação sobre contraceção a raparigas com menos de 18 anos, os serviços de planeamento familiar deveriam exigir a autorização dos Pais.	-	-	9	45,0	2	10,0	6	30,0	3	15,0
21-As posições usadas nas relações sexuais nunca deveriam ser abordadas, mesmo que os utentes fizessem perguntas sobre esse assunto.	-	-	1	5,0	4	20,0	14	70,0	1	5,0
22-Os factos relacionados com as drogas, a sexualidade e o álcool deveriam ser ensinados ao mesmo tempo.	2	10,0	8	40,0	8	40,0	1	5,0	1	5,0
23-As pessoas portadoras de deficiência mental têm, em geral, desejos sexuais superiores ao habitual.	-	-	7	35,0	7	35,0	1	5,0	5	25,0
24-É perigoso falar sobre sexo a algumas pessoas.	-	-	8	40,0	6	30,0	6	30,0	-	-
25-Os homens têm mais desejo sexual que as mulheres.	1	5,0	5	25,0	2	10,0	10	50,0	2	10,0
26-Em geral, a permissividade sexual pré-matrimonial resulta, mais tarde, em problemas conjugais.	-	-	1	5,0	-	-	14	70,0	5	25,0
27-As pessoas homossexuais não deveriam ser autorizadas a ensinar em escolas públicas.	1	5,0	-	-	-	-	6	30,0	13	65,0
28-Deveria preocupar-me com a possibilidade de um utente homossexual poder influenciar os outros.	-	-	3	15,0	1	5,0	8	40,0	8	40,0
29-Nas instituições para pessoas portadoras de deficiência mental deveriam existir espaços para os comportamentos privados dos utentes.	-	-	5	25,0	7	35,0	6	30,0	2	10,0

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	%
30-As mulheres portadoras de deficiência mental são mais promiscuas do que as mulheres em geral.	-	-	2	10,0	4	20,0	13	65,0	1	5,0
31-Um adulto casado que se masturba, de forma esporádica, tem provavelmente, uma relação conjugal perturbada.	-	-	5	25,0	2	10,0	13	65,0	-	-
32-A maioria dos adultos portadores de deficiência mental buscará sempre alguma maneira de obter prazer sexual.	1	5,0	5	25,0	11	55,0	3	15,0	-	-
33-As pessoas que não têm capacidade para viver sozinhas não se deveriam casar.	-	-	2	10,0	4	20,0	12	60,0	2	10,0
34- As instituições deveriam manter os utentes de cada sexo tão separados quanto possível.	4	20,0	1	5,0	-	-	1	5,0	14	70,0
35-As pessoas portadoras de deficiência mental têm um desejo sexual menos intenso do que as outras pessoas.	1	5,0	-	-	7	35,0	10	50,0	2	10,0
36-Deveriam existir lares residenciais para pessoas portadoras de deficiência mental casadas.	2	10,0	13	65,0	1	5,0	2	10,0	2	10,0
37-A homossexualidade deveria ser legalmente proibida.	7	35,0	3	15,0	-	-	2	10,0	8	40,0
38-Nas instituições, os Profissionais deveriam impedir os comportamentos homossexuais.	6	30,0	1	5,0	1	5,0	6	30,0	6	30,0
39-O Estado deveria fornecer, gratuitamente, métodos contraceptivos aos utentes das residências para pessoas portadoras de deficiência mental.	5	25,0	10	50,0	3	15,0	2	10,0	-	-

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	%
40-As pessoas portadoras de deficiência mental têm o direito a ter relações sexuais, se assim o desejarem.	7	35,0	12	60,0	-	-	-	-	1	5,0

Devido ao facto da tabela 3 ser demasiado extensa, decidimos facilitar a sua leitura e os seus comentários construindo outra tabela mais simplificada (tabela 4), onde se analisa em conjunto as respostas Concordo/Concordo Totalmente e Discordo/Discordo Totalmente.

Tabela 4 – Tabela de Frequências Simplificada - Escala SMRAI: Questionário para os Profissionais				
itens	Concordo/Concordo Totalmente		Discordo/Discordo Totalmente	
	n	%	n	%
1-Hoje em dia há demasiada educação sexual nas escolas.	-	-	18	90,0
2-A masturbação é um comportamento saudável.	18	90,0	-	-
3-Os Profissionais deveriam impedir os utentes de se masturbarem.	-	-	16	80,0
4-Se um homem e uma mulher portadores de deficiência mental forem encontrados a ter relações sexuais devem ser mantidos separados.	-	-	18	90,0
5-As relações sexuais entre pessoas não casadas são aceitáveis.	17	95,0	-	-
6-Um programa de educação sexual provocaria mais actividade sexual entre os jovens.	-	-	15	75,0
7-A homossexualidade é aceitável desde que haja consentimento mútuo entre os parceiros.	19	95,0	1	5,0
8-Qualquer pessoa, portadora ou não de deficiência mental, tem o direito de ter filhos.	4	20,0	3	15,0
9-Se uma pessoa menor for a uma consulta por causa de uma doença sexualmente transmissível, deve comunicar-se esse facto aos Pais.	19	95,0	-	-
10-Responder a todas as questões sobre sexo que as crianças colocam pode criar-lhes uma preocupação excessiva sobre esse tema.	3	15,0	17	85,0
11-Deveria existir um controlo mais eficaz do conteúdo dos filmes, revistas e livros.	11	55,0	5	25,0

Cont. Tabela 4 – Tabela de Frequências Simplificada - Escala SMRAI: Questionário para os Profissionais

itens	Concordo/Concordo Totalmente		Discordo/Discordo Totalmente	
	n	%	n	%
12- Os jovens portadores de deficiência mental necessitam de ter momentos para se encontrarem em privado com pessoas do sexo oposto.	10	50,0	2	10,0
13-Deveriam ser permitidos comportamentos homossexuais entre pessoas portadoras de deficiência mental.	13	65,0	2	10,0
14-O acesso fácil pelos jovens aos métodos contraceptivos tem causado a corrupção da sua moral sexual.	1	5,0	19	95,0
15-Desde que não magoem outras pessoas, as pessoas portadoras de deficiência mental têm o direito de viver a sua vida sexual como desejarem.	19	95,0	1	5,0
16-As pessoas portadoras de deficiência mental deveriam ter acesso a métodos contraceptivos quando o desejassem.	15	75,0	1	5,0
17-A educação sexual deveria ser feita de forma separada para rapazes e para raparigas.	3	15,0	17	85,0
18-Os métodos contraceptivos deveriam ser explicados aos jovens antes de serem sexualmente activos.	19	95,0	1	5,0
19-As pessoas portadoras de deficiência mental têm o direito de fazer escolhas próprias quanto à sua vida sexual.	18	90,0	2	10,0
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	45,0	9	45,0
21-As posições usadas nas relações sexuais nunca deveriam ser abordadas, mesmo que os utentes fizessem perguntas sobre esse assunto.	1	5,0	15	75,0
22-Os factos relacionados com as drogas, a sexualidade e o álcool deveriam ser ensinados ao mesmo tempo.	10	50,0	2	10,0
23-As pessoas portadoras de deficiência mental têm, em geral, desejos sexuais superiores ao habitual.	7	35,0	6	30,0
24-É perigoso falar sobre sexo a algumas pessoas.	8	40,0	6	30,0
25-Os homens têm mais desejo sexual que as mulheres.	6	30,0	12	60,0
26-Em geral, a permissividade sexual pré-matrimonial resulta, mais tarde, em problemas conjugais.	1	5,0	19	95,0

Cont. Tabela 4 – Tabela de Frequências Simplificada - Escala SMRAI: Questionário para os Profissionais

itens	Concordo/Concordo Totalmente		Discordo/Discordo Totalmente	
	n	%	n	%
27-As pessoas homossexuais não deveriam ser autorizadas a ensinar em escolas públicas.	1	5,0	19	95,0
28-Deveria preocupar-me com a possibilidade de um utente homossexual poder influenciar os outros.	3	15,0	16	80,0
29-Nas instituições para pessoas portadoras de deficiência mental deveriam existir espaços para os comportamentos privados dos utentes.	5	25,0	8	40,0
30-As mulheres portadoras de deficiência mental são mais promiscuas do que as mulheres em geral.	2	10,0	14	70,0
31-Um adulto casado que se masturba, de forma esporádica, tem provavelmente, uma relação conjugal perturbada.	5	25,0	13	65,0
32-A maioria dos adultos portadores de deficiência mental buscará sempre alguma maneira de obter prazer sexual.	6	30,0	3	15,0
33-As pessoas que não têm capacidade para viver sozinhas não se deveriam casar.	2	10,0	14	70,0
34- As instituições deveriam manter os utentes de cada sexo tão separados quanto possível.	5	25,0	15	75,0
35-As pessoas portadoras de deficiência mental têm um desejo sexual menos intenso do que as outras pessoas.	1	5,0	12	60,0
36-Deveriam existir lares residenciais para pessoas portadoras de deficiência mental casadas.	15	75,0	4	20,0
37-A homossexualidade deveria ser legalmente proibida.	10	50,0	10	50,0
38-Nas instituições, os Profissionais deveriam impedir os comportamentos homossexuais.	7	35,0	12	60,0
39-O Estado deveria fornecer, gratuitamente, métodos contraceptivos aos utentes das residências para pessoas portadoras de deficiência mental.	15	75,0	2	10,0
40-As pessoas portadoras de deficiência mental têm o direito a ter relações sexuais, se assim o desejarem.	19	95,0	1	5,0

Na tabela 4, observamos que 90,0% dos Profissionais discordam/discordam totalmente no item “Hoje em dia há demasiada educação sexual nas escolas” (n=18). Em relação a “A masturbação é um comportamento saudável”, 90,0% dos Profissionais concordam/concordam totalmente com este item (n=18). Relativamente ao item “Os Profissionais deveriam impedir os utentes de se masturbarem”, 80,0% dos Profissionais (n=16) discordam/discordam totalmente. No item 4: “Se um homem

e uma mulher portadores de deficiência mental forem encontrados a ter relações sexuais devem ser mantidos separados”, predomina a resposta discordo/discordo totalmente (n=18=90,0%). No que diz respeito ao item 5: “As relações sexuais entre pessoas não casadas são aceitáveis”, os Profissionais mostraram que concordam/concordam totalmente (n=17=95,0%).

No item seguinte “Um programa de educação sexual provocaria mais actividade sexual entre os jovens”, 75,0% dos Profissionais (n=15) discordam/discordam totalmente. Na questão 7: “A homossexualidade é aceitável desde que haja consentimento mútuo entre os parceiros”, 95,0% dos Profissionais concordam/concordam totalmente (n=19) e 5,0% discordam/discordam totalmente com este item (n=1). O item 8: “Qualquer pessoa, portadora ou não de deficiência mental, tem o direito de ter filhos”, mostrou que 20,0% dos Profissionais concordam/concordam totalmente (n=4) e 15,0% dos Profissionais discordam/discordam totalmente (n=3). Em relação a “Se uma pessoa menor for a uma consulta por causa de uma doença sexualmente transmissível, deve comunicar-se esse facto aos Pais”, 95,0% dos Profissionais concordam/concordam totalmente com este item (n=19). “Responder a todas as questões sobre sexo que as crianças colocam pode criar-lhes uma preocupação excessiva sobre esse tema”, obteve uma percentagem de 15,0% na opção concordo/concordo totalmente (n=3) e 85,0% no discordo/discordo totalmente (n=17).

No item 11: “Deveria existir um controlo mais eficaz do conteúdo dos filmes, revistas e livros”, 55,0% dos Profissionais concordam/concordam totalmente (n=11) e 25,0% discordam/discordam totalmente (n=5). No item “Os jovens portadores de deficiência mental necessitam de ter momentos para se encontrarem em privado com pessoas do sexo oposto”, 50,0% dos Profissionais (n=10) concordam/concordam totalmente e 10,0% discordam/discordam totalmente (n=2). O item seguinte “Deveriam ser permitidos comportamentos homossexuais entre pessoas portadoras de deficiência mental”, mostra-nos que 65,0% dos Profissionais (n=13) concordam/concordam totalmente e 10,0% discordam/discordam totalmente (n=2). No item 14: “O acesso fácil pelos jovens aos métodos contraceptivos tem causado a corrupção da sua moral sexual”, existe 5,0% de concordância entre os Profissionais (n=1) e 95,0% de discordância (n=19). No item: “Desde que não magoem outras pessoas, as pessoas portadoras de deficiência mental têm o direito de viver a sua vida sexual como desejarem.”, 95,0% dos Profissionais concordam/concordam totalmente (n=19) e 5,0% discordam/discordam totalmente (n=1).

Em relação a “As pessoas portadoras de deficiência mental deveriam ter acesso a métodos contraceptivos quando o desejassem”, 75,0% dos Profissionais concordam/concordam totalmente (n=15) e 5,0% discordam/discordam totalmente (n=1). No item 17: “A educação sexual deveria ser feita de forma separada para rapazes e para raparigas”, observamos que 15,0% dos Profissionais concordam/concordam totalmente (n=3) e 85,0% discordam/discordam totalmente (n=17). No item 18: “Os métodos contraceptivos deveriam ser explicados aos jovens

antes de serem sexualmente activos”, 95,0% dos Profissionais concordam/concordam totalmente (n=19) e 5,0% discordam/discordam totalmente (n=1). No item 19: “As pessoas portadoras de deficiência mental têm o direito de fazer escolhas próprias quanto à sua vida sexual”, existe uma concordância de 90,0% por parte dos Profissionais (n=18) e 10,0% de discordância (n=2). No item 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”, não existe uma predominância de respostas, dado que existe uma divisão de opiniões com 45,0% de concordância (n=9) e 45,0% de discordância (n=9).

Relativamente ao item “As posições usadas nas relações sexuais nunca deveriam ser abordadas, mesmo que os utentes fizessem perguntas sobre esse assunto”, 5,0% dos Profissionais concordam/concordam totalmente (n=1) e 75,0% discordam/discordam totalmente (n=15). No item 22: “Os factos relacionados com as drogas, a sexualidade e o álcool deveriam ser ensinados ao mesmo tempo”, verificamos 50,0% de concordância (n=10) e 10,0% de discordância (n=2). No item 23: “As pessoas portadoras de deficiência mental têm, em geral, desejos sexuais superiores ao habitual”, 35,0% dos Profissionais concordam/concordam totalmente (n=7) e 30,0% discordam/discordam totalmente (n=6). No item 24: “É perigoso falar sobre sexo a algumas pessoas”, 40,0% dos Profissionais concordam/concordam totalmente (n=8) e 30,0% discordam/discordam totalmente (n=6). No item 25: “Os homens têm mais desejo sexual que as mulheres”, existe 30,0% de concordância (n=6) e 60,0% de discordância (n=12).

No item 26: “Em geral, a permissividade sexual pré-matrimonial resulta, mais tarde, em problemas conjugais”, 5,0% dos Profissionais concordam/concordam totalmente (n=1) e 95,0% discordam/discordam totalmente com (n=19). No item: “As pessoas homossexuais não deveriam ser autorizadas a ensinar em escolas públicas”, 5,0% dos Profissionais concordam/concordam totalmente (n=1) e 95,0% discordam/discordam totalmente com (n=19). No item: “Deveria preocupar-me com a possibilidade de um utente homossexual poder influenciar os outros”, 15,0% dos Profissionais concordam/concordam totalmente (n=3) e 80,0% discordam/discordam totalmente (n=16). No item 29: “Nas instituições para pessoas portadoras de deficiência mental deveriam existir espaços para os comportamentos privados dos utentes”, observamos 25,0% de concordância (n=5) e 40,0% de discordância (n=8). No item 30: “As mulheres portadoras de deficiência mental são mais promiscuas do que as mulheres em geral”, 10,0% dos Profissionais concordam/concordam totalmente (n=2) e 70,0% discordam/discordam totalmente (n=14).

No item 31: “Um adulto casado que se masturba, de forma esporádica, tem provavelmente, uma relação conjugal perturbada”, existe 25,0% de concordância (n=5) e 65,0% de discordância (n=13). No item 32: “A maioria dos adultos portadores de deficiência mental buscará sempre alguma maneira de obter prazer sexual”, verificamos 30,0% de concordância (n=6) e 15,0% de discordância (n=3). No item 33: “As pessoas que não têm capacidade para viver sozinhas não se deveriam

casar”, 10,0% dos Profissionais concordam/concordam totalmente (n=2) e 70,0% discordam/discordam totalmente (n=14). No item 34: “As instituições deveriam manter os utentes de cada sexo tão separados quanto possível”, 25,0% dos Profissionais concordam/concordam totalmente (n=5) e 75,0% discordam/discordam totalmente (n=15). No item 35: “As pessoas portadoras de deficiência mental têm um desejo sexual menos intenso do que as outras pessoas”, existe 5,0% de concordância (n=1) e 60,0% de discordância (n=12).

No que diz respeito ao item 36: “Deveriam existir lares residenciais para pessoas portadoras de deficiência mental casadas”, verificamos 75,0% de concordância (n=15) e 20,0% de discordância (n=4). No item 37: “A homossexualidade deveria ser legalmente proibida”, não existe predominância de respostas, dado que 50,0% dos Profissionais concordam/concordam totalmente (n=10) e 50,0% discordam/discordam totalmente (n=10). No item 38: “Nas instituições, os Profissionais deveriam impedir os comportamentos homossexuais”, observamos que existe 35,0% de concordância (n=7) e 60,0% de discordância (n=12). No item 39: “O Estado deveria fornecer, gratuitamente, métodos contraceptivos aos utentes das residências para pessoas portadoras de deficiência mental”, 75,0% dos Profissionais concordam/concordam totalmente (n=15) e 10,0% discordam/discordam totalmente (n=2). Por último, no item 40: “As pessoas portadoras de deficiência mental têm o direito a ter relações sexuais, se assim o desejarem”, 95,0% dos Profissionais concordam/concordam totalmente (n=19) e 5,0% discordam/discordam totalmente (n=1).

Classificação	N	%	Pontuação
Atitude muito conservadora	0	0,0	40-80
Atitude conservadora	0	0,0	81-120
Atitude liberal	17	85,0	121-160
Atitude muito liberal	3	15,0	161-200

A tabela 5 representa os resultados obtidos segundo a classificação de Ivone Félix (2003) relativamente às atitudes dos Profissionais face à Deficiência Mental Profunda. Entre [40-80] pontos classifica-se como atitude muito conservadora, entre [81-120] como atitude conservadora, entre [121-160] como atitude liberal e entre [161-200] como atitude muito liberal.

De acordo com esta tabela, observamos que existem apenas dois tipos de atitudes: em 20 Profissionais, 85,0% destes apresentaram atitude liberal (n=17) e 15,0% demonstraram atitude muito liberal (n=3).

De seguida, são apresentados os valores de *Alpha de Cronbach*. Para percebermos melhor as atitudes dos Profissionais, a Escala SMRAI composta por 40 itens, divide-

se em duas categorias: a sub-escala de atitudes face à sexualidade em geral, composta por 20 itens e a sub-escala de atitudes face à sexualidade na deficiência, também composta por 20 itens. Desta forma, na primeira categoria, os 20 itens estão relacionados com expressões mais gerais da sexualidade, como por exemplo a contracepção, comportamentos sexuais e a educação sexual nas escolas. Na outra sub-escala, foca-se mais aspectos da sexualidade nas pessoas com DI, nomeadamente as regras referentes à sexualidade estipuladas pelas instituições que trabalham com este tipo de populações e os procedimentos relativos a esta matéria por parte dos Profissionais que aí exercem funções.

Tabela 6 - <i>Alpha de Cronbach</i> (Escala Total 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	0,199
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	0,377
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	0,435

Podemos observar na tabela 6, os valores de *Alpha de Cronbach* na sub-escala de atitudes face à sexualidade em geral ( $\alpha=0,199$ ), na sub-escala de atitudes face à sexualidade na deficiência ( $\alpha=0,377$ ) e na escala total ( $\alpha=0,435$ ). Segundo Bryman & Cramer (2005), um bom valor de  $\alpha$  seria igual ou superior a 0,600. De acordo com estes autores, no nosso estudo, os valores de *Alpha de Cronbach* indicam uma baixa consistência interna. Este factor deve-se, muito provavelmente, ao reduzido número de sujeitos da amostra.

### 4.3 Análise estatística intragrupal

A análise de dados estatísticos (no grupo dos Pais e no grupo dos Profissionais) foi efectuada recorrendo à utilização dos seguintes testes: *Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis*.

No que diz respeito ao grupo dos Pais, o teste de *Mann-Whitney* foi realizado nas variáveis Grupo Etário, Género e Religião, enquanto que o teste de *Kruskal-Wallis* foi utilizado para Habilitações Literárias, Estado Civil e Nível Sócio-económico.

No grupo dos Profissionais, o teste de *Mann-Whitney* foi utilizado nas variáveis Religião e Familiar com ou sem deficiência, sendo que o teste de *Kruskal-Wallis* foi realizado para Estado Civil, Habilitações Literárias, Formação Base e Nível Sócio-económico.

Após a aplicação destes testes, verificámos em que itens existem diferenças estatisticamente significativas. Para tal, o nível de significância adoptado assume valores iguais ou inferiores a 0,05.

#### **4.3.1 Grupo dos Pais**

##### **- Grupo etário**

Através do teste de *Mann-Whitney*, relativamente ao grupo etário, foi verificado que não existem diferenças estatisticamente significativas, pois o nível de significância é superior a 0,05.

##### **- Género**

No género não existem diferenças estatisticamente significativas dado que a significância aquando da realização do teste de *Mann-Whitney* é superior a 0,05 em todos os itens.

##### **- Habilitações Literárias**

No que diz respeito às habilitações literárias, através do teste de *Kruskal-Wallis*, também não encontramos diferenças estatisticamente significativas, uma vez que o valor do nível de significância é sempre superior a 0,05.

##### **- Estado Civil**

Aplicou-se o teste de *Kruskal-Wallis* e verificámos que não existem diferenças estatisticamente significativas em nenhum item, dado que o valor do nível de significância é superior a 0,05.

##### **- Nível Sócio-económico**

No nível sócio-económico, através do teste *Kruskal-Wallis*, apenas foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no item “Quando os nossos filhos estabelecem relações afectivas preferenciais com um colega do sexo oposto, penso que esta relação deverá ser incentivada” ( $p=0,050$ ).

### **- Religião**

Em relação à religião, e após ter sido realizado o teste de *Mann-Whitney*, não existem diferenças estatisticamente significativas em nenhum item, uma vez que o nível de significância é superior a 0,05.

### **4.3.2 Grupo dos Profissionais**

#### **- Género**

Foi aplicado o teste de *Mann-Whitney* e podemos observar que existem diferenças estatisticamente significativas no item “Nas instituições para pessoas portadoras da deficiência mental deveriam existir espaços para os comportamentos privados dos utentes” ( $p=0,040$ ).

#### **- Estado Civil**

Para o estado civil foi aplicado o teste de *Kruskal-Wallis* e não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em nenhum item, dado que o nível de significância tem valores superiores a 0,05.

#### **- Habilitações Literárias**

Nesta variável, através do teste de *Kruskal-Wallis*, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos itens “Os Profissionais deveriam impedir os utentes de se masturbarem” ( $p=0,047$ ), “As pessoas portadoras de deficiência mental têm o direito de fazer escolhas próprias quanto à sua vida sexual” ( $p=0,001$ ), “Os factos relacionados com as drogas, a sexualidade e o álcool deveriam ser ensinados ao mesmo tempo” ( $p=0,009$ ), “As pessoas que não têm capacidade para viver sozinhas não se deveriam casar” ( $p=0,046$ ), e por fim, “Nas instituições, os Profissionais deveriam impedir os comportamentos homossexuais” ( $p=0,037$ ).

#### **- Formação Base**

Foi aplicado o teste de *Kruskal-Wallis* e foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos itens “Se uma pessoa menor for a uma consulta por causa de uma doença sexualmente transmissível, deve comunicar esse facto aos Pais” ( $p=0,028$ ), “As pessoas portadoras de deficiência mental têm o direito de fazer escolhas próprias quanto à sua vida sexual” ( $p=0,009$ ), “Os factos relacionados com as drogas, a sexualidade e o álcool deveriam ser ensinados ao mesmo tempo” ( $p=0,039$ ).

#### **- Nível Sócio-económico**

Em relação ao nível sócio-económico, através do teste *Kruskal-Wallis*, existem diferenças estatisticamente significativas nos itens “Um programa de educação sexual provocaria mais actividade sexual entre os jovens” ( $p=0,028$ ), “Responder a

todas as questões sobre sexo que as crianças colocam, pode criar-lhes uma preocupação excessiva sobre esse tema” ( $p=0,031$ ), “As pessoas portadoras de deficiência mental têm o direito de fazer escolhas próprias quanto à sua vida sexual” ( $p=0,012$ ), “Os factos relacionados com as drogas, a sexualidade e o álcool deveriam ser ensinados ao mesmo tempo” ( $p=0,017$ ), “A maioria dos adultos portadores de deficiência mental buscarão sempre alguma maneira de obter prazer sexual” ( $p=0,021$ ), “As pessoas que não têm capacidade para viver sozinhas não se deveriam casar” ( $p=0,049$ ), “As pessoas portadoras de deficiência mental têm um desejo sexual menos intenso do que o das outras pessoas” ( $p=0,014$ ) e, por fim, “A homossexualidade deveria ser legalmente proibida” ( $p=0,021$ ).

### **- Religião**

No que diz respeito à religião, através do teste de *Mann-Whitney*, não existem diferenças estatisticamente significativas pois o nível de significância atinge valores superiores a 0,05. Em relação à variável “É praticante”, existem diferenças estatisticamente significativas nos itens “Deveria existir um controlo mais eficaz do conteúdo dos filmes, revistas e livros” ( $p=0,011$ ) e “As pessoas portadoras de deficiência mental têm o direito de fazer escolhas próprias quanto à sua vida sexual” ( $p=0,046$ ).

### **- Familiar com ou sem deficiência**

Através do teste de *Mann-Whitney*, foi verificado que existem diferenças estatisticamente significativas em apenas um item: “Os jovens portadores de deficiência mental necessitam de ter momentos para se encontrar em privado com pessoas do sexo oposto” ( $p=0,050$ ).

## 5. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Este estudo tem como objectivo principal conhecer as atitudes dos Pais e dos Profissionais relativamente à sexualidade do deficiente intelectual profundo na instituição onde o mesmo foi realizado; como tal, não pretendemos generalizar a partir dos resultados obtidos.

Em primeiro lugar iremos apresentar a discussão de resultados relativa ao questionário dos Pais e posteriormente, o mesmo será efectuado em relação ao questionário dos Profissionais.

Ao longo deste estudo, sentimos algumas dificuldades relacionadas com o tamanho reduzido da nossa amostra e com a escassa existência de referências bibliográficas sobre o tema, nomeadamente de artigos posteriores a 2010, pelo que fizemos a nossa reflexão pessoal, que apresentamos juntamente com os estudos elaborados por outros autores.

Nos resultados obtidos no **questionário dos Pais**, verificámos semelhanças nas respostas aos itens 1 (“É difícil falar sobre o assunto da afectividade/sexualidade porque é um tema delicado”), 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”), em que todos concordam com estes itens e no 10 (“Quando os nossos filhos são encontrados a masturbarem-se, devem ser imediatamente repreendidos”), em que todos discordam.

Por ser um tema delicado, é difícil para os Pais falar sobre o assunto da afectividade/sexualidade com os seus filhos. No entanto, apesar de acharem que estes têm direito à sua vida afectiva, ainda constatámos que existem Pais que não sabem como reagir em relação à questão da sexualidade. Desta forma, vêem os filhos como infantis e as suas expressões como sendo manifestações de ternura. Na questão da masturbação, todos concordam que os seus filhos não devem ser repreendidos pois vêem-na como um acto natural. Isto significa que, apesar de tentarem ser correctos e permissivos, verificamos que, por vezes, não sabem como reagir a certas questões, existindo algumas dúvidas sobre como agir correctamente neste campo. Lafferty et al. (2012) afirmam que, apesar de algumas tentativas terem sido feitas para melhorar a igualdade de acesso das pessoas com deficiência às oportunidades que estão disponíveis para pessoas sem deficiência, a noção de "necessidades especiais" e "protecção" ainda deixa as pessoas com deficiência, em grande parte, segregadas de muitas actividades na sociedade.

Enquanto a sociedade nega a sexualidade de pessoas com DI, estes indivíduos têm demonstrado desejo em ter relações íntimas (Swango-Wilson, 2011). Na questão da masturbação, todos concordam que os seus filhos não devem ser repreendidos, pois vêem-na como um acto natural. Isto significa que, apesar de tentarem ser correctos e permissivos, verificamos que, por vezes, não sabem como reagir a certas

questões. Ainda existem algumas dúvidas sobre como agir correctamente neste campo.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $p \leq 0,05$ ) no grupo dos Pais apenas em relação à variável **nível sócio-económico**, no item “Quando os nossos filhos estabelecem relações afectivas preferenciais com um colega do sexo oposto, penso que esta relação deverá ser incentivada”. Estes resultados foram encontrados em pessoas que auferem mensalmente entre 501 a 750€, com 3 observações de média 2,00 e desvio padrão 0,00 e 751 a 1000€, também com 3 observações de média 2,00 e desvio padrão 0,00 mostrando assim não possuírem qualquer opinião formada sobre o assunto, pois nem concordam nem discordam com a questão. No entanto, encontrámos nos resultados uma pessoa que, apesar de ter rendimentos superiores a 1000€, opõe-se ao incentivo destas relações.

Podemos, então, deduzir que o nível de formação de cada indivíduo está relacionado com o seu nível sócio-económico, ou seja, quanto maior é o seu poder financeiro, maior é o seu nível de estudos e educação. Note-se, ainda, que indivíduos com formação mais elevada apresentam atitudes mais permissivas. Nesta situação, observámos que os Pais não tomam atitudes de incentivo nem de oposição às relações afectivas dos filhos, apresentando atitudes passivas, sendo que estas são preferencialmente com pessoas do sexo oposto. Apenas o Pai que auferir rendimentos superiores a 1000€ demonstrou ter atitudes menos positivas face a esta questão.

Na nossa reflexão, achamos que quando se fala em relações afectivas, os Pais têm tendência a apresentarem sentimentos de protecção dos filhos, tendo estes deficiência ou não. Como estamos a falar de filhos com DI, é possível que sintam algumas dúvidas sobre como reagir e qual a atitude mais madura e apropriada a ter, o que se reflecte em incertezas, hesitações e indecisões. A explicação que ostentamos sobre as atitudes menos positivas da pessoa com nível sócio-económico mais elevado é devido à desvalorização ou rejeição da sexualidade do filho, mostrando-se, desta forma, pouco à vontade ou mesmo desinteressada em abordar a questão da sexualidade com ele.

O estudo que fizemos no grupo dos Pais permitiu-nos perceber que estes apresentam atitudes conservadoras quando se fala sobre sexualidade, não sabendo como abordar o tema ou mesmo desvalorizando e rejeitando a importância do diálogo nesta componente tão importante para o equilíbrio de cada ser vivo, com deficiência ou não, pois faz parte da própria biologia de cada um. Não podemos permitir, como Profissionais, a negligência deste aspecto essencial e fundamental para a vida em sociedade, cabendo-nos, então, o papel de fazer alertar e informar os Pais da importância deste tema para o equilíbrio emocional e psicológico dos seus filhos.

Em relação ao **questionário dos Profissionais**, nos resultados obtidos encontramos apenas dois tipos de atitudes das quatro que existem, de acordo com a classificação de Ivone Félix (2003). De entre as atitudes muito conservadora, conservadora, liberal e muito liberal, verificámos que os Profissionais apresentaram atitudes liberais (85,0%) e atitudes muito liberais (15,0%).

É natural que isto aconteça dado o “distanciamento” da relação deficiente/Profissional e da relação deficiente/pai. A relação deficiente/Profissional implica que o Profissional lide com a pessoa com deficiência apenas no seu horário laboral, ou seja, depois do trabalho volta para casa, para a sua vida, não pensando no assunto até ter de voltar a lidar com a pessoa no dia a seguir. A relação deficiente/pai já é diferente da descrita anteriormente, pois os Pais têm de lidar com todos os assuntos dos filhos com deficiência mesmo em casa, não têm tempo de descanso nem intervalos, pois têm de enfrentar os problemas da vida e a toda a hora. Desta forma, a relação deficiente/pai é muito mais intensa do que a relação deficiente/Profissional. Podemos também admitir que possa ocorrer o caso de o Profissional poder ter algum familiar com deficiência; nesta ocasião, é de esperar que o Profissional possa reagir de forma diferente, pois já tem na sua família alguém com deficiência, tornando, assim, os assuntos mais pessoais e mudando a sua forma de agir.

Desta forma, em contraste com os resultados obtidos no grupo dos Pais, os Profissionais, na sua maioria, apresentaram posições mais tolerantes e positivas, pois mostraram estar abertos e receptivos no que diz respeito ao tema da sexualidade na deficiência intelectual. É importante, na qualidade de Profissional, adoptar medidas e intervenções que permitam resguardar as pessoas com DI, de modo a que não sofram atitudes rígidas e intolerantes quando se lida com a questão da sexualidade.

Encontrámos diferenças estatisticamente significativas nas respostas dadas pelos Profissionais em cinco variáveis ( $p \leq 0,05$ ).

Na variável **género**, verificámos que existem diferenças estatisticamente significativas no item “Nas instituições para pessoas portadoras da deficiência mental deveriam existir espaços para os comportamentos privados dos utentes”. No sexo masculino existem 3 observações, com a média de 4,33 e um desvio padrão de 0,58; no sexo feminino existem 17 observações com a média de 3,06 e um desvio padrão de 0,90. Estes dados indicam-nos que os homens discordam e as mulheres nem discordam nem concordam, revelando que os indivíduos do sexo masculino possuem atitudes menos permissivas do que os indivíduos do sexo feminino. Verificamos que as mulheres não apresentam uma opinião uniforme em relação à existência de espaços para os comportamentos privados dos utentes; julgamos que existe, por parte das mulheres, algum desconforto, dado que podem sentir a sua intimidade pessoal e sexual invadida no que diz respeito a essa questão. Os comportamentos privados dos utentes seriam mais fáceis de aceitar por parte dos

homens do que por parte das mulheres, pois, ao responder a este item, eles próprios se colocam na situação, fazendo, então, sobressair um padrão social sexista.

Isto é, como não existem directrizes nem instruções sobre como reagir quando se lida com as expressões sexuais de pessoas com DI, os Profissionais tendem a ter comportamentos que possam, por um lado, repreender e não tolerar certos comportamentos por parte do género feminino, enquanto no género masculino tendem a ignorar esses comportamentos, pois passam despercebidos.

Este assunto pode ser corroborado pelo estudo de Teixeira (2010), que constatou que os educadores apresentam limitações ao lidar com as expressões de sexualidade dos adolescentes com deficiência mental no espaço escolar. Existe um maior número de repreensões, observada na tabela de frequência de atitudes, relativa ao sexo feminino do que ao sexo masculino, sendo que ignoraram as expressões sexuais do sexo masculino, mostrando um padrão social sexista. Constatou-se também que as atitudes dos educadores, ao impor limites, não vêm acompanhadas de orientações sobre o comportamento desejável para aquela expressão de sexualidade explicitada.

No fundo, como reflexo daquilo que acontece na sociedade em geral, os estímulos e manifestações sexuais por parte de mulheres com DI não são tão aceitáveis como os comportamentos dos homens com DI, traduzindo-se em inquietação e apoquentação por parte dos Profissionais do género feminino, por ser um assunto que “mexe” mais com a sua intimidade. Neste caso, não foi isso que verificámos, mas achamos que isso se deve à reduzida amostra e também ao facto de termos muito mais indivíduos do sexo feminino do que do sexo masculino a responder ao questionário (3 homens e 17 mulheres), o que se traduz num resultado de 85,0% mulheres para 15,0% de homens.

Na variável **habilitações literárias**, encontrámos também diferenças estatisticamente significativas nos itens “Os Profissionais deveriam impedir os utentes de se masturbarem”, “As pessoas portadoras de deficiência mental têm o direito de fazer escolhas próprias quanto à sua vida sexual”, “Os factos relacionados com as drogas, a sexualidade e o álcool deveriam ser ensinados ao mesmo tempo”, “As pessoas que não têm capacidade para viver sozinhas não se deveriam casar” e, por fim, “Nas instituições, os Profissionais deveriam impedir os comportamentos homossexuais”.

Relativamente ao item “Os Profissionais deveriam impedir os utentes de se masturbarem”, no ensino básico existem 2 observações, com a média 4,00 e desvio padrão 1,41; no ensino secundário existem 12 observações com a média 4,08 e desvio padrão 0,79; contrastando desta forma com o ensino superior, pois existem 6 observações com a média de 5,00 e desvio padrão 0,00. Estes dados permitem-nos dizer que os Profissionais do ensino básico e secundário apresentam atitudes liberais, mas os do ensino superior apresentam atitudes mais liberais, sendo que

esses Profissionais se mostraram consonantes na sua totalidade, ao discordarem todos completamente com este item, revelando que não se deve de maneira nenhuma impedir que os utentes se masturbem, dado que é uma satisfação de uma necessidade básica.

No item “As pessoas portadoras de deficiência mental têm o direito de fazer escolhas próprias quanto à sua vida sexual”, verificámos que no ensino básico existem 2 observações com a média 3,00 e desvio padrão de 1,41; no ensino secundário existem 12 observações com média de 2,17 e desvio padrão de 0,58; sendo que no ensino superior existem 6 observações com média de 1,17 e desvio padrão de 0,41. Estes resultados permitem realizar uma diferenciação do tipo de atitudes obtidas: os Profissionais com o ensino básico demonstram ser menos liberais do que os do ensino secundário e estes últimos menos liberais do que os do ensino superior, existindo, assim, uma evolução de atitudes positivas associadas a habilitações literárias mais elevadas.

No item “Os factos relacionados com as drogas, a sexualidade e o álcool deveriam ser ensinados ao mesmo tempo”, constatámos que existem no ensino básico 2 observações com a média de 2,50 e desvio padrão de 0,71; no ensino secundário existem 12 observações com a média de 2,08 e desvio padrão de 0,67; contrastando com o ensino superior que apresenta 6 observações com a média de 3,50 e desvio padrão de 0,84. Estes dados indicam-nos que os Profissionais com o ensino básico e secundário concordam com que se deveria ensinar os factos relacionados com as drogas, sexualidade e álcool ao mesmo tempo, mostrando ter atitudes mais permissivas do que os Profissionais com o ensino superior, pois estes últimos revelam mais dúvidas e discórdia entre eles.

O item “As pessoas que não têm capacidade para viver sozinhas não se deveriam casar” apresenta no ensino básico 2 observações com a média 3,00 e desvio padrão de 1,41; no ensino secundário 12 observações com a média 3,50 e desvio padrão de 0,67 evidenciando, assim, o ensino superior em 6 observações com a média 4,33 e respectivo desvio padrão 0,52. Os resultados deste item sugerem-nos que os Profissionais do ensino básico e secundário nem concordam nem discordam, ficando na dúvida sobre que posição adoptar, contrastando, assim, com os do ensino superior que apresentam atitudes mais permissivas, pois discordam com a questão, dando a entender que o facto de não conseguirem viver sozinhas não é limitativo para a pessoa não poder casar.

Por último, o item “Nas instituições, os Profissionais deveriam impedir os comportamentos homossexuais”, apresenta no ensino básico 2 observações com a média 4,50 e desvio padrão 0,71; no ensino secundário 12 observações com a média 2,42 e desvio padrão 1,68 e no ensino superior 6 observações com a média 4,50 e desvio padrão 0,55. Neste item, os Profissionais com o ensino básico e superior apresentaram atitudes mais positivas, pois discordam que se deva impedir

os comportamentos homossexuais, o que não acontece com os Profissionais com o ensino secundário, que revelam atitudes menos positivas.

De acordo com os resultados que obtivemos no nosso estudo, a variável das habilitações literárias permitiu perceber que existe uma relação entre o grau de conhecimento e o nível cultural do Profissional. No estudo de Lin et al. (2011), foi verificado que os Profissionais do sexo feminino e com habilitações literárias ao nível do ensino superior apresentaram maior consciencialização sobre a saúde reprodutiva comparando com os seus colegas.

Assim sendo, em conformidade com o estudo de Lin et al. (2011), quanto mais elevadas forem as habilitações literárias, maior será o respectivo nível cultural; existindo uma adopção de comportamentos mais permissivos e atitudes mais positivas. Desta forma, verificámos que existem atitudes mais favoráveis e mais liberais por parte de pessoas com habilitações literárias ao nível do ensino superior.

Em relação à variável **formação base**, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos itens “Se uma pessoa menor for a uma consulta por causa de uma doença sexualmente transmissível, deve comunicar esse facto aos Pais”, “As pessoas portadoras de deficiência mental têm o direito de fazer escolhas próprias quanto à sua vida sexual” e “Os factos relacionados com as drogas, a sexualidade e o álcool deveriam ser ensinados ao mesmo tempo”.

Em relação ao item “Se uma pessoa menor for a uma consulta por causa de uma doença sexualmente transmissível, deve comunicar esse facto aos Pais”, no profissional com a formação base de Educador o número de observações foi 2 com média de 1,50 e desvio padrão 0,71; no profissional com formação base de Serviço Social obteve 2 observações com a média 1,00 e desvio padrão 0,00; nos Profissionais com outra formação base obtivemos 14 observações com a média 1,86 e desvio padrão 0,36. Estes dados informam-nos que os Profissionais com formação base de Educador, Serviço Social e outros tiveram opiniões semelhantes, havendo apenas destaque dos Profissionais de Serviço Social em particular, pois demonstraram atitudes mais liberais, concordando plenamente que se deve comunicar aos Pais se uma pessoa menor for a uma consulta por causa de uma doença sexualmente transmissível.

No item “As pessoas portadoras de deficiência mental têm o direito de fazer escolhas próprias quanto à sua vida sexual”, nos Profissionais Educadores obtivemos 2 observações com a média de 1,50 e desvio padrão de 0,71; nos Profissionais de Serviço Social obtivemos 2 observações com média de 1,00 e desvio padrão 0,00; e, por último, nos Profissionais com outra formação base obtivemos 14 observações com média 2,29 e desvio padrão 0,73. Os Profissionais com formação base de Educador concordam totalmente que as pessoas com DI têm o direito de exercer escolhas próprias em relação à sua vida sexual, indicando, assim, atitudes liberais; os de Serviço Social apresentam atitudes ainda mais liberais, pois concordam totalmente e unanimemente com este item contrastando

com os Profissionais de outra formação base que perante os outros dois tipos de formação revelam atitudes menos liberais, pois, como observado nos dados acima referidos, apenas concordam com a questão.

Por fim, no item “Os factos relacionados com as drogas, a sexualidade e o álcool deveriam ser ensinados ao mesmo tempo”, nos Profissionais Educadores obtivemos 2 observações com média 3,00 e desvio padrão 0,00; nos Profissionais de Serviço Social obtivemos 2 observações com a média 4,50 e desvio padrão 0,71; e nos Profissionais com outra formação base obtivemos 14 observações com média de 2,14 e desvio padrão 0,66. Este foi o item que obteve mais diferenças entre a formação base dos Profissionais. Nos Educadores, não houve concordância nem discordância, isto é, não tomaram nenhuma posição a favor ou contra; nos Profissionais de Serviço Social, obtivemos resultados de discordância, pois acham que não deve ser tudo ensinado ao mesmo tempo, revelando, assim, atitudes menos liberais; e, por fim, nos restantes Profissionais com outra formação base, obtivemos resultados de concordância, indicando, assim, atitudes mais positivas perante estes Profissionais.

Conforme a formação base da pessoa, varia o nível de conhecimentos, capacidades práticas, atitudes e formas de comportamento que constituem a parte essencial da especialização para o exercício de uma profissão. A formação base pode ser feita com vista a uma especialização posterior ou com vista à ocupação imediata de um posto de trabalho. A especialização posterior implica mais estudos a serem efectuados, enquanto que a ocupação imediata de um posto de trabalho não implica mais nenhum nível de estudos.

Como consequência, mais estudos traduzem-se num melhor nível de conhecimento e cultura, levando a reacções e atitudes mais favoráveis por parte destas pessoas. O tipo de formação base é essencial para determinar o quão preparados estão os Profissionais para enfrentar quaisquer tipo de desafios que possam surgir no contexto da sua actividade profissional. Dependendo do tipo de formação, é possível alterar comportamentos, conhecimentos, capacidades e atitudes, através da correspondência entre a teoria e a prática, contribuindo, assim, para a sedimentação do conhecimento.

Em relação ao **nível sócio-económico**, verificámos que existem diferenças estatisticamente significativas nos itens “Um programa de educação sexual provocaria mais actividade sexual entre os jovens”, “Responder a todas as questões sobre sexo que as crianças colocam, pode criar-lhes uma preocupação excessiva sobre esse tema”, “As pessoas portadoras de deficiência mental têm o direito de fazer escolhas próprias quanto à sua vida sexual”, “Os factos relacionados com as drogas, a sexualidade e o álcool deveriam ser ensinados ao mesmo tempo”, “A maioria dos adultos portadores de deficiência mental buscarão sempre alguma maneira de obter prazer sexual”, “As pessoas que não têm capacidade para viver sozinhas não se deveriam casar”, “As pessoas portadoras de deficiência mental têm

um desejo sexual menos intenso do que o das outras pessoas” e “A homossexualidade deveria ser legalmente proibida”.

Relativamente ao item “Um programa de educação sexual provocaria mais actividade sexual entre os jovens”, os Profissionais que auferem entre 501 e 750€ apresentam 15 observações com uma média de 3,73 e um desvio padrão de 0,46; aqueles que auferem entre 751 e 1000€ ostentam uma observação com média 3,00 e desvio padrão 0,00; e os que auferem mais de 1000€ apresentam 4 observações com uma média de 4,50 e um desvio padrão de 0,58. Estes dados indicam-nos que os Profissionais com nível sócio-económico mais baixo nem concordam nem discordam com o item em questão, ou seja, revelam uma atitude mais neutra do que aqueles que possuem um nível sócio-económico mais elevado, pois esses já discordam que um programa de educação sexual provocaria mais actividade sexual entre os jovens, demonstrando, assim, atitudes mais permissivas e positivas.

No item “Responder a todas as questões sobre sexo que as crianças colocam, pode criar-lhes uma preocupação excessiva sobre esse tema”, os Profissionais que auferem entre 501 e 750€ apresentam 15 observações com uma média de 3,67 e um desvio padrão de 0,90; aqueles que auferem entre 751 e 1000€ ostentam uma observação com média 4,00 e desvio padrão 0,00; e os que auferem mais de 1000€ apresentam 4 observações com uma média de 4,75 e um desvio padrão de 0,50. Podemos verificar que estes dados sugerem-nos que os Profissionais que auferem entre 501 e 750€ nem concordam nem discordam com esta questão, mostrando-se assim na dúvida em como agir, revelando, então, atitudes menos liberais; aqueles que auferem entre 751 e 1000€ discordam que responder a todas as questões sobre sexo vai aumentar a preocupação das mesmas sobre o tema da sexualidade, apresentando atitudes mais liberais do que os seus pares de nível sócio-económico mais baixo; os Profissionais que auferem mais de 1000€ apresentam resultados de discordância mais elevados do que os anteriores, demonstrando, então, serem os mais liberais comparados aos seus pares, no que diz respeito a esta questão.

Em relação ao item “As pessoas portadoras de deficiência mental têm o direito de fazer escolhas próprias quanto à sua vida sexual”, os Profissionais que auferem entre 501 e 750€ apresentam 15 observações com uma média de 2,20 e um desvio padrão de 0,78; aqueles que auferem entre 751 e 1000€ ostentam uma observação com média 1,00 e desvio padrão 0,00; e os que auferem mais de 1000€ apresentam 4 observações com uma média de 1,25 e um desvio padrão de 0,50. Os Profissionais que possuem um nível sócio-económico mais baixo, apresentam resultados de concordância em relação a este item, enquanto que os seus pares de nível sócio-económico mais elevado, neste caso, aqueles que auferem entre 751 e 1000€ e também mais de 1000€, mostram que concordam totalmente que as pessoas com DI têm todo o direito de realizar escolhas próprias quanto à sua vida sexual, revelando, assim, atitudes mais permissivas e positivas.

No item “Os factos relacionados com as drogas, a sexualidade e o álcool deveriam ser ensinados ao mesmo tempo”, os Profissionais que auferem entre 501 e 750€ apresentam 15 observações com uma média de 2,20 e um desvio padrão de 0,68; aqueles que auferem entre 751 e 1000€ ostentam uma observação com média 4,00 e desvio padrão 0,00; e os que auferem mais de 1000€ apresentam 4 observações com uma média de 3,50 e um desvio padrão de 1,00. Neste item podemos verificar que houve mais disparidade de resultados pois, os Profissionais que auferem entre 501 e 750€ concordam que os factos relacionados com as drogas deveriam ser ensinados ao mesmo tempo, revelando, assim, atitudes positivas e mais abertas; aqueles que auferem entre 751 e 1000€ discordam que esses factos sejam ensinados ao mesmo tempo, indicando, então, atitudes menos positivas do que os seus pares de nível sócio-económico mais baixo; por fim, os Profissionais que auferem mais de 1000€ não concordam nem discordam, apresentando desta forma atitudes passivas, não sabendo o que responder a esta questão, mostrando dúvida e incerteza.

Relativamente ao item “A maioria dos adultos portadores de deficiência mental buscarão sempre alguma maneira de obter prazer sexual”, os Profissionais que auferem entre 501 e 750€ apresentam 15 observações com uma média de 3,07 e um desvio padrão de 0,59; aqueles que auferem entre 751 e 1000€ ostentam uma observação com média 1,00 e desvio padrão 0,00; e os que auferem mais de 1000€ apresentam 4 observações com uma média de 2,25 e um desvio padrão de 0,50. Com estes dados, verificamos que os Profissionais de nível sócio-económico mais baixo nem concordam nem discordam que a maioria dos adultos com DI procurará sempre alguma maneira de obter prazer sexual, mostrando mais indecisão e incerteza; os Profissionais que auferem entre 751 e 1000€ revelaram que concordam totalmente com este item; aqueles que auferem mais de 1000€ também concordaram, revelando, então, que os Profissionais com nível sócio-económico mais elevado, neste item, apresentaram atitudes mais liberais e tolerantes.

No item “As pessoas que não têm capacidade para viver sozinhas não se deveriam casar”, os Profissionais que auferem entre 501 e 750€ apresentam 15 observações com uma média de 3,47 e um desvio padrão de 0,74; aqueles que auferem entre 751 e 1000€ ostentam uma observação com média 4,00 e desvio padrão 0,00; e os que auferem mais de 1000€ apresentam 4 observações com uma média de 4,50 e um desvio padrão de 0,58. Os Profissionais que possuem um nível sócio-económico mais baixo nem concordam nem discordam com este item, demonstrando, desta forma, incerteza e dúvidas, enquanto que os seus pares de nível sócio-económico mais elevado, neste caso, aqueles que auferem entre 751 e 1000€ e também mais de 1000€, mostram que discordam que as pessoas que não têm capacidade para viver sozinhas não se deveriam casar, revelando atitudes mais permissivas e positivas, pois acreditam que apesar de não terem capacidade para viver sozinhas têm direito a casar.

Em relação ao item “As pessoas portadoras de deficiência mental têm um desejo sexual menos intenso do que o das outras pessoas” os Profissionais que auferem entre 501 e 750€ apresentam 15 observações com uma média de 3,53 e um desvio padrão de 0,52; aqueles que auferem entre 751 e 1000€ ostentam uma observação com média 1,00 e desvio padrão 0,00; e os que auferem mais de 1000€ apresentam 4 observações com uma média de 4,50 e um desvio padrão de 0,58. Neste item podemos verificar que houve resultados mais díspares pois, os Profissionais que auferem entre 501 e 750€ não concordam nem discordam com o item, apresentando desta forma atitudes passivas, não sabendo o que responder a esta questão, mostrando dúvida e incerteza; aqueles que auferem entre 751 e 1000€ concordam que as pessoas com DI têm um desejo sexual menos intenso do que as outras pessoas, indicando atitudes menos positivas do que os seus pares de nível sócio-económico mais baixo; por fim, os Profissionais que auferem mais de 1000€ discordam, apresentando desta forma atitudes mais liberais e permissivas.

No item “A homossexualidade deveria ser legalmente proibida” os Profissionais que auferem entre 501 e 750€ apresentam 15 observações com uma média de 2,40 e um desvio padrão de 1,68; aqueles que auferem entre 751 e 1000€ ostentam uma observação com média 5,00 e desvio padrão 0,00; e os que auferem mais de 1000€ apresentam 4 observações com uma média de 5,00 e um desvio padrão de 0,00. Os Profissionais de nível sócio-económico mais baixo concordam que a homossexualidade devia ser legalmente proibida, enquanto que os Profissionais que auferem entre 751 e 1000€ e também mais de 1000€ discordam completamente com esse item, revelando atitudes mais tolerantes e permissivas.

Como foi referido anteriormente, o nível de formação de cada indivíduo está relacionado com o seu nível sócio-económico, ou seja, quanto maior é o seu poder financeiro, maior é o seu nível de estudos e educação. Os indivíduos com formação mais elevada, geralmente, apresentam atitudes mais permissivas. No nosso estudo, verificámos que pessoas com um nível sócio-económico mais elevado apresentaram atitudes mais positivas do que os seus pares com níveis sócio-económicos mais baixos.

Este fenómeno era esperado, dado que tem influência no nível cultural da pessoa, tendo, desta forma, impacto na sua maneira de raciocinar e pensar, pois existe mais conhecimento e educação em áreas diferentes, culminando, assim, na apresentação de atitudes mais tolerantes e positivas.

Por último, na variável **familiar com ou sem deficiência**, verificámos que existem diferenças estatisticamente significativas em apenas um item: “Os jovens portadores de deficiência mental necessitam de ter momentos para se encontrar em privado com pessoas do sexo oposto”. Nos Profissionais com familiares com deficiência, o número de observações foi 4 com média de 1,75 e desvio padrão de 0,50; nos Profissionais que não têm familiares com deficiência o número de observações foi 16 com média de 2,69 e desvio padrão 0,79. Estes dados indicam-nos que os

Profissionais com familiares com deficiência revelam atitudes mais liberais e permissivas do que os Profissionais sem familiares com deficiência.

Seria de esperar que os Profissionais que têm familiares com deficiência fossem mais permissivos do que os Profissionais com familiares com deficiência e, neste caso, é isso que se verifica, pois os Profissionais com familiares com deficiência mostraram-se melhor preparados para lidar com este tipo de situação.

Na reflexão que fizemos, achamos que os Profissionais que possuem membros da família com deficiência, podem reagir de forma diferente, pois os assuntos tornam-se mais pessoais e alteram as suas formas de agir e pensar. O que aconteceu realmente neste estudo foi o que se esperava, os Profissionais que têm familiares com deficiência mostraram concordância com o facto das pessoas com DI necessitarem de ter o seu espaço privado com pessoas do sexo oposto, revelando, assim, atitudes mais positivas do que os Profissionais que não têm familiares com deficiência, pois estes mostraram atitudes menos liberais, não demonstrando tanta capacidade para responder e lidar com comportamentos e manifestações sexuais.

Isto significa que os Profissionais com familiares com deficiência se encontram mais sensibilizados em relação a este assunto em particular, pois conseguem “visualizar” a pessoa com DI com vontades próprias, com os seus sentimentos e necessidades iguais às das outras pessoas, tendo também problemas e dificuldades como toda a gente tem, e apercebem-se que sofrem restrições diferentes do resto das pessoas; talvez seja isso que os faz tornarem-se mais positivos, abertos e permissivos perante as questões da sexualidade do indivíduo com DI.

Desta forma, seria de considerar de extrema relevância existirem programas de educação sexual cujo intuito seria o de orientar Pais, Filhos e Profissionais, contribuindo, desta forma, para um aumento da informação relativamente a este tema, e, conseqüentemente, reduzir a discriminação existente relativamente ao mesmo.

## 6. CONCLUSÃO

Este estudo foi importante para conhecermos melhor as atitudes dos Pais e Profissionais relativamente à sexualidade em si, à deficiência intelectual profunda e, fundamentalmente, para conhecermos as atitudes dos Pais e Profissionais face à sexualidade da pessoa com deficiência intelectual profunda.

Podemos concluir que os Pais adoptam atitudes conservadoras, enquanto os Profissionais tendem a ter atitudes liberais e muito liberais face à sexualidade da pessoa com DI.

No grupo de Pais verificámos que existem diferenças estatisticamente significativas apenas no nível sócio-económico, em que os Pais que auferem 501 a 750€ e 751 a 1000€ revelaram atitudes mais positivas.

Obtivemos diferenças estatisticamente significativas no grupo de **Profissionais** ao nível do género, habilitações literárias, formação base, nível sócio-económico 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 DI profunda são homens, pessoas com habilitações literárias ao nível do ensino superior, com maior nível sócio-económico e pessoas com familiares com deficiência.

O nosso estudo mostrou que a existência de programas de educação sexual é fundamental para orientar, informar e consciencializar adequadamente os Pais, os respectivos filhos e Profissionais. Desta forma, a existência destes programas contribui não só para reduzir o preconceito existente na sociedade, mas também para suprimir a discriminação de que estes jovens são alvo por parte dos Pais e Profissionais. As dúvidas, receios e constrangimentos por parte dos filhos com DI profunda podem, também, ser reduzidas através destes programas.

A qualidade de vida é algo a que todos nós temos direito. Para nos sentirmos satisfeitos com a nossa qualidade de vida, temos de nos sentir bem a nível emocional, psicológico, social, afectivo e sexual. Desta forma, a nossa auto-estima aumenta, promovendo o nosso próprio equilíbrio e melhorando a nossa saúde.

Se nos preocupamos com os níveis emocionais, psicológicos, sociais e afectivos das pessoas, por que não nos vamos preocupar também com o nível de satisfação sexual? As pessoas com DI profunda têm direitos iguais às pessoas sem DI; como tal, devemos garantir que esses direitos lhes sejam facultados. Desta forma, devemos promover a colaboração entre Pais e Profissionais com o intuito de caminharmos para uma sociedade mais evoluída nesta matéria.

## **7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO E SUGESTÕES PARA FUTURAS INVESTIGAÇÕES**

A principal limitação do nosso estudo foi a escassez de referências bibliográficas sobre esta temática que dificultou não só a pesquisa, como também a discussão de resultados na comparação dos dados obtidos.

Para uma maior precisão, o questionário dos Pais deveria incluir o grau de parentesco em relação à pessoa com DI, pois não diferencia os casos em que a pessoa com deficiência está ao cuidado de um tutor legal, que pode ser ou não seu familiar. Note-se que esta ausência de especificidade é importante, dado que esta informação poderia permitir detectar factores influentes nas atitudes face à sexualidade dos indivíduos com DI.

Constatámos também que o uso e a aplicação dos questionários além de trazer vantagens, traz também algumas desvantagens. Como vantagem, os questionários permitiram uma forma fácil de recolher dados, permitindo o anonimato e sem influências exteriores; porém, como desvantagem, estão condicionados ao tempo que os destinatários demoram a devolver essa informação, pois nem todos os questionários foram preenchidos no momento da sua entrega, o que obrigou a várias deslocações à instituição e a paragens prolongadas no desenvolvimento do nosso trabalho.

Conseguimos ainda perceber que houve algumas dificuldades no preenchimento dos questionários, pois alguns Profissionais relataram que alguns itens poderiam ser considerados preconceituosos e alguns mal formulados. Por este motivo, permanece a dúvida se os Profissionais responderam de acordo com as suas convicções ou se responderam em conformidade com o que supunham ser as nossas expectativas.

No que diz respeito a futuras investigações, consideramos que seria necessário para aprofundar o conhecimento, estudos que contemplassem os vários tipos de deficiência intelectual ao invés da deficiência intelectual no geral. Desta forma, seria possível desmistificar as diferenças essenciais entre cada tipo de DI, para se poder chegar a conclusões mais concretas. Outro ponto importante a abordar seria as atitudes dos Pais e Profissionais em relação ao género do indivíduo com DI profunda, dado que assim se poderia compreender melhor as atitudes dos Pais comparativamente à dos Profissionais em relação ao sexo feminino e efectuar o mesmo estudo para o sexo masculino.

Por fim, para se poder “aprimorar” o conhecimento sobre esta temática, seria relevante efectuar um levantamento das atitudes sobre a sexualidade de pessoas sem deficiência e compará-las com a de pessoas com DI, de forma a compreender e identificar quais as dificuldades existentes, modos de pensar e comportamentos associados a cada grupo face a esta questão.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adamczyk, A., Hayes, B. (2012). Religion and sexual behaviors: Understanding the influence of islamic cultures and religious affiliation for explaining sex outside of marriage. *American Sociology Review*, 77, 723-746.
- Amazarray, M., Koller, S. (1998). Alguns aspectos observados no desenvolvimento de crianças vítimas de abuso sexual. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 11 (3), 559-578.
- American Association on Mental Retardation. (2003). *Definition, classification, and systems of supports. (10th ed)*. Washington, DC: Amer Assn on Mental Retardation.
- American Association on Mental Retardation. (2006). *Retardo mental - Definição, classificação e sistemas de apoio*. Porto Alegre: Artmed.
- Antunes, A., Resende, D. (2008). *Puberdade: Um período de transição*. Braga: Serviço de Pediatria do Hospital de Braga.
- Associação para a Recuperação de Cidadãos Inadaptados (2006). Quem Somos [em linha]. *Associação para a Recuperação de Cidadãos Inadaptados (ARCIL) Web site*. Acedido Fevereiro 26, 2014, em <http://www.arcil.org/quem.php>.
- Associação para a Recuperação de Cidadãos Inadaptados (2006). Organograma [em linha]. *Associação para a Recuperação de Cidadãos Inadaptados (ARCIL) Web site*. Acedido Fevereiro 26, 2014, em <http://www.arcil.org/organograma.php>.
- 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.
- Brown, R., Pirtle, T. (2008). Beliefs of professional and family caregivers about the sexuality of individuals with intellectual disabilities: Examining beliefs using a Q-methodology approach. *Sex Education: Sexuality, Society and Learning*, 8 (1), 59-75.
- Bryman, A., Cramer, D. (2005). *Quantitative data analysis with SPSS 12 and 13: A guide for social scientists*. New York: Routledge.
- Caricote, E. (2012). Sexualidad en adolescentes discapacitados. *Salus*, 16 (2), 53-57.

Denari, F. (2010). Adolescência, afectividade, sexualidade e deficiência intelectual: O direito ao ser/estar. *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*, 5 (1), 1-9.

Dias, F., Silva, K., Vieira, N., Pinheiro, P., Maia, C. (2010). Riscos e vulnerabilidades relacionados à sexualidade na adolescência. *Revista de Enfermagem*, 18 (3), 456-461.

Eastgate, G., Driel, M., Lennox, N., Scheermeyer, E. (2011). Women with intellectual disabilities: A study of sexuality, sexual abuse and protection skills. *Australian Family Physician*, 40 (4), 226-230.

Eastgate, G., Driel, M., Lennox, N., Scheermeyer, E. (2012). Intellectual disability, sexuality and sexual abuse prevention: A study of family members and support workers. *Australian Family Physician*, 41 (3), 135-139.

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

Franco, D. (2010). *Atitudes face à afectividade e sexualidade do jovem com deficiência mental*. Dissertação de Mestrado, Faculdade Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal.

Freitas, K., Dias, S. (2010). Percepções de adolescentes sobre sua sexualidade. *Revista de Enfermagem*, 19 (2), 351-357.

Galbes, V., Grossi, R. (2012). Síndrome de down e sexualidade: Mitos e verdades. *Pediatria Moderna*, 48 (10), 426-430.

Gilmore, L., Chambers, B. (2010) Intellectual disability and sexuality: Attitudes of disability support staff and leisure industry employees. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 35, 1, 1-22.

Greenwald, A., Banaji, M. (1995). Implicit social cognition: Attitudes, self-esteem, and stereotypes. *Psychological Review*, 102 (1), 4-27.

Isler, A., Tas, F., Beytut, D., Conk, Z. (2009). Sexuality in adolescents with intellectual disabilities. *Sex Disabil*, 27, 27–34.

- Kempton, W., Kahn E. (1991). Sexuality and people with intellectual disabilities: A historical perspective. *Sexuality and Disability*, 9 (2), 93-111.
- Lafferty, A., McConkey, R., Simpson, A. (2012). Reducing the barriers to relationships and sexuality education for persons with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities*, 16 (1), 29-43.
- Lin, L., Lin, P., Hsu, S., Loh, C., Lin, J., Lai, C., Chien, W., Lin, F. (2011). Caregiver awareness of reproductive health issues for women with intellectual disabilities. *BioMedCentral Public Health*, 59 (11), 1-8.
- Lucas-Carrasco, L., Salvador-Carulla, L. (2012). Life satisfaction in persons with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 33, 1103–1109.
- Maia, A., Ribeiro, P. (2010). Desfazendo mitos para minimizar o preconceito sobre a sexualidade de pessoas com deficiências. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 16 (2), 159-176.
- Martenson, L. (2004). “May I?” About sexuality and love in the new generation with intellectual disabilities. *Sexuality and Disability*, 22 (3), 197-207.
- Martenson, L. (2009). The invisibility of young homosexual women and men with intellectual disabilities. *Sexuality and Disability*, 27 (1), 21–26.
- Martínez, G., Ramírez, E., Cavazos, D., Martínez, Z., Mullet, E. (2011). Actitudes hacia la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual. *Ciencia UANL*, 14, 4, 436-444.
- McCabe, M., Cummins, R., Deeks, A. (1999). Construction and psychometric properties of sexuality scales: Sex knowledge, experience, and needs scales for people with intellectual disabilities (SexKen-ID), people with physical disabilities (SexKen-PD), and the general population (SexKen-GP). *Research in Developmental Disabilities*, 20 (4), 241–254.
- Morales, A., Batista, C. (2010). Compreensão da sexualidade por jovens com diagnóstico de deficiência intelectual. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26 (2), 235-244.
- Morstad, D. (2012). How prevalent are intellectual and developmental disabilities in the United States? *Bethesda Institute*, 1-4.

Pereira, M. (2013). *A sexualidade na deficiência mental: Mitos e tabus*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação João de Deus, Lisboa, Portugal.

Regnerus, M. (2007). *Forbidden fruit – Sex and religion in the lives of american teenagers*. New York: Oxford University Press.

Ressel, L., Junges, C., Sehnem, G., Sanfelice, C. (2011). A influência da família na vivência da sexualidade de mulheres adolescentes. *Escola Ana Nery*, 5 (2), 245-250.

Ribeiro, J., Pontes, A., Santos, L. (2012). Atitudes face à sexualidade nos adolescentes num programa de educação sexual. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13 (2), 340 – 355.

Saavedra, L., Nogueira, C., Magalhães, S. (2010). Discursos de jovens adolescentes portugueses sobre sexualidade e amor: implicações para a educação sexual. *Educação e Sociedade*, 31 (110) 135-156.

Sanches-Ferreira, M., Lopes-dos-Santos, P., Santos, M. (2012). A desconstrução do conceito de deficiência mental e a construção do conceito de incapacidade intelectual: De uma perspetiva estática a uma perspetiva dinâmica da funcionalidade. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 18, 4, 553-568.

Schalock, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W., Coulter, D., Craig, E. (2010). *Intellectual disability: Definition, classification and systems of supports* (11th ed.). Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.

Scotti, J., Slack, B., Bowman, R., Morris, T. (1996). College student attitudes concerning the sexuality of persons with mental retardation: Development of the perceptions of sexuality scale. *Sexuality and Disability*, 14 (4), 249-263.

Silva, A. (2013). *Atitudes face à sexualidade na deficiência intelectual: A importância da formação em educação sexual*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve, Faro, Portugal.

Swango-Wilson, A. (2011). Meaningful sex education programs for individuals with intellectual/developmental disabilities. *Sex Disabil*, 29,113-118.

Teixeira, R. (2010). Atitude dos educadores frente à expressão da sexualidade da pessoa com deficiência mental. *Revista Latino-americana de Geografia e Gênero*, 1 (2), 309-317.

The Arc. (2010). *Causes and prevention of intellectual disabilities*. Washington, DC: The Arc.

Thompson, D. (1997). Profiling the sexually abusive behaviour of men with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 10 (2), 125-139.

Vernal, Y., Torres, O. (2011). Factores negativos en el desarrollo sexual de adolescentes con retraso mental. *Medisan*, 15 (2), 190-196.

Verona, A. (2011). Explanations for religious influence on adolescent sexual behavior in Brazil: Direct and indirect effects. *Revista Brasileira de Estudos da População*, 28, 1, 187-201.

World Health Organization (1996). *ICD-10 Guide for mental retardation*. Division of mental health and prevention of substance abuse. Geneva.

Yip, A., Keenan, M., Page, S. (2011). *Religion, youth and sexuality: Selected key findings from a multi-faith exploration*. Nottingham: University of Nottingham.

## ANEXOS

## ANEXO 1

### Carta de Autorização



FCDEF FACULDADE DE CIÊNCIAS DO  
DESPORTO E EDUCAÇÃO FÍSICA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Exmo(a) Senhor(a) Diretor(a) *Técnica*

*do CAO Ana Araújo*

Eu, Maria Inês Boavida Fernandes, sou aluna do Mestrado em Exercício e Saúde para Populações Especiais na Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra.

Pretendo realizar a minha dissertação de mestrado sobre a temática "Vivência da sexualidade no deficiente mental profundo: Perspetiva de pais e de profissionais". A minha orientadora é a Professora Doutora Susana Isabel Vicente Ramos, que já tem orientado várias dissertações, já publicou diversos artigos e publicará (em novembro) um livro sobre esta temática.

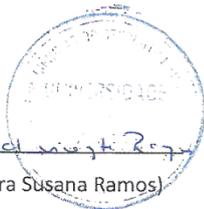
Assim, venho, por este meio, solicitar a V. Exa. permissão para a administração dos questionários em anexo para a concretização da referida dissertação.

Nota:

- Contato da Professora Doutora Susana Ramos: susanaramos@fcdef.uc.pt
- O meu contato: ines\_boavida@hotmail.com Tel: 915240191

*Aceito*  
*C.C.F.*

Com os melhores cumprimentos e aguardando uma resposta.



*Susana Isabel Vicente Ramos*  
(Professora Doutora Susana Ramos)

Coimbra, 20 de maio de 2013

*Maria Inês Boavida Fernandes*  
(Maria Inês Boavida Fernandes)

## ANEXO 2

### Questionário para os Pais

Com o presente questionário pretendemos realizar um trabalho de investigação sobre as atitudes face à sexualidade da pessoa com deficiência mental profunda e ligeira.

O preenchimento do questionário deverá ser um acto voluntário. É anónimo, garantindo-se a sua total confidencialidade.

Agradecemos a sua colaboração e contributo para uma melhor compreensão desta temática.

---

#### **I Parte – Caracterização Sócio-demográfica**

1) **Idade:** \_\_\_\_ anos

2) **Sexo:** M  F

3) **Estado Civil:**

Solteiro  Casado

Viúvo  Separado/Divorciado

União de facto

4) **Habilitações Literárias:**

Sem escolaridade  Ensino Básico

Ensino Secundário  Ensino Superior

**5) Nível Socio-económico:**

Rendimento mensal até 350€

De 351 a 500€  De 501 a 750€  De 751 a 1000€  + de 1000€

6) Qual a sua religião? \_\_\_\_\_

7) É praticante?

Sim  Não

8) Quantos filhos tem? \_\_\_\_\_

9) Quantos filhos com deficiência tem? \_\_\_\_\_

10) A deficiência do seu filho(a) é inata ou adquirida? \_\_\_\_\_

11) Qual a ordem do deficiente na fratria? \_\_\_\_\_

12) Há quanto tempo está o seu filho(a) integrado(a) nesta instituição? \_\_\_\_\_

**II Parte**

1) É difícil falar sobre o assunto da afectividade/sexualidade porque é um tema muito delicado?

<b>Concordo</b>	<b>Nem concordo/nem discordo</b>	<b>Discordo</b>
-----------------	--------------------------------------	-----------------

2) Sob o ponto de vista das relações afectivas, o meu filho é muito infantil.

<b>Concordo</b>	<b>Nem concordo/nem discordo</b>	<b>Discordo</b>
-----------------	--------------------------------------	-----------------

3) Quando o nosso filho se agarra às pessoas aos beijinhos, penso que é apenas uma manifestação de ternura.

<b>Concordo</b>	<b>Nem concordo/nem discordo</b>	<b>Discordo</b>
-----------------	--------------------------------------	-----------------

4) Os nossos filhos têm direito a viver a sua vida afectiva.

<b>Concordo</b>	<b>Nem concordo/nem discordo</b>	<b>Discordo</b>
-----------------	--------------------------------------	-----------------

5) Os nossos filhos têm direito a viver a sua sexualidade.

<b>Concordo</b>	<b>Nem concordo/nem discordo</b>	<b>Discordo</b>
-----------------	--------------------------------------	-----------------

6) Em casa devemos falar neste assunto com os nossos filhos.

<b>Concordo</b>	<b>Nem concordo/nem discordo</b>	<b>Discordo</b>
-----------------	--------------------------------------	-----------------

7) Os programas de televisão (telenovelas e filmes) têm, no que respeita, à afectividade/sexualidade, um efeito maléfico sobre os nossos filhos.

<b>Concordo</b>	<b>Nem concordo/nem discordo</b>	<b>Discordo</b>
-----------------	--------------------------------------	-----------------

8) Quando os nossos filhos manifestam, verbalmente ou por atitudes, interesse sobre as cenas que vêm na televisão, devemos repreendê-los.

<b>Concordo</b>	<b>Nem concordo/nem discordo</b>	<b>Discordo</b>
-----------------	--------------------------------------	-----------------

9) Não devemos deixar ver aos nossos filhos as revistas do tipo “Correio da Manhã” que mostram fotografias seminuas.

<b>Concordo</b>	<b>Nem concordo/nem discordo</b>	<b>Discordo</b>
-----------------	--------------------------------------	-----------------

10) Quando os nossos filhos são encontrados a masturbarem-se, devem ser imediatamente repreendidos.

<b>Concordo</b>	<b>Nem concordo/nem discordo</b>	<b>Discordo</b>
-----------------	--------------------------------------	-----------------

11) Em relação à mesma situação anterior, penso que devemos não ligar.

<b>Concordo</b>	<b>Nem concordo/nem discordo</b>	<b>Discordo</b>
-----------------	--------------------------------------	-----------------

12) Ainda em relação à situação da questão 10, penso que devemos falar com eles e introduzir algumas regras que orientem esse comportamento.

<b>Concordo</b>	<b>Nem concordo/nem discordo</b>	<b>Discordo</b>
-----------------	--------------------------------------	-----------------

13) Quando os nossos filhos estabelecem relações afectivas preferenciais com um colega do sexo oposto, penso que esta relação deverá ser incentivada.

<b>Concordo</b>	<b>Nem concordo/nem discordo</b>	<b>Discordo</b>
-----------------	--------------------------------------	-----------------

Obrigada pela colaboração

## ANEXO 3

### Questionário para os Profissionais

Com o presente questionário pretendemos realizar um trabalho de investigação sobre as atitudes face à sexualidade da pessoa com deficiência mental profunda e ligeira.

O preenchimento do questionário deverá ser um acto voluntário. É anónimo, garantindo-se a sua total confidencialidade.

Agradecemos a sua colaboração e contributo para uma melhor compreensão desta temática.

---

#### I Parte – Caracterização Sócio-demográfica

1) **Idade:** \_\_\_\_ anos

2) **Sexo:** M  F

3) **Estado Civil:**

Solteiro  Casado

Viúvo  Separado/Divorciado

União de facto

4) **Habilitações Literárias:**

Sem escolaridade  Ensino Básico

Ensino Secundário  Ensino Superior

**5) A sua formação de base é:**

Educador/a

Professor/a

Psicólogo/a

Técnico/a de Serviço Social

Terapeuta Ocupacional

Terapeuta da Fala

Fisioterapeuta

Outra. Qual? \_\_\_\_\_

**6) Nível Socio-económico:**

Rendimento mensal até 350€

De 351 a 500€  De 501 a 750€  De 751 a 1000€  + de 1000€

7) Qual a sua religião? \_\_\_\_\_

8) É praticante? Sim  Não

9) Há quanto tempo exerce a sua actividade profissional na área da deficiência?  
\_\_\_\_\_ Anos

10) Há quanto tempo exerce a sua actividade profissional nesta instituição?

\_\_\_\_\_ Anos

11) Quantas horas, em média, por semana, está em contacto com o deficiente?

\_\_\_\_\_

12) Tem algum familiar portador de deficiência?

Sim  Não

13) Se sim, que tipo de deficiência? Deficiência mental profunda

Deficiência mental ligeira

**II Parte – Escala de atitudes “Sexuality and Mentally Retarded Attitudes Inventory – SMRAI” (Brantlinger, 1987; Holmes, 1998)**

Em cada afirmação, assinale com um círculo o número que mais corresponde à sua opinião, sendo que:

**1 = Concordo totalmente; 2 = Concordo; 3 = Indeciso/a; 4 = Discordo; 5 = Discordo totalmente**

1. Hoje em dia há demasiada educação sexual nas escolas	1	2	3	4	5
2. A masturbação é um comportamento saudável	1	2	3	4	5
3. Os Profissionais deveriam impedir os utentes de se masturbarem	1	2	3	4	5
4. Se um homem e uma mulher portadores de deficiência mental forem encontrados a ter relações sexuais devem ser mantidos separados	1	2	3	4	5
5. As relações sexuais entre pessoas não casadas são aceitáveis	1	2	3	4	5

6. Um programa de educação sexual provocaria mais actividade sexual entre os jovens	1	2	3	4	5
7. A homossexualidade é aceitável desde que haja consentimento mútuo entre os parceiros	1	2	3	4	5
8. Qualquer pessoa, portadora ou não de deficiência mental, tem o direito de ter filhos	1	2	3	4	5
9. Se uma pessoa menor for a uma consulta por causa de uma doença sexualmente transmissível, deve comunicar-se esse facto aos Pais	1	2	3	4	5
10. Responder a todas as questões sobre sexo que as crianças colocam pode criar-lhes uma preocupação excessiva sobre esse tema	1	2	3	4	5
11. Deveria existir um controlo mais eficaz do conteúdo dos filmes, revistas e livros	1	2	3	4	5
12. Os jovens portadores de deficiência mental necessitam de ter momentos para se encontrar em privado com pessoas do sexo oposto	1	2	3	4	5
13. Deveriam ser permitidos comportamentos homossexuais entre pessoas portadoras de deficiência mental	1	2	3	4	5
14. O acesso fácil pelos jovens aos métodos contraceptivos tem causado a corrupção da sua moral sexual	1	2	3	4	5
15. Desde que não magoem outras pessoas ,as pessoas portadoras de deficiência mental têm o direito de viver a sua vida sexual como desejarem	1	2	3	4	5
16. As pessoas portadoras de deficiência mental deveriam ter acesso a	1	2	3	4	5

métodos contraceptivos quando o desejassem					
17.A educação sexual deveria ser feita de forma separada para rapazes e para raparigas	1	2	3	4	5
18.Os métodos contraceptivos deveriam ser explicados aos jovens antes de serem sexualmente activos	1	2	3	4	5
19.As pessoas portadoras de deficiência mental têm o direito de fazer escolhas próprias quanto à sua vida sexual	1	2	3	4	5
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	1	2	3	4	5
21.As posições usadas nas relações sexuais nunca deveriam ser abordadas, mesmo que os utentes fizessem perguntas sobre esse assunto	1	2	3	4	5
22. Os factos relacionados com as drogas, a sexualidade e o álcool deveriam ser ensinados ao mesmo tempo	1	2	3	4	5
23. As pessoas portadoras de deficiência mental têm, em geral, desejos sexuais superiores ao habitual	1	2	3	4	5
24. É perigoso falar sobre sexo a algumas pessoas	1	2	3	4	5
25. Os homens têm mais desejo sexual do que as mulheres	1	2	3	4	5
26. Em geral, a permissividade sexual pré-matrimonial resulta, mais tarde, em problemas conjugais	1	2	3	4	5
27. As pessoas homossexuais não deveriam ser autorizadas a ensinar em escolas públicas	1	2	3	4	5
28. Deveria preocupar-me com a possibilidade de um utente homossexual poder influenciar os outros	1	2	3	4	5
29. Nas instituições para pessoas portadoras de deficiência mental deveriam existir espaços para os comportamentos privados dos utentes	1	2	3	4	5
30. As mulheres portadoras de deficiência mental são mais promíscuas do que as mulheres em geral	1	2	3	4	5
31. Um adulto casado que se masturba, de forma esporádica,	1	2	3	4	5

tem, provavelmente, uma relação conjugal perturbada					
32. A maioria dos adultos portadores de deficiência mental buscará sempre alguma maneira de obter prazer sexual	1	2	3	4	5
33. As pessoas que não têm capacidade para viver sozinhas não se deveriam casar	1	2	3	4	5
34. As instituições deveriam manter os utentes de cada sexo tão separados quanto possível	1	2	3	4	5
35. As pessoas portadoras de deficiência mental têm um desejo sexual menos intenso do que as outras pessoas	1	2	3	4	5
36. Deveriam existir lares residenciais para pessoas portadoras de deficiência mental casadas	1	2	3	4	5
37. A homossexualidade deveria ser legalmente proibida	1	2	3	4	5
38. Nas instituições, os Profissionais deveriam impedir os comportamentos homossexuais	1	2	3	4	5
39. O Estado deveria fornecer, gratuitamente, métodos contraceptivos aos utentes das residências para pessoas portadoras de deficiência mental	1	2	3	4	5
40. As pessoas portadoras de deficiência mental têm o direito a ter relações sexuais, se assim o desejarem	1	2	3	4	5
41. Eu estou à vontade para responder a perguntas sobre a maior parte dos comportamentos sexuais	1	2	3	4	5
42. Eu sinto que estou bem informado/a sobre os factos e comportamentos de natureza sexual	1	2	3	4	5
43. Um aconselhamento ou uma terapia sexuais seriam benéficos para mim	1	2	3	4	5
44. Provavelmente, a maioria das pessoas tem atitudes	1	2	3	4	5

conservadoras quanto às questões de natureza sexual					
45. A maioria das pessoas portadoras de deficiência mental que eu conheço não tem capacidade para tomar decisões sobre questões de natureza sexual	1	2	3	4	5

<b>Em cada questão, assinale com uma cruz apenas uma opção:</b>	
<p>46 – As suas atitudes face às manifestações sexuais das pessoas portadoras de deficiência mental, comparadas com as da maioria dos seus colegas são</p> <p>Mais abertas e tolerantes</p> <p>Semelhantes</p> <p>Menos abertas e tolerantes</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>47- Considera que a sua formação de base contemplou a aquisição de conhecimentos e de competências no domínio da sexualidade?</p> <p>Sim</p> <p>Parcialmente</p> <p>Não</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>

Obrigada pela colaboração.

## ANEXO 4

### Tabela de Frequências – Questionário dos Pais

**É difícil falar sobre o assunto da afectividade/sexualidade porque é um tema muito delicado?**

	Frequen cy	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Concordo	7	100.0	100.0	100.0

**Sob o ponto de vista das relações afectivas, o meu filho é muito infantil**

	Frequen cy	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Concordo	7	100.0	100.0	100.0

**Quando o nosso filho se agarra às pessoas aos beijinhos, penso que é apenas uma manifestação de ternura**

	Frequen cy	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Concordo	7	100.0	100.0	100.0

**Os nossos filhos têm direito a viver a sua vida afectiva**

	Frequen cy	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Concordo	7	100.0	100.0	100.0

**Os nossos filhos têm direito a viver a sua sexualidade**

	Frequen cy	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Concordo	5	71.4	71.4	71.4
Nem concordo/nem discordo	2	28.6	28.6	100.0
Total	7	100.0	100.0	

**Em casa devemos falar neste assunto com os nossos filhos**

	Frequen	Percent	Valid	Cumulative
--	---------	---------	-------	------------

		cy	Percent	Percent	Percent
Valid	Concordo	5	71.4	71.4	71.4
	Nem concordo/nem discordo	2	28.6	28.6	100.0
	Total	7	100.0	100.0	

**Os programas de televisão têm, no que respeita à afectividade/sexualidade, um efeito maléfico sobre os nossos filhos**

		Frequen cy	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nem concordo/nem discordo	4	57.1	57.1	57.1
	Discordo	3	42.9	42.9	100.0
	Total	7	100.0	100.0	

**Quando os nossos filhos manifestam, verbalmente ou por atitudes, interesse sobre as cenas que vêm na televisão, devemos prendê-los**

		Frequen cy	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nem concordo/nem discordo	1	14.3	14.3	14.3
	Discordo	6	85.7	85.7	100.0
	Total	7	100.0	100.0	

**Não devemos deixar ver aos nossos filhos revistas do tipo "Correio da Manhã" que mostram fotografias seminuas**

		Frequen cy	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Concordo	2	28.6	28.6	28.6
	Nem concordo/nem discordo	3	42.9	42.9	71.4
	Discordo	2	28.6	28.6	100.0
	Total	7	100.0	100.0	

**Quando os nossos filhos são encontrados a masturbarem-se, devem ser imediatamente prendidos**

		Frequen cy	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discord	7	100.0	100.0	100.0

o				
---	--	--	--	--

**Em relação à mesma situação anterior, penso que não devemos ligar**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Concordo	7	100.0	100.0	100.0

**Ainda em relação à situação da questão 10, penso que devemos falar com eles e introduzir algumas regras que orientem esse comportamento**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Concordo	6	85.7	85.7	85.7
Nem concordo/nem discordo	1	14.3	14.3	100.0
Total	7	100.0	100.0	

**Quando os nossos filhos estabelecem relações afectivas preferenciais com um colega do sexo oposto, penso que esta relação deverá ser incentivada**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Nem concordo/nem discordo	6	85.7	85.7	85.7
Discordo	1	14.3	14.3	100.0
Total	7	100.0	100.0	

## ANEXO 5

### Tabela de Frequências – Questionário dos Profissionais

#### **Hoje em dia há demasiada educação sexual nas escolas**

	Frequen cy	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Indeciso/a	2	10.0	10.0	10.0
Discordo	16	80.0	80.0	90.0
Discordo totalmente	2	10.0	10.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

#### **A masturbação é um comportamento saudável**

	Frequen cy	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Concordo totalmente	8	40.0	40.0	40.0
Concordo	10	50.0	50.0	90.0
Indeciso/a	2	10.0	10.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

#### **Os Profissionais deveriam impedir os utentes de se masturbarem**

	Frequen cy	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Indeciso/a	4	20.0	20.0	20.0
Discordo	5	25.0	25.0	45.0
Discordo totalmente	11	55.0	55.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

#### **Se um homem e uma mulher portadores de deficiência mental forem encontrados a terem relações sexuais devem ser mantidos separados**

	Frequen cy	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Indeciso/a	2	10.0	10.0	10.0
Discordo	7	35.0	35.0	45.0
Discordo totalmente	11	55.0	55.0	100.0

Total	20	100.0	100.0
-------	----	-------	-------

**Um programa de educação sexual provocaria mais actividade sexual entre os jovens**

	Frequen cy	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Indeciso/a	5	25.0	25.0	25.0
Discordo	13	65.0	65.0	90.0
Discordo totalmente	2	10.0	10.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

**A homossexualidade é aceitável desde que haja consentimento mútuo entre os parceiros**

	Frequen cy	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Concordo totalmente	10	50.0	50.0	50.0
Concordo	9	45.0	45.0	95.0
Discordo	1	5.0	5.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

**Qualquer pessoa, portadora ou não de deficiência mental, tem o direito de ter filhos**

	Frequen cy	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Concordo	4	20.0	20.0	20.0
Indeciso/a	13	65.0	65.0	85.0
Discordo	3	15.0	15.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

**Se uma pessoa menor for a uma consulta por causa de uma doença sexualmente transmissível, deve comunicar-se esses facto aos Pais**

	Frequen cy	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Concordo totalmente	6	30.0	30.0	30.0

Concordo	13	65.0	65.0	95.0
Indeciso/a	1	5.0	5.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

**Responder a todas as questões sobre sexo que as crianças colocam pode criar-lhes uma preocupação excessiva sobre esse tema**

	Frequen cy	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Concordo	3	15.0	15.0	15.0
Discordo	13	65.0	65.0	80.0
Discordo totalmente	4	20.0	20.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

**Deveria existir um controlo mais eficaz do conteúdo dos filmes, revistas e livros**

	Frequen cy	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Concordo	11	55.0	55.0	55.0
Indeciso/a	4	20.0	20.0	75.0
Discordo	5	25.0	25.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

**Os jovens portadores de deficiência mental necessitam de ter momentos para se encontrar em privado com pessoas do sexo oposto**

	Frequen cy	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Concordo totalmente	2	10.0	10.0	10.0
Concordo	8	40.0	40.0	50.0
Indeciso/a	8	40.0	40.0	90.0
Discordo	2	10.0	10.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

**Deveriam ser permitidos comportamentos homossexuais entre  
pessoas portadoras de deficiência mental**

	Frequen cy	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Concorde totalmente	1	5.0	5.0	5.0
Concorde	12	60.0	60.0	65.0
Indeciso/a	5	25.0	25.0	90.0
Discorde	2	10.0	10.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

**O acesso fácil pelos jovens aos métodos contraceptivos tem  
causado a corrupção da sua moral sexual**

	Frequen cy	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Concorde totalmente	1	5.0	5.0	5.0
Discorde	11	55.0	55.0	60.0
Discorde totalmente	8	40.0	40.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

**Desde que não magoem outras pessoas, as pessoas portadoras  
de deficiência mental têm o direito de viverem a sua vida sexual  
como desejarem**

	Frequen cy	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Concorde totalmente	8	40.0	40.0	40.0
Concorde	11	55.0	55.0	95.0
Discorde	1	5.0	5.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

**As pessoas portadoras de deficiência mental deveriam ter acesso  
a métodos contraceptivos quando o desejassem**

	Frequen cy	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Concorde totalmente	9	45.0	45.0	45.0
Concorde	6	30.0	30.0	75.0

Indeciso/a	4	20.0	20.0	95.0
Discordo totalmente	1	5.0	5.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

**A educação sexual deveria ser feita de forma separada para rapazes e para raparigas**

	Frequen cy	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Concorde totalmente	1	5.0	5.0	5.0
Concorde	2	10.0	10.0	15.0
Discordo	6	30.0	30.0	45.0
Discordo totalmente	11	55.0	55.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

**Os métodos contraceptivos deveriam ser explicados aos jovens antes de serem sexualmente activos**

	Frequen cy	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Concorde totalmente	17	85.0	85.0	85.0
Concorde	2	10.0	10.0	95.0
Discordo	1	5.0	5.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

**As pessoas portadoras de deficiência mental têm o direito de fazer escolhas próprias quanto à sua vida sexual**

	Frequen cy	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Concorde totalmente	5	25.0	25.0	25.0
Concorde	13	65.0	65.0	90.0
Discordo	2	10.0	10.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

**Antes de dar informações sobre contracepção a raparigas com menos de 18 anos, os serviços de planeamento familiar deveriam exigir a autorização dos Pais**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Concordo	9	45.0	45.0	45.0
Indeciso/a	2	10.0	10.0	55.0
Discordo	6	30.0	30.0	85.0
Discordo totalmente	3	15.0	15.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

**As posições usadas nas relações sexuais nunca deveriam ser abordadas, mesmo que os utentes fizessem perguntas sobre esse assunto**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Concordo	1	5.0	5.0	5.0
Indeciso/a	4	20.0	20.0	25.0
Discordo	14	70.0	70.0	95.0
Discordo totalmente	1	5.0	5.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

**Os factos relacionados com as drogas, a sexualidade e o álcool deveriam ser ensinados ao mesmo tempo**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Concordo totalmente	2	10.0	10.0	10.0
Concordo	8	40.0	40.0	50.0
Indeciso/a	8	40.0	40.0	90.0
Discordo	1	5.0	5.0	95.0
Discordo totalmente	1	5.0	5.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

**As pessoas portadoras de deficiência mental têm, em geral,  
desejos sexuais superiores ao habitual**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Concordo	7	35.0	35.0	35.0
Indeciso/a	7	35.0	35.0	70.0
Discordo	1	5.0	5.0	75.0
Discordo totalmente	5	25.0	25.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

**É perigoso falar sobre sexo a algumas pessoas**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Concordo	8	40.0	40.0	40.0
Indeciso/a	6	30.0	30.0	70.0
Discordo	6	30.0	30.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

**Os homens têm mais desejo sexual do que as mulheres**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Concordo totalmente	1	5.0	5.0	5.0
Concordo	5	25.0	25.0	30.0
Indeciso/a	2	10.0	10.0	40.0
Discordo	10	50.0	50.0	90.0
Discordo totalmente	2	10.0	10.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

**Em geral, a permissividade sexual pré-matrimonial resulta, mais tarde, em problemas conjugais**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Concordo	1	5.0	5.0	5.0
Discordo	14	70.0	70.0	75.0
Discordo	5	25.0	25.0	100.0

totalmente				
Total	20	100.0	100.0	

**As pessoas homossexuais não deveriam ser autorizadas a ensinar em escolas públicas**

	Frequen cy	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Concordo totalmente	1	5.0	5.0	5.0
Discordo	6	30.0	30.0	35.0
Discordo totalmente	13	65.0	65.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

**Deveria preocupar-me com a possibilidade de um utente homossexual poder influenciar os outros**

	Frequen cy	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Concordo	3	15.0	15.0	15.0
Indeciso/a	1	5.0	5.0	20.0
Discordo	8	40.0	40.0	60.0
Discordo totalmente	8	40.0	40.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

**Nas instituições para pessoas portadoras de deficiência mental deveriam existir espaços para os comportamentos privados dos utentes**

	Frequen cy	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Concordo	5	25.0	25.0	25.0
Indeciso/a	7	35.0	35.0	60.0
Discordo	6	30.0	30.0	90.0
Discordo totalmente	2	10.0	10.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

**As mulheres portadoras de deficiência mental são mais promíscuas do que as mulheres em geral**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Concordo	2	10.0	10.0	10.0
Indeciso/a	4	20.0	20.0	30.0
Discordo	13	65.0	65.0	95.0
Discordo totalmente	1	5.0	5.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

**Um adulto casado que se masturba, de forma esporádica, tem, provavelmente, uma relação conjugal perturbada**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Concordo	5	25.0	25.0	25.0
Indeciso/a	2	10.0	10.0	35.0
Discordo	13	65.0	65.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

**A maioria dos adultos portadores de deficiência mental buscarão sempre alguma maneira de obter prazer sexual**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Concordo totalmente	1	5.0	5.0	5.0
Concordo	5	25.0	25.0	30.0
Indeciso/a	11	55.0	55.0	85.0
Discordo	3	15.0	15.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

**As pessoas que não têm capacidade para viver sozinhas não se deveriam casar**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Concordo	2	10.0	10.0	10.0
Indeciso/a	4	20.0	20.0	30.0

Discordo	12	60.0	60.0	90.0
Discordo totalmente	2	10.0	10.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

**As instituições deveriam manter os utentes de cada sexo  
separados tão separados quanto possível**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Concordo totalmente	4	20.0	20.0	20.0
Concordo	1	5.0	5.0	25.0
Discordo	1	5.0	5.0	30.0
Discordo totalmente	14	70.0	70.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

**As pessoas portadoras de deficiência mental têm um desejo  
sexual menos intenso do que as outras pessoas**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Concordo totalmente	1	5.0	5.0	5.0
Indeciso/a	7	35.0	35.0	40.0
Discordo	10	50.0	50.0	90.0
Discordo totalmente	2	10.0	10.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

**Deveriam existir lares residenciais para pessoas portadoras de  
deficiência mental casadas**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Concordo totalmente	2	10.0	10.0	10.0
Concordo	13	65.0	65.0	75.0
Indeciso/a	1	5.0	5.0	80.0
Discordo	2	10.0	10.0	90.0
Discordo totalmente	2	10.0	10.0	100.0

Total	20	100.0	100.0
-------	----	-------	-------

**A homossexualidade deveria ser legalmente proibida**

	Frequen cy	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Concordo totalmente	7	35.0	35.0	35.0
Concordo	3	15.0	15.0	50.0
Discordo	2	10.0	10.0	60.0
Discordo totalmente	8	40.0	40.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

**Nas instituições, os Profissionais deveriam impedir os comportamentos homossexuais**

	Frequen cy	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Concordo totalmente	6	30.0	30.0	30.0
Concordo	1	5.0	5.0	35.0
Indeciso/a	1	5.0	5.0	40.0
Discordo	6	30.0	30.0	70.0
Discordo totalmente	6	30.0	30.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

**O Estado deveria fornecer, gratuitamente, métodos contraceptivos aos utentes das residências para pessoas portadoras de deficiência mental**

	Frequen cy	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Concordo totalmente	5	25.0	25.0	25.0
Concordo	10	50.0	50.0	75.0
Indeciso/a	3	15.0	15.0	90.0
Discordo	2	10.0	10.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

**As pessoas portadoras de deficiência mental têm o direito a terem relações sexuais, se assim o desejarem**

	Frequen cy	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Concordo totalmente	7	35.0	35.0	35.0
Concordo	12	60.0	60.0	95.0
Discordo totalmente	1	5.0	5.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

## ANEXO 6

### **Tabela de Frequências - Atitudes dos Profissionais Face à Deficiência Mental Profunda**

Tabela 5 - Tabela de Frequências das Atitudes dos Profissionais Face à Deficiência Mental Profunda			
Classificação	N	%	Pontuação
Atitude muito conservadora	0	0,0	40-80
Atitude conservadora	0	0,0	81-120
Atitude liberal	17	85,0	121-160
Atitude muito liberal	3	15,0	161-200

## ANEXO 7

### Valores de Alpha de Cronbach

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.199	20

Sub-escala de atitudes face à sexualidade em geral

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.377	19

Sub-escala de atitudes face à sexualidade na deficiência

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.435	40

Escala Total