



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

**NUNO ALBERTO GOMES CARNEIRO**

**VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA MENTAL  
PROFUNDA:  
ATITUDES DOS PAIS E DOS PROFISSIONAIS – O CASO DA COOPERATIVA  
DE EDUCAÇÃO E REABILITAÇÃO PARA CRIANÇAS INADAPTADAS DE  
FAFE**

**COIMBRA**

**2014**

**NUNO ALBERTO GOMES CARNEIRO**

**VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA MENTAL  
PROFUNDA:  
ATITUDES DOS PAIS E DOS PROFISSIONAIS – O CASO DA COOPERATIVA  
DE EDUCAÇÃO E REABILITAÇÃO PARA CRIANÇAS INADAPTADAS DE  
FAFE**

**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**

## **AGRADECIMENTOS**

As palavras que se seguem são destinadas àqueles que contribuíram para a realização da presente dissertação. A todos deixo aqui o meu sincero e humilde agradecimento.

Um especial agradecimento à minha orientadora, Professora Doutora Susana Isabel Vicente Ramos, pela competência, dedicação, incentivo, apoio, disponibilidade e cordialidade com que sempre me recebeu e se disponibilizou para me ajudar. Estarei imensamente grato pela transmissão de conhecimentos, críticas, correções e sugestões que em muito contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e académico.

Ao Centro de Educação e Reabilitação de Crianças Inadaptadas de Fafe (CERCIFAF) por possibilitar a realização do meu trabalho, autorizando a aplicação dos questionários. A destacar o Dr. Luís Roque, pela colaboração prestada e disponibilidade, que permitiu a concretização desta tese.

A todos os Pais e Profissionais que disponibilizaram algum do seu tempo para preencherem os questionários.

A toda a minha família, especialmente aos meus pais e irmãos pelo apoio ao longo desta jornada da minha vida.

E finalmente a todos os meus amigos que me acompanharam durante todos estes anos.

## RESUMO

Quando falamos de sexualidade verificamos que este tema é ainda alvo de muitos mitos, originando algum preconceito por parte da sociedade. Este preconceito é ainda mais forte quando se trata da sexualidade das pessoas com deficiência mental causando comportamentos conservadores e atitudes repressivas. Devido à falta de informação que envolve a sexualidade das pessoas com deficiência mental, muitas vezes os Pais e os Profissionais não sabem como abordar este tema com os seus filhos/educandos. O objetivo que estabelecemos para esta tese foi conhecer as atitudes dos Pais e dos Profissionais face à sexualidade de uma pessoa com deficiência mental profunda. Para a realização deste estudo foram inquiridos 63 sujeitos, dos quais 31 eram Pais e 32 eram Profissionais da Cooperativa de Educação e Reabilitação para Crianças Inadaptadas de Fafe (CERCIFAF): foram utilizados dois questionários, um para os Pais e outro para os Profissionais: para os Pais foi usado um questionário de António Martins que engloba questões socio demográficas de carácter descritivo, tendo sido criado especificamente para Pais com filhos com deficiência mental. Em relação ao questionário dos Profissionais foi criado por Ivone Félix e, para além dos dados socio demográficos, é constituído por uma escala de atitudes face à sexualidade da pessoa com deficiência mental (SMRAI – *Sexuality and Mentally Retarded Attitudes Inventory*). Os Pais apresentam atitudes conservadoras no que diz respeito à sexualidade da pessoa com deficiência mental, enquanto os Profissionais apresentam atitudes mais liberais. No grupo dos Pais encontramos diferenças estatisticamente significativas no grupo etário e nas habilitações literárias; no grupo dos Profissionais foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no grupo etário, no nível socioeconómico, na religião e no tempo de atividade profissional na instituição.

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

## ABSTRACT

When talking about sexuality we notice that this theme still has a lot of myths, giving way to some preconceptions from society. These preconceptions are even stonger we speak about the sexuality in mental disabled people starting conservative behaviors and repressive attitudes. Due to the lack of information about the sexuality in mental disabled people, Parents and Professionals don't know how to address this subject with their children/students. The goal that we have set for this thesis is to learn about Parents and Professionals attitudes towards people's sexuality with profound mental disability. For this study we surveyed 63 subjects, from wich 31 are Parents and 32 are Professionals working at the Cooperativa de Educação e Reabilitação de Crianças Inadaptadas de Fafe (CERCIFAF). Two different surveys were used, one for the Parents and one for the Professionals: for the Parents we used a survey by António Martins that embodies descriptive socio demographic questions created specifically for Parents with mental disabled children. In relation to the Professionals survey, that was created by Ivone Félix, not only having socio demographic data but it has a scale about attitudes towards the sexuality of people with mental disabilities (SMRAI – Sexuality and Mentally Retarded Attitudes Inventory). The Parents show conservative attitudes regarding the sexuality in mental disabled people, however Professionals have more liberal attitudes. For the Parentes group we found statistically significant differences in the age group, and educational qualifications; In the Professionals group results show statistically significant differences in: age group, socio economic level, religion and experience on lecturing in the institution.

**Key words:** Attitudes. Mental Disabilities. Profound (deep) Mental Disabilities. Parents. Professionals. Sexuality.

## LISTA DE TABELAS

<b>Quadro 1</b> – Caraterização da Amostra dos Pais e Profissionais.....	26
<b>Quadro 2</b> – Tabela de Frequência: Questionário dos Pais.....	36
<b>Quadro 3</b> – Tabela de Frequência: Escala SMRAI - Questionário dos Profissionais.....	38
<b>Quadro 4</b> – Tabela de Frequência (Simplificada): Escala SMRAI - Questionário dos Profissionais.....	41
<b>Quadro 5</b> – Tabela de Frequência das Atitudes dos Profissionais Face à Deficiência Mental Profunda.....	47
<b>Quadro 6</b> – <i>Alpha de Cronbach</i> da Escala Total e das duas Sub-escalas da SMRAI.....	48

## LISTA DE ABREVIATURAS

**AAMR** - *American Association on Mental Retardation*

**CERCIFAF** - Cooperativa de Educação e Reabilitação de Crianças Inadaptadas de Fafe

**(Cont.)** - Continuação

**DM** – Deficiência Mental

**DMP** – Deficiência Mental Profunda

**DSM-IV** - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 4th edition*

**DST's** – *Doenças Sexualmente Transmissíveis*

**GTES** – Grupo de Trabalho de Educação Sexual

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**QI** - Quociente de Inteligência

**SMRAI** - *Sexuality and Mentally Retarded Attitudes Inventory*

**WHO** - *World Health Organization*

**n** – Tamanho da Amostra

**%** - Percentagem

$\bar{x}$  - Média

**DP** - Desvio Padrão

$\alpha$  - *Alpha de Cronbach*

**s.p** – Sem página

**p.** - página

**sig.** – nível de significância

## ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	II
RESUMO .....	III
ABSTRACT.....	IV
LISTA DE TABELAS.....	V
LISTA DE ABREVIATURAS.....	VI
ÍNDICE.....	VII
INTRODUÇÃO .....	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	4
CAPÍTULO I – CONSIDERAÇÕES SOBRE A DEFICIÊNCIA MENTAL .....	4
1.1. Breve Evolução Histórica da Deficiência Mental.....	4
1.2. Definição de Deficiência Mental .....	5
1.3. Classificação da Deficiência Mental .....	6
CAPÍTULO II - CONSIDERAÇÕES SOBRE A SEXUALIDADE.....	9
2.1. Aspectos Gerais.....	9
2.2. Desenvolvimento Psicosexual.....	10
2.3. Sexualidade e Deficiência Mental .....	11
2.4. Limitações da Vivência da Sexualidade na Deficiência Mental.....	14
CAPÍTULO III: EDUCAÇÃO SEXUAL NA DEFICIÊNCIA MENTAL.....	17
3.1. Educação Sexual na Deficiência Mental.....	17
3.2. Tipos de Educação Sexual.....	19
3.3. Principais Consequências da Falta de Educação Sexual.....	20
CAPÍTULO IV: ATITUDES .....	22
4.1. Aspectos Gerais.....	22
4.2. Atitudes dos Pais .....	23
4.3. Atitudes dos Profissionais .....	24
PARTE 2 - ESTUDO EMPÍRICO.....	25
CAPÍTULO V - METODOLOGIA .....	25
5.1. Objetivos do Estudo .....	25
5.2. Caracterização da Amostra .....	25
5.3. Variáveis .....	31
5.4. Instrumentos utilizados.....	32
5.5. Procedimentos .....	33

5.6.	Procedimentos Estatísticos .....	34
CAPÍTULO VI - APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS.....		36
6.1.	Resultados Obtidos pelos Pais.....	36
6.2.	Resultados Obtidos pelos Profissionais.....	38
6.3.	Diferenças Estatisticamente Significativas .....	48
6.3.1.	Análise dos Questionários dos Pais .....	49
6.3.2.	Análise dos Questionários dos Profissionais .....	50
CAPÍTULO VII – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....		53
CAPÍTULO VIII – CONCLUSÃO .....		60
CAPÍTULO IX – LIMITAÇÕES DO ESTUDO E SUGESTÕES PARA FUTURAS INVESTIGAÇÕES .....		62
BIBLIOGRAFIA.....		63
ANEXO I –QUESTIONÁRIOS ADMINISTRADOS		
ANEXO II – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A ADMINISTRAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS E RESPOSTA RECEBIDA		

## INTRODUÇÃO

A escolha do tema “A vivência da sexualidade no deficiente mental profundo – Atitudes dos pais e profissionais” deve-se ao fato de este tema ainda estar pouco trabalhado e pelo gosto que desenvolvi pelo assunto no módulo de Exercício e Atividade Física para Indivíduos com Deficiências Intelectuais.

A deficiência é um tema que algumas pessoas não encaram da melhor maneira, sendo que na sociedade contemporânea ainda existe algum preconceito e discriminação em relação às pessoas com deficiência.

Segundo a OMS (2010), “A deficiência é a perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, temporária ou permanente. É a ocorrência de uma anomalia, defeito ou perda de um membro, órgão, tecido ou qualquer outra estrutura do corpo, inclusive das funções mentais. Representa a exteriorização de um estado patológico, refletindo um distúrbio orgânico, uma perturbação no órgão” (s.p).

Este estudo também engloba a sexualidade. A sexualidade pressupõe intimidade, uma vez que ela está estreitamente ligada às relações afetivo-sexuais, é um atributo de todo ser humano e, para ser compreendida, é relevante que o indivíduo seja percebido como um todo. A sexualidade é um assunto que está presente no dia-a-dia de todos os cidadãos, mas por ser um tema sensível e que pertence à intimidade das pessoas, há ainda muita gente que não se sente à vontade para falar abertamente sobre este assunto. Visto que até algumas pessoas “ditas normais” têm dificuldades em falar sobre a sexualidade, quando se fala em sexualidade na deficiência, grande parte delas não encara esse tema da melhor maneira, tornando a sexualidade num assunto ainda mais delicado e um pouco problemático.

O grande problema desta temática é que a sexualidade na deficiência ainda é encarada com algum preconceito e discriminação, pois grande parte da nossa sociedade pensa que a vivência da sexualidade só está dirigida a pessoas “ditas normais”, saudáveis e fisicamente atraentes. Posto isto, qualquer comportamento que não faça parte da normalidade sexual, é considerado um

comportamento anormal (Weeks, 1995). A ideia de pensarmos dessa forma só irá atrasar a inclusão das pessoas com deficiência na nossa sociedade.

Para Bertaux (1980), Dickerson (1988) e Bernstein (1990) a sociedade vê a pessoa com deficiência mental como uma pessoa sexualmente agressiva, ou assexuada, e é esse tipo de comportamentos que serve de justificação para a negação da sua sexualidade.

Segundo Ferraroti (1980), existem vários estereótipos associados à deficiência mental, sendo um dos mais importantes a aparente incapacidade das pessoas com deficiência mental analisarem a sua vida e expressarem os seus sentimentos, nomeadamente dizer o que são e o que desejam. Desta forma, as opiniões e necessidades destes indivíduos raramente são consideradas na elaboração de teorias a respeito da sua sexualidade.

Félix (1995) defende que a vivência da sexualidade faz parte das necessidades básicas para o crescimento e desenvolvimento do ser humano.

Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde (2009) reconhece aos portadores de deficiência as mesmas necessidades de saúde sexual e reprodutiva que reconhece a todas as outras pessoas. No entanto, as barreiras que estes enfrentam no acesso à informação são intransponíveis para alguns e difíceis de alcançar para outros devido às suas limitações. Todavia, o obstáculo maior a ser ultrapassado é a sociedade devido à intolerância, ignorância e preconceito que nela existe.

Quando falamos de sexualidade na deficiência mental, é importante focar a opinião dos Profissionais e dos Pais das pessoas com deficiência mental a respeito desse tema.

Num estudo realizado por Assumpção, Francisco e Sprovieri, (2005) acerca das atitudes dos Pais e dos Profissionais em relação à sexualidade das pessoas com deficiência mental, verificou-se que a maior parte dos Pais não transmite nenhuma informação aos seus filhos acerca da sexualidade, remetendo essa tarefa para outras pessoas.

Segundo Pinheiro (1996), os pais evitam falar sobre a sexualidade com os seus filhos com deficiência, por terem receio que estes entendam essa conversa como uma autorização para a prática da mesma. O autor refere também que

grande parte dos pais encara a sexualidade dos seus filhos como mais um problema.

No que diz respeito aos Profissionais, Pinheiro (1996) afirma que estes falam mais à vontade acerca da sexualidade nas pessoas com deficiência mental e defendem que é um assunto que deve ser abordado na escola, uma vez que na maior parte dos casos não é falado em casa.

As questões acerca da sexualidade têm provocado variadas reações em volta das pessoas com deficiência, dos Pais e Profissionais. Tendo isto em conta, o objetivo principal deste trabalho é conhecer as atitudes dos Pais e dos Profissionais em relação à vivência da sexualidade do deficiente mental, perceber se há algum fator específico que influencia a opinião dos mesmos e proporcionar à sociedade mais informações sobre este tema, uma vez que ela é escassa.

De forma mais sucinta, este estudo tem como objetivos específicos:

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

## **PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

### **CAPÍTULO I – CONSIDERAÇÕES SOBRE A DEFICIÊNCIA MENTAL**

#### **1.1. Breve Evolução Histórica da Deficiência Mental**

Quando falamos em deficiência mental é importante conhecermos um pouco da sua história, de forma a perceber melhor o lugar das pessoas com deficiência mental na sociedade contemporânea.

Segundo Aranha (1995), Casarin (1999), Pessoti (1984) e Schwartzman, (1999), durante a antiguidade as pessoas que nascessem com deficiência eram abandonadas. Esta era uma atitude que toda a sociedade apoiava e adotava, numa sociedade clássica e numa época em que a perfeição de cada indivíduo era extremamente valorizada.

Em Esparta, as crianças portadoras de deficiências físicas ou mentais eram consideradas sub-humanas, o que sentenciava a sua eliminação ou abandono (Pessoti, 1984). Na Idade Média, a deficiência era vista como um fenómeno metafísico e espiritual devido à influência que a igreja tinha na sociedade. À deficiência era atribuída um carácter “divino” ou “demoníaco” e esta concepção, de certa forma, conduzia o modo de como as pessoas deficientes eram tratadas.

Durante a Idade Média a igreja exercia um papel forte nas atitudes da sociedade e, com a influência da doutrina cristã, os deficientes começaram a ser vistos como seres que tinham alma, o que fazia deles filhos de Deus. Assim, as pessoas com deficiência já não eram abandonadas, mas sim acolhidas por instituições de caridade (Schwartzman, 1999).

Fruto da revolução burguesa no final do século XV, houve uma mudança na concepção de homem e de sociedade, o que proporcionou também uma mudança na concepção de deficiência. Foi também no final do século XV que, com o avanço da medicina, houve uma prevalência da visão organicista sobre a deficiência mental, sendo esta vista como um problema médico e não como uma questão espiritual.

Nos séculos XVII e XVIII ampliaram-se as concepções a respeito da deficiência em todas as áreas do conhecimento, favorecendo diferentes atitudes frente ao problema, isto é, da institucionalização ao ensino especial. Mas, foi somente no século XIX que se observou uma atitude de responsabilidade pública frente às necessidades do deficiente. No século XX houve uma multiplicação das visões a respeito do deficiente, com a prevalência de vários modelos explicativos, tais como, o metafísico, o médico, o educacional, o da determinação social e, mais recentemente, o sócio construtivista ou sócio histórico (Aranha, 1995).

## **1.2. Definição de Deficiência Mental**

Existem várias opiniões sobre a definição de deficiência mental, ou seja, diversos autores, de todos os “cantos” do mundo atribuíram à deficiência mental várias definições.

A primeira definição de deficiência mental surgiu em 1908, apresentada por Tredgold. Este dizia que a “deficiência mental era um estudo de defeito mental a partir do nascimento ou idade mais precoce em função do desenvolvimento cerebral incompleto e, em consequência disso, a pessoa afetada tornava-se incapaz de desempenhar as suas tarefas como membro da sociedade” (s.p).

Doll, em 1941, define a deficiência como sendo “um estado mental de incompetência social obtido na maturidade e resultante de um desenvolvimento aprisionado na origem constitucional (hereditário ou adquirido), sendo essa condição, essencialmente, incurável por meio de tratamento” (214-229). Tanto Tredgold (1908) como Doll (1941) defendiam o conceito da incurabilidade.

Em 1992, surge uma nova definição de deficiência mental; esta definição foi publicada na *American Association on Mental Retardation*, por Ruth Luckasson. A definição de 1992 diz que o “atraso mental refere-se a limitações substanciais do funcionamento atual dos indivíduos, sendo caracterizado por um funcionamento intelectual significativamente abaixo da média, existindo limitações associadas a uma ou mais áreas de condutas adaptativas, indicadas a seguir: comunicação, auto cuidado, vida no lar, habilidades sociais, desempenho na comunidade, independência na locomoção, saúde e segurança, habilidades

académicas funcionais, lazer e trabalho. A deficiência mental manifesta-se antes dos 18 anos” (Luckasson, 1992) (s.p). Segundo a AAMR (1992), são necessárias quatro preposições essenciais para a aplicação desta definição:

1. Uma avaliação válida considera a diversidade cultural e linguística, bem como as diferenças nos fatores comunicacionais e comportamentais.
2. A presença de restrições no comportamento adaptativo ocorre na comunidade típica dos seus pares e é inerente às necessidades de suporte individual.
3. As limitações adaptativas específicas relacionadas com a deficiência mental coexistem com aspetos positivos noutros comportamentos adaptativos ou aptidões pessoais.
4. Com os serviços próprios, por um período a definir e de acordo com as necessidades individuais, o funcionamento da vida da pessoa com deficiência mental irá evoluir visivelmente.

### **1.3. Classificação da Deficiência Mental**

Para a OMS (2010), os deficientes mentais são “indivíduos com uma capacidade intelectual sensivelmente inferior à média, que se manifesta ao longo do desenvolvimento e está associada a uma clara alteração dos comportamentos adaptativos” (s.p).

O modo encontrado para realizar a classificação da deficiência mental é, quase sempre, através de testes de inteligência estandardizados que avaliam a capacidade de raciocínio de cada indivíduo.

Os resultados alcançados através desses testes não são específicos, antes pelo contrário, pois apenas fornecem uma informação superficial sobre o nível de desenvolvimento (Leontiev, 1978, referido por Albuquerque & Ramos, 2007). Para Vieira & Pereira (1996) são vários os fatores que influenciam os testes, tais como a motivação, o tempo, o lugar de realização e a subjetividade de quem classifica.

Segundo o manual DSM-IV-TRTM (2002) e a Organização Mundial de Saúde (2010), a classificação da deficiência mental engloba 4 parâmetros:

- Deficiência mental ligeira (QI entre 50 e 70);
- Deficiência mental moderada (QI entre 35 e 49);
- Deficiência mental grave (QI entre 20 e 40);
- Deficiência mental profunda (QI abaixo de 20), que passamos a descrever.

A deficiência mental ligeira abrange a maior parte das pessoas com deficiência intelectual, cerca de 85%. As pessoas com deficiência mental ligeira têm a capacidade de desenvolver habilidades sociais e de comunicação durante os anos pré-escolares, pois o dano das áreas sensório-motor é mínimo. No final da adolescência estes indivíduos são capazes de atingir habilidades acadêmicas que equivalem ao 2º ciclo de escolaridade. Na idade adulta estes sujeitos têm capacidades para adquirirem habilidades sociais e profissionais que lhes permite garantir os mínimos para o seu auto sustento, mas, por vezes, podem precisar de supervisão, orientação e assistência, especialmente quando estão sob *stress* social ou económico.

As pessoas com deficiência intelectual moderada constituem cerca de 10% de toda a população com deficiência mental. Esta população tem capacidade de adquirir habilidades de comunicação durante os primeiros anos da infância. Estas pessoas podem cuidar de si mesmas, aprender a viajar sozinhas, em locais que lhes sejam familiares. Na idade adulta, a maioria dos sujeitos é capaz de executar trabalhos sob supervisão, em oficinas ou no mercado de trabalho geral e adaptam-se bem à vida na comunidade.

O grupo de pessoas com deficiência mental severo constitui aproximadamente 3-4% da população com deficiência mental. Esta população tem várias dificuldades de comunicação, uma vez que nos primeiros anos de vida adquiriram pouca ou nenhuma fala comunicativa. Durante a época da idade escolar podem aprender a falar e aprender habilidades rudimentares de higiene. Na idade adulta podem ser capazes de executar tarefas simples, mas sempre com supervisão. A maioria destes sujeitos adapta-se bem à vida em comunidade, em pensões ou com as suas famílias (DSM-IV-TRTM, 2002).

Finalmente, as pessoas com deficiência mental profunda constituem cerca de 1-2% dos indivíduos com deficiência mental. Durante os primeiros anos da infância, apresentam danos consideráveis no funcionamento sensório-motor. Para ocorrer um desenvolvimento mais favorável, o indivíduo deve estar inserido num ambiente altamente estruturado, com constante auxílio e supervisão individualizado, permitindo que o desenvolvimento motor e as habilidades de higiene e comunicação possam melhorar com treino.

## CAPÍTULO II - CONSIDERAÇÕES SOBRE A SEXUALIDADE

### 2.1. Aspetos Gerais

A sexualidade é das características mais importantes dos seres humanos e desenvolve-se ao longo da infância, independentemente da condição de cada um (Woodard, 2004).

A sexualidade está presente na vida do ser humano desde a nascença, pois o recém-nascido já chega ao mundo com a sua sexualidade e as sensações sexuais acompanham o seu desenvolvimento durante a amamentação e a idade infantil (Freud, 1958). Segundo Albuquerque & Ramos (2007), a partir da sétima semana de gestação os rapazes já mostram ereção peniana, enquanto as meninas apresentam lubrificação vaginal desde o nascimento. Para Cuskelly (2007), a sexualidade é uma propriedade intrínseca da vida humana e, como tal, deve ser considerada como um direito de qualquer ser humano.

A sexualidade da pessoa com deficiência mental ainda não é bem aceite pela sociedade, uma vez que esta a vê como algo monstruoso e anormal; assim, cabe às famílias e aos profissionais tentar mudar a mentalidade da sociedade [Giami (2000), citado por Bastos & Deslandes (2005)].

Almeida (2009) refere que a principal diferença da sexualidade entre pessoas com ou sem deficiência mental é a capacidade que ambas têm em assimilar normas sociais, ajustando o seu comportamento sexual de acordo com essas normas e emoções.

Para a WHO (1998), citada por Costa e Oliveira (2011), a sexualidade é considerada uma necessidade básica para o ser humano, que está diretamente relacionada com outros aspetos da vida. Os mesmos autores referem que a sexualidade “é a energia que motiva a encontrar o amor, o contacto e a intimidade e expressa-se na forma de sentir, na forma das pessoas tocarem e serem tocadas” (s.p) e acrescentam, ainda, que esta influencia os pensamentos, os sentimentos, as ações, as interações, a saúde física e mental.

## **2.2. Desenvolvimento Psicosexual**

A sexualidade está presente em toda a vida do ser humano, desde o nascimento até à morte [Freud (2006), citado por Costa e Oliveira (2011)]. Para Freud (2006), a sociedade pensa que a sexualidade está ausente na infância, e apenas se manifesta na puberdade e revela-se nas atrações que um sexo tem pelo outro.

De acordo com a teoria de Freud (1905), citado por Costa & Oliveira (2011), a personalidade de um indivíduo desenvolve-se através de 5 fases psicossociais, sendo que cada fase tem a sua própria gratificação sexual, e formas diferentes de atingir a mesma. De seguida apresentamos, cada uma destas fases.

A 1ª fase é designada por fase oral (acontece desde o nascimento até aos 2 anos). Nesta fase a boca é a zona erógena, estando relacionada com a alimentação, que, por sua vez, se torna uma atividade gratificante.

A 2ª é a fase anal (ocorre entre os 2 e os 4 anos) e tem como zona erógena o ânus, sendo nesta fase que a criança começa a controlar os esfíncteres, tendo uma obsessão pela retenção ou expulsão das fezes. Quando as crianças conseguem obter o controlo fisiológico, estas descobrem uma nova fonte de prazer.

A 3ª fase é conhecida como fase fálica (inicia-se por volta dos 4 e dura até aos 6 anos) e a região genital é a zona erógena da criança. É nesta fase que a criança se começa a interessar pelos seus genitais e sobre os genitais dos outros, e, conseqüentemente, descobre as diferenças anatómicas existentes entre o sexo masculino e o sexo feminino. Quando se apercebem das diferenças, os rapazes têm medo de perder o pénis e as raparigas querem ter um. É também nesta fase que ocorre o complexo de Édipo, onde a rapariga se aproxima do pai e sente ódio da mãe, enquanto o rapaz vê o seu pai como um rival na sua aproximação e no seu desejo em relação à sua mãe.

A 4ª fase é a fase de latência (ocorre dos 6 aos 12 anos), existindo uma pausa na evolução da sexualidade. As crianças não têm tanto interesse pela

sexualidade e focam-se noutras atividades, como áreas intelectuais e de interações sociais, sendo um período de repressão dos desejos sexuais e impulsos erógenos.

A 5ª e última fase é a fase genital (ocorre entre os 12 e 18 anos), que tem como objetivo atingir o desenvolvimento adulto.

Para Murphy & Young (2005), o crescimento físico e a maturação sexual são duas das principais características da adolescência, sendo a adolescência uma fase muito complicada, pois os jovens enfrentam diversos desafios no seu caminho para a vida adulta. Como já é difícil para pessoas “ditas normais”, a fase da adolescência complica-se ainda mais quando se trata de pessoas com deficiência mental, uma vez que eles lidam com as suas próprias mudanças psicossociais num ambiente que, muitas vezes, não os apoia (Gordon et al., 2004).

Como afirma Loureiro (2001), as crianças com deficiência mental têm um desenvolvimento psicosexual igual ao de uma criança “dita normal”, podendo apenas precisar de mais tempo para passar de uma fase para a outra.

### **2.3. Sexualidade e Deficiência Mental**

O conceito de sexualidade, que existe desde o início da civilização, sofreu grandes alterações até ao conceito de hoje (Antunes, 2007).

Até ao século XIX o conceito de sexualidade estava diretamente ligado à reprodução biológica, e só a partir desse momento surgem novas abordagens da sexualidade, ligadas a áreas científicas (psicanálise e antropologia) de que resulta o reconhecimento da sexualidade como uma componente importante do desenvolvimento do indivíduo durante toda a vida (Antunes, 2007).

Na segunda metade do século XIX nasce a sexologia contemporânea, onde o prazer passa a fazer parte da sexualidade e as relações sexuais deixaram de ser encaradas apenas como intraconjugais, o que origina uma separação entre a sexualidade natural, que visa a reprodução, e a sexualidade reprodução/prazer (Antunes, 2007).

A sexualidade pode ser relacionada com a reprodução, no entanto podem ser retiradas mais ilações da sexualidade, já que esta "...é motivada pelo comportamento e necessidade de relacionamento íntimo" visto que hoje existem "...tecnologias reprodutivas que permitem que a reprodução ocorra sem actividade sexual (Antunes, 2007, p. 22)".

Giddens 1996, citado por Antunes (2007, p.22) relata que "a sexualidade é uma construção social operando em campos de poder e não um mero conjunto de imperativos biológicos que podem ou não encontrar satisfação direta". Assim sendo, além da componente biológica da sexualidade, esta passou também a ter uma componente social e psicológica, que nos mostra as diferentes culturas e as diferentes épocas.

Vilelas (2009) refere que a sexualidade humana nasce com cada indivíduo e mantém-se presente até ao fim da vida. As atitudes e os valores relacionados com a sexualidade são culturalmente inculcadas pela família, pela religião, pelos parceiros sexuais, pelos grupos de pares, pela economia, pelos órgãos de comunicação sexual e pelos estabelecimentos de ensino. Os agentes de socialização, como os grupos de pares, a família e os contextos sociais são os que estão mais presentes no processo de desenvolvimento, nomeadamente na definição de sexualidade. A sexualidade como componente de intimidade é um conjunto de experiências e aprendizagens de vida, positivas e negativas (Antunes, 2007). Assim sendo, a sexualidade abrange fatores sociais, psicológicos e socioculturais, e, por esse motivo, pode ser definida "...como a necessidade do Homem, quer para se multiplicar, quer para a realização do corpo e do espírito. O prazer, o sentimento e a procriação são essenciais para descrever a esfera da sexualidade. Isto implica pensar a sexualidade enquanto constelação de sensações, de emoções e de cognições que, conjuntamente com os estímulos fisiológicos, dão lugar ao desejo e/ou ao comportamento sexual" (Rodrigues, 1999 e Diamond, 2001, citados por Vilelas, 2009, p.11).

A Organização Mundial de Saúde (2010) define sexualidade, dizendo que esta é "uma energia que nos leva a procurar afeto, contacto, prazer, ternura e intimidade". A sexualidade transmite-se nos nossos pensamentos, sentimentos, ações e interações, e, como tal, domina a nossa saúde física e mental" (Vilelas, 2009, p.12).

Quanto às finalidades da sexualidade, Bezzerra e Macário (2011) defendem que estas passam obrigatoriamente pela reprodução, pois estamos biologicamente pré-definidos nesse sentido; contudo, a reprodução não é a única função da sexualidade, pois esta é também uma fonte de prazer, de comunicação, de afetos e de bem-estar.

Para Maia (2010), a sexualidade e as suas potenciais expressões, como o desejo, o erotismo, as relações afetivas e sexuais, existem e revelam-se em todo ser humano, tendo ele, ou não, algum tipo de deficiência.

A sexualidade é um processo que começa com o nascimento, e, como seres sexuais que somos desde a nascença, o desenvolvimento duma sexualidade saudável depende, principalmente, do amor e carinho que nos transmitem na infância (Silva, 2012). Segundo o mesmo autor, o amor que o bebé recebe em muito vai contribuir para o desenvolvimento da capacidade de confiança, de receber e dar carinho e afeto aos outros.

Como referem Forreta & Marques (2009), todo o ser humano é um ser sexuado, sendo essa uma característica intrínseca a qualquer indivíduo. Segundo Félix (2003) a sexualidade é um direito que todos os indivíduos têm, e a vivência da mesma é fundamental para o crescimento do ser humano. A autora acrescenta que a sexualidade pode ser vivida de várias formas, nomeadamente através de sentimentos de valorização, pertença e aprovação. No mesmo sentido daquilo que foi acima mencionado, Maia & Camossa (2002) referem que a vivência da sexualidade dos indivíduos com deficiência intelectual é incontestável, uma vez que a mesma é um atributo humano e inerente a todo o ser humano, independentemente das limitações que este possa apresentar. Nesta mesma linha, a OMS (2009) admite que as pessoas com deficiência e as pessoas “ditas normais” têm a mesma necessidade de saúde sexual e reprodutiva. Como é óbvio, a vivência da sexualidade das pessoas com deficiência não é igual à de pessoas sem deficiência e a conduta sexual varia conforme o nível de deficiência apresentado. Os jovens que apresentam uma deficiência mental profunda não têm autonomia e não conseguem ser independentes, tornando, assim, a aquisição de comportamentos limitada (Assumpção & Sprovieri, 2005). Por norma, as manifestações sexuais desta população são simples e auto satisfatórias (Félix & Marques, 1995). Os adolescentes com deficiência intelectual,

dependendo do seu nível de deficiência, sentem-se estimulados a procurar satisfação ao nível afetivo e sexual, como todos os seres humanos (Ferreira, 2009; Silva, 2012). Estes descobrem, tal como os adolescentes sem deficiência, o prazer através da masturbação; esta traduz-se numa pertinente fonte de estimulação sexual e de autoconhecimento, o que, para a maior parte dos jovens com deficiência intelectual, é a única forma de concretização afetiva e sexual (Ferreira, 2009; Franco, 2012).

Segundo Ribeiro (2001) e Silva (2012), “é principalmente na adolescência que a interação social pode sofrer medidas ainda mais restritivas, cingidas ao ambiente familiar e escolar, e, progressivamente, mais afastado de um contexto social normalizado, o que dificulta a discriminação de códigos de conduta e regras sociais”. (s.p) É esta dificuldade que faz com que a sexualidade na deficiência intelectual seja mal compreendida e vista como sendo incontrolável; no entanto, esta dificuldade é a consequência de uma educação inadequada ou inexistente e não uma característica de uma deficiência (Almeida, 2010; Aranha & Maia, 2005; Batista & Morales, 2010; Camossa & Maia, 2003; Franco, 2012).

Os indivíduos portadores de deficiência intelectual encontram-se em desvantagem em relação às pessoas “ditas normais”, sendo, geralmente, estigmatizados na área da sexualidade devido às suas limitações (Beytut, Conk, Isler & Tas, 2009; Franco, 2012).

#### **2.4. Limitações da Vivência da Sexualidade na Deficiência Mental**

Segundo McCabe (1999), desde 1970 que há um discurso de direitos em relação às pessoas com deficiência mental, onde se defende, inclusive, o seu direito para expressar a sua sexualidade através de relacionamentos.

A sexualidade é fundamental na construção da personalidade de um indivíduo, envolvendo sentimentos de conforto, segurança, apoio, amor e afeto. Para Whitehouse & McCabe (1997) as experiências de sexualidade em pessoas com deficiência intelectual podem tornar-se controversas.

A pessoa com deficiência mental apresenta várias limitações, sendo as principais ou as mais preocupantes, as limitações sociais. Como a pessoa com

deficiência é vista de uma forma diferente da normalidade pela nossa sociedade, é-lhe retirado o direito à sexualidade, pois de acordo com a mesma é muito mais fácil retirar a sexualidade a um indivíduo com deficiência do que tentar perceber que a vivência desta é um direito de todo o ser humano. Desta forma, por causa do preconceito que abrange a nossa sociedade acerca deste tema, o desenvolvimento psicosssexual da pessoa com deficiência mental é severamente afetado.

Como referiu Duh (1999), as pessoas com deficiência apresentam maior dificuldade em conseguir intimidade do que as pessoas ditas “normais”, uma vez que são poucos os momentos de privacidade que estas dispõem para criar laços afetivos com a restante população, devido ao fato de estarem sempre sob vigilância nas instituições e de serem superprotegidos pelos Pais. Segundo o mesmo autor, um dos maiores erros cometidos pelos Pais e Profissionais quando encontram uma pessoa com deficiência a masturbar-se na presença de outras, é que estas são repreendidas pelo que estão a fazer e não pelo local onde o ato se realiza. A nossa sociedade considera que as pessoas com deficiência são “viciadas” em sexo, e que estas têm uma necessidade sexual exagerada e uma masturbação excessiva. Para Mitchel et al. (1978) a sexualidade faz parte da vida de todo o ser humano, e cada um vive-a à sua maneira, independentemente de ser ou não uma pessoa com deficiência, pois todo o ser humano responde a vários estímulos sexuais que são idênticos, tanto em pessoas com deficiência mental como em pessoas sem deficiência mental. Como as pessoas com deficiência são constantemente acompanhadas e são raros os momentos em que estão sozinhas, elas têm dificuldade em perceber a diferença entre o que é público e o que é privado, pelo que, desde cedo, esta deve ser uma questão a treinar, tal como acontece com o controlo dos esfíncteres, com a alimentação ou mesmo com o local onde dormem (Félix & Marques, 1995).

Outra das limitações apresentadas pela pessoa com DM deve-se ao fato de elas não terem a mesma facilidade de aceder a locais sociais como as pessoas sem DM. As suas vidas estão limitadas às condições familiares e institucionais, tornando mais difícil a sua integração na sociedade, originando, posteriormente, comportamentos impróprios em espaços públicos.

Geralmente as pessoas com DM não usufruem de educação ou orientação sexual por parte dos Pais e Profissionais; posteriormente, essa falta de informação pode originar comportamentos incorretos por parte da pessoa com deficiência mental, aumentando o risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis, e aumentando o risco de gravidez (McCabe, 1999; Servais et al., 2002; Galea et al., 2004; Murphy & O'Callaghan, 2004; todos citados por Healy et al.,(2009). Ainda no seguimento da questão sobre a falta de informação que as pessoas com deficiência mental têm acerca da sexualidade, Szollos e McCabe (1995), citados por Bazzo et al. (2007), referem que os conhecimentos que a maioria desses indivíduos têm estão deturpados, acreditando, por exemplo, que a relação sexual visa ferir as mulheres, que as mulheres podem dar à luz sem estarem grávidas, que a masturbação causa lesões, que os homens se menstruam e que, no sexo heterossexual, o pénis normalmente penetra o ânus da mulher.

Todos os indivíduos têm direitos, sejam eles ou não portadores de deficiência: as pessoas com deficiência mental têm o direito de trabalhar, fazer amigos e serem parte integrante da nossa sociedade, e, como tal, têm o direito de tomar decisões acerca do seu comportamento sexual (Yale, Rogers e Rogers, 1998).

Segundo Almeida (2009), podemos afirmar que os problemas que as pessoas com deficiência mental enfrentam são de ordem adaptativa e não biológica, isto é, o principal problema não é da pessoa com deficiência mental, mas sim da nossa sociedade que não lhe dá espaço para que se possa desenvolver (Glat, 1992).

## **CAPÍTULO III: EDUCAÇÃO SEXUAL NA DEFICIÊNCIA MENTAL**

### **3.1. Educação Sexual na Deficiência Mental**

A educação sexual é um tema que ainda gera muita polêmica na área da educação e, como tal, ainda não foi implementada no currículo do ensino básico. Como afirma Pan (2003), se já é difícil discutir sobre a implementação da educação sexual no ensino regular nas crianças “ditas normais”, torna-se praticamente impossível falar da educação sexual para pessoas com deficiência mental, uma vez que muitos Profissionais da educação, e grande parte da nossa sociedade, referem que as pessoas com deficiência mental não devem ter uma vida sexual ativa e que a educação sexual só iria despertar curiosidade nos jovens.

Quando falamos em educação sexual é inevitável falarmos da informação sexual, pois ambas estão interligadas. Segundo Ramos (2005) “a informação sexual baseia-se no conjunto de informações anatómicas, fisiológicas e psicológicas que têm como objetivo informar os rapazes e as raparigas acerca do seu corpo, do seu funcionamento sexual reprodutor, dos métodos contraceptivos e dos aspetos psicológicos da sexualidade” (s.p). De acordo com Almeida (2009), a educação sexual “inclui um conjunto de atividades que têm como objetivo ajudar as pessoas a encararem a sexualidade como um elemento positivo do seu corpo, das suas vidas e das relações que estabelecem com o intuito de as auxiliar na escolha dos seus caminhos de forma informada e consciente” (s.p). Além dos aspetos já citados, a educação sexual contempla ainda a informação sexual, daí a interligação de ambas.

Para o Grupo de Trabalho de Educação Sexual (GTES, 2005), a educação sexual positiva pode ajudar “o desenvolvimento de competências nos jovens, de modo a possibilitar-lhes escolhas informadas nos seus comportamentos na área da sexualidade, permitindo que se sintam informados e seguros nas suas opções, evitando, assim, situações indesejadas” (s.p).

A educação sexual orienta as pessoas para uma boa vivência da sexualidade e uma sexualidade bem orientada melhora a autoestima, contribui para a tomada de decisões e promove atitudes positivas.

Segundo Almeida (2009) e Silva (2012), a educação sexual deve ser inculcada nas crianças o mais cedo possível. Numa primeira fase esta deve ser abordada pelos Pais e, posteriormente, pelos Profissionais de saúde nas escolas, abrangendo todas as crianças, independentemente das suas limitações ou características.

Em relação à educação sexual na deficiência mental, devemos ter em conta que o deficiente mental também tem necessidade de exprimir a sua sexualidade e a educação sexual permitir-lhe-á controlar esses comportamentos de forma mais adequada. Sabemos que se a sexualidade lhe for inibida, a pessoa com deficiência não será certamente feliz podendo, inclusive, tornar-se numa pessoa agressiva, perturbada e angustiada devido à incompreensão de que é alvo. A educação sexual é de extrema importância para todos os indivíduos, mas, principalmente, quando se trata de pessoas com deficiência mental (DenBoer, 2008).

Como referem Isler, Beytut, Tas e Conk (2009), a educação sexual traz inúmeros benefícios às pessoas com deficiência, pois o simples fato de estarem bem informados acerca da sua sexualidade irá contribuir para o seu desenvolvimento, havendo uma melhor aceitação social e uma vida sexual mais gratificante e saudável.

Segundo Katz e Lazcano-Ponce (2007), a educação sexual realizada nas pessoas com deficiência mental não deve ser diferente da educação sexual feita junto das pessoas “ditas normais”, isto é, ela deve ser tão abrangente na matéria para todos os indivíduos, independentemente das suas limitações. Segundo o mesmo autor, apenas os métodos de ensino devem ser diferentes: no caso das pessoas com deficiência mental, a informação deve ser adaptada em termos de linguagem e usar diferentes tipos de material didático para que haja mais sucesso na aprendizagem e a informação transmitida deve ser reforçada várias vezes para que não haja mal entendidos.

Marques (1995) também defende que, apesar das diferenças, a educação sexual para as pessoas com deficiência mental deve contemplar as mesmas

linhas orientadoras e os mesmos objetivos da educação facultada às pessoas “ditas normais”. Considerando as características dos indivíduos com deficiência mental, o autor definiu sete objetivos fundamentais para a intervenção na área da educação sexual:

1. Reforçar a autoestima e valorizar a imagem corporal;
2. Aumentar os conhecimentos sobre anatomia e fisiologia humana;
3. Criar habilidades de comunicação e sentimentos e necessidades sexuais;
4. Promover atitudes positivas e não culpabilizantes face aos seus sentimentos e comportamentos sexuais;
5. Reforçar a confiança nos seus próprios juízos;
6. Facilitar o reconhecimento dos riscos que poderão correr;
7. Reforçar atitudes de entendimento e aceitação dos sentimentos e necessidades dos outros.

Estes itens devem ser adaptados e abordados de acordo com as necessidades de cada aluno.

### **3.2. Tipos de Educação Sexual**

Existem três tipos de educação sexual: a educação sexual formal, informal e não formal. Segundo os estudos mais recentes acerca desta temática, Silva (2012) refere que a educação sexual formal “é gerada pelos professores de forma sistemática, assentando em pressupostos científicos e pedagógicos, tendo em conta o papel preponderante dos técnicos e pais” (s.p); a educação sexual informal “baseia-se nas vivências diárias dos indivíduos e naquilo que acontece de forma espontânea através da observação dos exemplos dos pais, familiares, amigos, entre outros” (s.p); e, por fim, a educação sexual não formal “ocorre nos contextos extra curriculares, sendo facultada por agentes que não sejam os professores. Neste tipo de educação a transmissão de conhecimentos ocorre de forma prática e superficial, tendo como objetivo a compensação e correção de erros da educação sexual formal e informal” (s.p).

De acordo com a mesma autora, podemos concluir que a educação sexual formal é a que tem um papel mais influente na construção da personalidade dos jovens, conseguindo combater possíveis falhas da educação sexual informal.

### **3.3. Principais Consequências da Falta de Educação Sexual**

Nos estudos realizados acerca da educação sexual, verificou-se que os indivíduos que, por algum motivo, não tiveram acesso à educação sexual são mais vulneráveis ao abuso sexual, às doenças sexualmente transmissíveis, à gravidez e também à homossexualidade. Assim, podemos concluir que a educação sexual é fundamental para que os indivíduos com deficiência mental possam ter conhecimento acerca da sexualidade e que possam, de alguma forma, usar esse conhecimento para combater as vulnerabilidades acima referidas e adotarem comportamentos sexuais adequados de forma a terem uma vida sexual saudável (Ward, Windsor & Atkinson, 2012; Cheng & Udry, 2005).

Num estudo realizado por Szollos e McCabe (1995, citados por Galea, et al., 2004) acerca da vida sexual das pessoas com deficiência, verificou-se que a maior parte dos inquiridos do sexo feminino não usava contraceptivos orais e os inquiridos do sexo masculino também não usavam preservativos, afirmando que a mulher é que tem de assumir os cuidados em relação aos métodos contraceptivos. Através do relato dos jovens inquiridos neste estudo, verifica-se que existe uma probabilidade muito grande de ocorrer uma situação de gravidez indesejada e de contração de doenças sexualmente transmissíveis.

O aparecimento de doenças sexualmente transmissíveis é outro dos fatos que tem aumentado devido à falta de conhecimento de métodos contraceptivos e também de as pessoas com deficiência mental pertencerem a uma população alvo de maior risco de abuso sexual (Servais, 2006).

As pessoas com deficiência mental também são mais suscetíveis à homossexualidade, pensando que a principal causa deste fato se deve ao isolamento de que são alvo e também à repreensão que sofrem quando demonstram determinados tipos de comportamento. Alguns dos erros mais frequentes que os pais cometem é evitarem ao máximo o contacto dos seus filhos com pessoas do sexo oposto, o que pode originar comportamentos sexuais socialmente desadequados, e o fato de apenas conviver com pessoas do mesmo sexo irá aumentar a probabilidade de ocorrerem comportamentos homossexuais (Leutar e Mihokovic, 2007).

Em relação aos abusos sexuais de que as pessoas com deficiência mental são vítimas, Murphy & Elias (2006) afirmam que os jovens com deficiência mental são 2,2 vezes mais abusadas sexualmente do que as pessoas “ditas normais”. Embregts et al. (2010) referem que a educação sexual pode ser preponderante para combater o abuso sexual, uma vez que os indivíduos com deficiência mental compreenderão mais facilmente o tema em questão.

Outro dos aspetos que torna as pessoas com deficiência mental mais vulneráveis em relação aos abusos sexuais, é o fato de estas estarem permanentemente sujeitas à prestação de cuidados de uma série de pessoas, desde pais, técnicos de saúde, médicos, ginecologistas, etc. Ao serem constantemente sujeitas a cuidados, estas pessoas vão ser mais “tocadas”, o que vai originar dificuldades na compreensão por parte dos indivíduos com deficiência mental do que é permissível ou não, ou seja, vão ter dificuldades em perceber a diferença entre um toque bom e um toque mau (abuso sexual), a não ser que essa diferença lhes seja explicada com alguma frequência (O’Callaghan & Murphy, 2007 citados por Healy et al., 2009).

Segundo Franco (2012), existem dados clínicos que comprovam que a grande parte dos abusadores são pessoas conhecidas ou mesmo familiares do indivíduo; outro dos estudos recentemente realizados refere que os principais abusadores são pais, padrastos, irmãos e professores (Pinho, Menezes & Cardoso, 2011).

Tendo em conta os fatos acima referidos, concluímos que uma vez que as pessoas com deficiência mental têm necessidades sexuais e têm o direito de as satisfazer, é muito importante que estas tenham educação sexual de forma a estarem informadas e poderem proteger-se sexualmente, tanto de doenças sexualmente transmissíveis, como de gravidez indesejada ou abuso sexual (O’Callaghan e Murphy, 2007).

## CAPÍTULO IV: ATITUDES

### 4.1. Aspectos Gerais

A sexualidade é um tema sensível na sociedade, e torna-se ainda mais sensível quando se fala da sexualidade na deficiência, uma vez que esta ainda é vista pela nossa sociedade como um problema. A vivência da sexualidade nas pessoas com deficiência é um tema gerador de polêmicas, envolvendo valores, normas, crenças e tabus culturais.

Segundo Pinel (1993), a sexualidade, a deficiência e a morte são os grandes tabus da sociedade contemporânea. A sexualidade na deficiência engloba dois dos três grandes tabus da sociedade: a pessoa com deficiência intelectual é vista de uma forma errônea pela nossa sociedade, uma vez que, por norma, estas pessoas são vistas como assexuadas ou, por outro lado, hipersexuadas.

Numa pesquisa realizada por Giami e D'Allones (1984), os autores relataram que os Pais e Profissionais tinham ideias diferentes acerca da sexualidade das pessoas com deficiência: os Pais viam os seus filhos como sexualmente infantis, enquanto os Profissionais diziam que os seus alunos eram exibicionistas.

Noutros estudos realizados (Brown, 1994; Owen et al., 2000; Oliver et al., 2002; Cuskelly & Bryde, 2004; Bazzo et al., 2007; Hosseinkhanzadeh et al., 2012) acerca das atitudes dos Pais e Profissionais, consta-se que, por norma, os Profissionais e os Pais apresentam atitudes diferentes, uma vez que os Profissionais, normalmente, apresentam atitudes mais liberais (Bazzo et al., 2007; Cuskelly & Bryde, 2004), enquanto os Pais têm opiniões mais conservadoras (Brown, 1994; Rose & Jones, 1994; Cuskelly & Bryde, 2004). Esta divergência entre opiniões pode, por vezes, confundir a pessoa com deficiência intelectual.

## 4.2. Atitudes dos Pais

A grande maioria dos Pais entende a necessidade de fornecer educação sexual aos seus filhos, no entanto adiam ao máximo esse assunto (Isler et al., 2009), pois temem que ao abordar o tema da sexualidade com o seu filho deficiente, este o entenda como uma autorização para a prática do sexo, ou que a sua curiosidade acerca do sexo seja estimulada (Smith et al., 1995). Outro dos grandes problemas acerca da abordagem deste tema por parte dos pais é a falta de conhecimentos e habilidades sobre a melhor forma de apresentar este tipo de informação aos seus filhos (Ballan, 2001). Há também Pais que assumem que o seu filho é assexuado e, portanto, não precisa de educação sexual; contudo, as informações acerca da sexualidade têm de ser expostas aos jovens com deficiência mental, uma vez que a sexualidade faz parte do seu desenvolvimento (Guest, 2000). Alguns Pais, por vezes, não conseguem entender que esta informação, sendo ou não transmitida aos seus filhos, estes mais tarde ou mais cedo, irão acabar por ter sentimentos sexuais iguais ao dos adolescentes “ditos normais” (Greydanus et al., 2002).

Um dos principais problemas gerados pelas atitudes dos Pais em não educarem os seus filhos sexualmente é a falta de informação adequada que estes irão receber acerca da sexualidade.

Segundo Murphy (2003), Murphy & O'Callaghan (2004), citados por Healy et al., (2009), apenas metade das pessoas com deficiência intelectual recebe educação sexual adaptada, sendo que esses melhoram a tomada de decisão sobre as relações sexuais (Dukes e McGuire 2009, citados por Healy et al. 2009).

Alguns Pais não se sentem capacitados para fornecer informações acerca deste assunto aos seus filhos (Ballan, 2001), encarando, assim, duas possibilidades: podem aceitar as mudanças da puberdade, encarando o seu filho como um ser puro, assexuado, de modo a que a sua manifestação sexual seja ocultada, evitando a mudança, mas, por outro lado, impedindo, assim, o seu filho de se expressar de uma das formas da humanidade (Assumpção & Sprovieri, 2005).

### **4.3. Atitudes dos Profissionais**

Em relação aos Profissionais, podemos afirmar que as perspectivas que estes têm em relação à sexualidade no deficiente mental são mais liberais do que as dos Pais. Martins (1995) relata que cabe aos Profissionais lidar com o “conjunto de sentimentos e emoções e manifestos nas relações interpessoais destes jovens e de diminuir as enormes barreiras que se interpõem no caminho da realização afetivo-sexual desta população” (p.119). No entanto, até os Profissionais têm algumas dificuldades em abordar a sexualidade das pessoas com deficiência, pois não receberam informações acerca desse tema durante a sua formação.

Claro que há uma série de fatores que influenciam as opiniões dos profissionais em relação à sexualidade nos deficientes intelectuais. Por exemplo, Murray & Minnes (1994), Oliver et al. (2002) e Cuskelly & Bryde (2004) destacam a idade como sendo uma variável fundamental e verificam que as pessoas com mais idade apresentam atitudes mais conservadoras. A profissão, segundo Murray & Minnes, (1994), é outro fator importante, uma vez que as atitudes mais liberais estão relacionadas com esta variável: quanto maior o nível de formação e de convivência com as pessoas com deficiência mental, mais liberdade de expressão estas manifestam.

Quando se fala em fatores que possam influenciar as opiniões das pessoas em relação a este tema, não podemos deixar passar um dos mais importantes, a religião. Por norma, os Profissionais mais religiosos apresentam atitudes mais retrogradadas em relação à sexualidade das pessoas com deficiência mental (Dupras et al., 1984; Trudel & Desjardins, 1992, citados por Aunos & Feldman, 2002).

Para concluir, os Pais e os Profissionais partilham a opinião de que a procriação na deficiência mental deve ser excluída.

## **PARTE 2 - ESTUDO EMPÍRICO**

### **CAPÍTULO V - METODOLOGIA**

#### **5.1. Objetivos do Estudo**

O principal objetivo deste estudo é conhecer as atitudes dos Pais e dos Profissionais em relação à vivência da sexualidade das pessoas com deficiência mental profunda.

#### **5.2. Caracterização da Amostra**

A amostra deste estudo é constituída por 32 Profissionais da área da deficiência e 31 Pais de pessoas com deficiência intelectual. Todos os Profissionais trabalham na CERCIFAF e todos os Pais que responderam aos questionários têm os seus filhos na mesma instituição. É importante referir que quando falamos de Pais, referimo-nos aos tutores legais das pessoas com deficiência, sejam eles pais, tios, irmãos, etc.

Quadro 1 - Caracterização da amostra dos Pais e Profissionais						
	Pais			Profissionais		
		N	%		N	%
		31			32	
Idade (anos)	$(\bar{x}=49.16 \text{ Dp}=10.51)$			$(\bar{x}=37.22 \text{ Dp}=9.48)$		
20-29		1	3.2		8	25.0
30-39		4	12.9		13	40.6
40-49		12	38.7		7	21.9
50-59		9	29.1		4	12.5
60-69		5	16.1		-	-
Sexo						
Masculino		7	22.6		8	25.0
Feminino		24	74.4		24	75.0
Estado Civil						
Solteiro(a)		3	9.7		10	31.3
Casado(a)		20	64.5		19	59.4
Viúvo(a)		3	9.7		1	3.1
Separado/Divorciado		5	16.1		1	3.1
União de Facto		-	-		1	3.1
Habilitações Literárias						
Sem Escolaridade		4	12.9		-	-
Ensino Básico		16	51.6		1	3.1
Ensino Secundário		11	35.5		9	28.1
Ensino Superior		-	-		22	68.8
Formação Base						
Educador/a		-	-		3	9.4
Professor/a		-	-		2	6.3
Psicólogo/a		-	-		5	15.6
Técnico/a de Serviço Social		-	-		2	6.3
Terapeuta Ocupacional		-	-		3	9.4
Terapeuta da fala		-	-		3	9.4
Fisioterapeuta		-	-		8	25.0
Outra		-	-		6	18.8
Nível Sócio-económico						
≤ 350€		5	17.2		-	-
351 a 500€		6	20.7		-	-
501 a 750€		11	37.9		13	43.3
751 a 1000€		5	17.2		7	21.9
+ de 1000€		2	6.9		10	33.3
Valores em falta		2	6.5		2	6.3

<b>(Cont.)</b>						
	<b>Pais</b>			<b>Profissionais</b>		
		<b>N</b>	<b>%</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
		31			32	
<b>Religião</b>						
Católico		29	93.5		28	87.5
Não Católico		2	6.5		1	3.1
Sem Religião		-	-		3	9.4
<b>Praticante?</b>						
Sim		21	67.7		16	50.0
Não		10	32.3		16	50.0
<b>Número de Filhos</b>						
1		2	6.7		-	-
2		16	53.3		-	-
3		8	26.7		-	-
4		2	6.7		-	-
5		2	6.7		-	-
Valores em falta		1	3.2		-	-
<b>Número de Filhos com Deficiência</b>						
1		30	100.0		-	-
Valores em falta		1	3.2		-	-
<b>Tipo de Deficiência</b>						
Inata		23	88.5		-	-
Adquirida		3	11.5		-	-
Valores em falta		5	16.1		-	-
<b>Ordem do deficiente na fratria</b>						
1º		8	33.3		-	-
2º		11	45.8		-	-
3º		3	12.5		-	-
4º		2	8.3		-	-
Valores em falta		7	22.6		-	-
<b>Tempo de integração na instituição (anos)</b>	$(\bar{x}=9.17 \text{ Dp}=5.41)$					
1		2	6.7		-	-
2		1	3.3		-	-
4		2	6.7		-	-
5		1	3.3		-	-
6		2	6.7		-	-
7		6	20.0		-	-
8		3	10.0		-	-
9		2	6.7		-	-
10		4	13.3		-	-
12		1	3.3		-	-

<b>(Cont.)</b>						
	<b>Pais</b>			<b>Profissionais</b>		
		N	%		N	%
		31			32	
14		1	3.3		-	-
18		2	6.7		-	-
20		3	10		-	-
Valores em falta		1	3.2		-	-
Tempo de trabalho na área (anos)				$(\bar{x}=13.23 \text{ Dp}=8.61)$		
2		-	-		3	10
3		-	-		2	6.7
4		-	-		1	3.3
5		-	-		3	10
10		-	-		2	6.7
11		-	-		1	3.3
13		-	-		2	6.7
14		-	-		2	6.7
15		-	-		5	16.7
16		-	-		2	6.7
18		-	-		2	6.7
19		-	-		1	3.3
26		-	-		1	3.3
29		-	-		2	6.7
35		-	-		1	3.3
Valores em falta		-	-		2	6.3
Tempo de trabalho na área nesta instituição (anos)				$(\bar{x}=12.77 \text{ Dp}=8.67)$		
1		-	-		1	3.3
2		-	-		3	10
3		-	-		1	3.3
4		-	-		1	3.3
5		-	-		3	10
10		-	-		3	10
11		-	-		1	3.3
12		-	-		1	3.3
13		-	-		3	10
14		-	-		3	10
15		-	-		2	6.7
16		-	-		1	3.3
18		-	-		2	6.7
19		-	-		1	3.3
26		-	-		1	3.3
29		-	-		2	6.7
35		-	-		1	3.3
Valores em falta		-	-		2	6.3

<b>(Cont.)</b>						
	<b>Pais</b>			<b>Profissionais</b>		
		N	%		N	%
		31			32	
Contacto com o Deficiente (Horas/Semana)				(x̄=28.00 Dp=11.62)		
4		-	-		1	3.1
5		-	-		1	3.1
7		-	-		1	3.1
8		-	-		2	6.3
11		-	-		1	3.1
16		-	-		1	3.1
20		-	-		1	3.1
22		-	-		1	3.1
30		-	-		7	21.9
32		-	-		1	3.1
35		-	-		9	28.1
38		-	-		1	3.1
40		-	-		5	15.6
Familiar com deficiência?						
Sim		-	-		9	28.1
Não		-	-		23	71.9
Se sim, que tipo de deficiência?						
Deficiências mental profunda		-	-		4	44.4
Deficiências mental ligeira		-	-		5	55.6
Valores em falta		-	-		23	71.9

Como podemos verificar no Quadro 1, a nossa amostra é constituída por 63 sujeitos, dos quais 31 são Pais ou Encarregados de Educação e 32 são Profissionais. Em relação à **idade** dos Pais, estes têm uma média de idades de 49.16 anos e um desvio padrão de 10.51 anos, sendo que a maioria deles encontra-se entre os 40 e os 49 anos de idade (n=12=38.7%). Relativamente aos Profissionais, estes têm uma média de idades de 37.22 anos e um desvio padrão de 9.48 anos; a maior parte tem idades compreendidas entre os 30 e os 39 anos (n=13=40.6%). Posto isto, concluímos que os Pais têm mais idade do que os Profissionais.

Em relação à variável **sexo**, dos 31 Pais, verificamos uma predominância do sexo feminino, uma vez que 24 são do sexo feminino (74.4%) e apenas 7 são

do sexo masculino (22.6%). No que diz respeito ao sexo dos Profissionais, continua a predominar o sexo feminino, pois dos 32 Profissionais, 24 são do sexo feminino (75.0%) e 8 são do sexo masculino (25.0%).

Falando agora do **estado civil** dos Pais, predomina o de casado, sendo que, dos 31 Pais 20 são casados (64.5%). O estado civil de casado é também o mais frequente entre os Profissionais, pois 19 dos 32 Profissionais são casados (59.4%).

No que diz respeito à **escolaridade/habilitações literárias**, a maioria dos Pais apenas fizeram o ensino básico (n=16=51.6%); por outro lado, a maior parte dos Profissionais cumpriram o ensino superior (n=22=68.8%) e no que diz respeito à **formação base** destes, a maior parte são fisioterapeutas (n=8=25.0%).

Relativamente ao **nível socio-económico**, constatamos que grande parte dos Pais tem rendimentos entre os 501 e 750€ (n=11=37.9%), assim como a maioria dos Profissionais que também têm rendimentos compreendidos entre 501 e 750€ (n=13=43.3%). Dos 31 Pais, 2 não responderam à questão (6.5%), e dos 32 Profissionais 2 também não responderam (6.3%).

Quanto à variável **religião**, quase todos os Pais são católicos (n=29=93.5%), existindo apenas 2 que não são católicos (n=2=6.5%). Dos 29 Pais católicos, 21 são praticantes (67.7%) e 10 não praticam a religião (32.3%). Em relação à religião nos Profissionais, 28 são católicos (87.5%), 1 não é católico (3.1%) e 3 não têm nenhuma religião (9.4%). Dos 28 Profissionais católicos, 16 são praticantes (50.0%) e 16 não são praticantes (50.0%).

Em relação ao **número de filhos**, os Pais têm 2 filhos em 53.3% (n=16) dos casos e todos tinham apenas um filho com deficiência (n=30=100.0%). Dos 31 Pais, 1 não respondeu (3.2%). Verificamos que em 88.5% dos casos a deficiência é inata (n=23) e em 11.5% é adquirida (n=3). Não responderam à questão 5 Pais (16.1%). A maioria dos filhos com deficiência está situada em 2º na ordem da fratria (n=11=45.8%).

Relativamente ao **tempo de integração na instituição**, este varia entre 1 e 20 anos, com uma média de 9.17 e desvio padrão de 5.41. Constatou-se que 20.0% dos Pais têm os seus filhos integrados nesta instituição há 7 anos (n=6). Realça-se ainda que um dos Pais não respondeu à questão (3.2%).

Por outro lado, o **tempo de trabalho dos profissionais na área** da deficiência varia entre os 2 e os 35 anos, com uma média de 13.23 e um desvio padrão de 8.61. De todos os Profissionais, 16.7% trabalham na instituição há 15 anos (n=5). Dois Profissionais não responderam à questão (6.3%). **O tempo de trabalho na mesma área nesta instituição** varia entre 1 e 35 anos: em 66.5% dos casos os Profissionais efetuam a sua atividade profissional nesta instituição há menos de 15 anos (n=20) e apresentam uma média de 12.77 e um desvio padrão de 8.67. Dos 32 Profissionais, 2 (6.3%) não responderam à questão.

O número de horas/semana que os Profissionais estão em **contacto com a pessoa com deficiência** varia entre 4 e 40 horas/semana, com uma média de 28.00 e um desvio de padrão de 11.62) sendo que a maioria está em contacto com as pessoas com deficiência 35 horas/semana (9 = 28.1%).

Em relação à existência de uma **pessoa com deficiência nas famílias dos Profissionais**, 9 Profissionais têm familiares com deficiência (28.1%) e 23 não têm familiares com deficiência (71.9%). Dos Profissionais que têm familiares com deficiência, 4 têm deficiência mental profunda (44.4%) e 5 têm deficiência mental ligeira (55.6%).

### **5.3. Variáveis**

Neste estudo usamos como variáveis dependentes as atitudes face à sexualidade na DM e como variáveis independentes a idade, o género, o estado civil, a escolaridade/habilitações literárias, o nível socio-económico e a religião por considerarmos ser um aspeto preponderante para as atitudes dos Pais e Profissionais acerca da sexualidade na DM. Relativamente aos Pais, consideramos, ainda, o número de filhos, o número de filhos com DM, qual o tipo de deficiência dos seus filhos, a ordem do deficiente na fratria e há quanto tempo o seu filho está integrado na instituição. Quanto aos Profissionais, consideramos qual a sua formação base, há quanto tempo eles trabalham nesta área, há quanto tempo trabalham nesta instituição, quantas horas por semana estão em contacto com o deficiente e se têm algum familiar com deficiência e qual o tipo de deficiência.

#### 5.4. Instrumentos utilizados

Para efetuar a recolha dos dados foram utilizados dois questionários, um para os Pais/Encarregados de Educação e outro para os Profissionais; ambos os questionários são anónimos para que nada influencie a resposta de quem responde e por respeito à intimidade de cada um. Os questionários são de auto-preenchimento e de resposta rápida, podendo ser consultados no Anexo I.

Aos Pais foi aplicado um questionário da autoria do Dr. António Martins, Psicólogo, licenciado pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa. Este está dividido em duas partes: a primeira parte trata a caracterização sócio demográfica, que inclui *itens*, tais como a idade, o sexo, o estado civil, as habilitações literárias, o nível socioeconómico, a religião, o número de filhos e ainda dados referentes à deficiência, como por exemplo, 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 tem como objetivo conhecer o que os Pais pensam acerca da sexualidade dos seus filhos com DM. Esta parte é constituída por 13 *itens* com 3 opções de resposta (Concordo, Nem concordo/Nem discordo e Discordo). Este questionário foi elaborado especificamente para aplicar a Pais com filhos com deficiência.

O questionário aplicado aos Profissionais foi elaborado por Ivone Félix e, tal como o questionário dos Pais, também está dividido em duas partes. A primeira parte trata da caracterização sócio demográfica que inclui *itens* tais como a idade, o sexo, o estado civil, as habilitações literárias, a formação, o nível socioeconómico, a religião e, ainda, dados referentes à deficiência, como por exemplo, o tempo de trabalho na área, o tempo de trabalho na instituição, as horas em contacto com o deficiente por semana, se existe ou não um familiar com deficiência e o tipo de deficiência. A segunda parte é composta por uma Escala de Atitudes – *Sexuality and Mentally Retarded Attitudes Inventory* (SMRAI) que estuda as atitudes dos Profissionais face à sexualidade das pessoas com DM. Esta escala é composta por duas partes, sendo que a primeira é constituída por *itens* que se dividem em duas sub escalas, e a segunda é composta apenas por dois *itens* de escolha múltipla (*itens* 46 e 47). A primeira sub escala da primeira parte avalia as atitudes dos Profissionais face à sexualidade em geral (*itens* 1, 2, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 14, 17, 18, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 31 e 37) e a segunda

avalia as atitudes dos Profissionais face à sexualidade das pessoas com DM (*itens* 3, 4, 8, 12, 13, 15, 16, 19, 23, 28, 29, 23, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 38, 39 e 40). A escala de resposta da primeira parte é do tipo Likert de 5 pontos: 1=Concordo totalmente; 2=Concordo; 3=Indeciso/a; 4=Discordo; 5=Discordo totalmente.

Após o preenchimento dos questionários, podemos clarificar as atitudes dos Profissionais através de quatro categorias com base na seguinte pontuação obtida:

- Atitude muito conservadora: entre 40 e 80;
- Atitude conservadora: entre 81 e 120;
- Atitude liberal: entre 121 e 160;
- Atitude muito liberal: entre 161 e 200;

Para obter esta pontuação foi necessário inverter os valores da escala em alguns *itens* (2, 5, 7, 8, 12, 13, 15, 16, 18, 19, 29, 32, 36, 39 e 40): nestes *itens* o valor 5 (Discordo completamente) passa a 1 (Concordo totalmente) e vice-versa e o valor 4 (Discordo) passa a 2 (Concordo) e vice-versa.

## **5.5.Procedimentos**

Após a escolha do tema “Vivência da sexualidade do deficiente mental profundo – Atitudes dos Pais e dos Profissionais”, foi realizada uma pesquisa bibliográfica relacionada com a DM, com a sexualidade e com a sexualidade na DM de forma a perceber qual a informação existente em relação a este tema. Cumprida essa pesquisa, verificamos que as informações em relação à sexualidade nos deficientes mentais ainda são bastantes reduzidas.

Para a realização deste estudo foi elaborada uma carta com o pedido de autorização a várias instituições para a aplicação dos questionários para avaliar a perspectiva dos pais e dos profissionais em relação à vivência da sexualidade das pessoas com DM, como pode ser consultado no Anexo II.

A instituição escolhida foi a CERCIFAF; esta decisão deve-se ao fato de esta se encontrar na nossa área geográfica, o que facilitou a comunicação com a instituição. Depois de recebermos o sim da instituição, o Dr. Luís Roque, diretor da mesma responsabilizou-se pela entrega e recolha dos questionários aos Profissionais e aos Pais das pessoas com deficiência intelectual.

## 5.6. Procedimentos Estatísticos

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

Tanto para o questionário dos Pais (cujas respostas são “Concordo”, “Nem concordo/Nem discordo” e “Discordo”) como para o dos Profissionais (cujas respostas são “Concordo totalmente”, “Concordo”, “Indeciso/a”, “Discordo” e “Discordo totalmente”), construímos uma tabela de frequências para cada um dos *itens* registrando, de igual modo, o número de observações e a respetiva percentagem.

Seguidamente, procedemos à apresentação dos resultados obtidos, segundo a classificação de Ivone Félix relativa às atitudes dos Profissionais face à Deficiência Mental Profunda (DMP). Calculámos as pontuações para cada um dos 32 Profissionais com as respetivas inversões nos valores de alguns *itens* (nº 2, 5, 7, 8, 12, 13, 15, 16, 18, 19, 29, 32, 36, 39 e 40, em que o valor 5 (Discordo completamente) passa a 1 (Concordo completamente) e vice-versa e o valor 4 (Discordo) passa a 2 (Concordo) e vice-versa. Depois, somámos individualmente cada um dos resultados, e, conforme as pontuações e classificações já estabelecidas, categorizámos os resultados e efetuámos uma tabela de frequências com o número de observações e respetiva percentagem para cada classificação.

Para conhecermos a consistência interna de cada uma das subescalas e da escala de atitudes da SMRAI, calculámos o valor do *Alpha de Cronbach*, considerando o valor de referência o de 0.600 (Bryman e Cramer, 1993).

Para verificarmos a existência de diferenças estatisticamente significativas nas atitudes dos Pais e dos Profissionais em função das variáveis independentes seleccionadas, efetuamos o Teste T de *Student* Independente, adotando como nível de significância o valor de 5%. Quando a variável independente tem 3 ou

mais opções de resposta, utilizamos a análise da variância, tendo também como nível de significância o valor de 5%.

## CAPÍTULO VI - APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

### 6.1. Resultados Obtidos pelos Pais

Quadro 2 – Tabela de Frequência: Questionário dos Pais						
<i>Itens</i>	Concordo		Nem Concordo/ Nem Discordo		Discordo	
	n	%	n	%	n	%
1) É difícil falar sobre o assunto da afetividade/sexualidade porque é um tema muito delicado?	11	36.7	10	33.3	9	30.0
2) Sob o ponto de vista das relações afetivas, o meu filho é muito infantil.	23	76.7	5	16.7	2	6.7
3) Quando o nosso filho se agarra às pessoas aos beijinhos, penso que é apenas uma manifestação de ternura.	22	73.3	8	26.7	-	-
4) Os nossos filhos têm direito a viver a sua vida afetiva.	24	80.0	5	16.7	1	3.3
5) Os nossos filhos têm direito a viver a sua sexualidade.	9	31.0	16	55.2	4	13.8
6) Em casa devemos falar neste assunto com os nossos filhos.	18	60.0	10	33.3	2	6.7
7) Os programas de televisão (telenovelas e filmes) têm, no que respeita, à afetividade/sexualidade, um efeito maléfico sobre os nossos filhos.	5	17.9	18	64.3	5	17.9
8) Quando os nossos filhos manifestam, verbalmente ou por atitudes, interesse sobre as cenas que vêm na televisão, devemos repreendê-los.	4	13.8	12	41.4	13	44.8
9) Não devemos deixar ver aos nossos filhos as revistas do tipo “Correio da Manhã” que mostram fotografias seminuas.	10	34.5	12	41.4	7	24.1
10) Quando os nossos filhos são encontrados a masturbarem-se, devem ser imediatamente repreendidos.	1	3.4	10	34.5	18	62.1
11) Em relação à mesma situação anterior, penso que devemos não ligar.	13	44.8	6	20.7	10	34.5
12) Ainda em relação à situação da questão 10, penso que devemos falar com eles e introduzir algumas regras que orientem esse comportamento.	17	58.6	11	37.9	1	3.4
13) Quando os nossos filhos estabelecem relações afetivas preferenciais com um colega do sexo oposto, penso que esta relação deverá ser incentivada.	2	6.7	22	73.3	6	20.0

O Quadro 2 apresenta os resultados do questionário aplicado aos Pais. Quando perguntamos aos Pais se “É difícil falar sobre o assunto da afetividade/sexualidade porque é um tema muito delicado?”, as opiniões diferiram muito, uma vez que 36.7% dos Pais (n=11) disseram que era difícil, 33.3% (n=10) nem concordaram/ nem discordaram e 30,0% (n=9) não achavam difícil abordar esse tema com os seus filhos. No que diz respeito às relações afetivas, 76.7% dos Pais (n=23) consideraram o seu filho muito infantil para ter relações afetivas e 73.3% (n=22) consideram que quando o seu filho se agarra às pessoas aos beijinhos, é apenas uma manifestação de ternura. Em relação ao item 4 (“Os nossos filhos têm direito a viver a sua vida afetiva”), 80.0% dos Pais (n=24) defendem que os seus filhos têm esse direito. Quanto ao direito que os filhos têm em viver a sua sexualidade, 55.2% dos Pais (n=16) nem concordam nem discordam com este *item*, no entanto 60.0% dos Pais (n=18) defendem que devem falar com os seus filhos acerca da sexualidade em casa. Em relação ao efeito maléfico que os programas de televisão possam ter nos seus filhos, 64.3% (n=18) nem concordam nem discordam essa afirmação e se os seus filhos manifestarem, verbalmente ou por atitudes, interesse pelas cenas que vêm na televisão 44.8% dos Pais (n=13) defendem que os seus filhos não devem ser repreendidos. Relativamente à decisão de deixar ver aos filhos revistas como o “Correio da Manhã” que mostram fotografias seminuas, 41.4% dos Pais (n=12) nem concordam nem discordam. Tendo em conta o tema da masturbação, 62.1% dos Pais (n=18) discorda que os filhos devem ser imediatamente repreendidos quando são encontrados a masturbar-se e 44.8% (n=13) concordam que não devem ligar quando há este tipo de comportamento, e ainda em relação à situação da questão 10, 58.6% (n=17) concordam que devem falar com os seus filhos e introduzir algumas regras que orientem esse comportamento. Por último, no que diz respeito às relações afetivas preferenciais dos seus filhos com um colega do sexo oposto, 73.3% (n=22) dos sujeitos não têm um parecer concreto.

Como podemos verificar neste quadro, nem sempre obtivemos a totalidade das respostas dos 31 Pais.

## 6.2. Resultados Obtidos pelos Profissionais

Quadro 3 – Tabela de Frequência: Escala SMRAI - Questionário dos Profissionais										
Itens	Concordo Totalmente		Concordo		Indeciso/a		Discordo		Discordo totalmente	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Hoje em dia há demasiada educação sexual nas escolas	1	3.1	-	-	6	18.8	16	50	9	28.1
2. A masturbação é um comportamento saudável	5	15.5	25	78.1	2	6.3	-	-	-	-
3. Os profissionais deveriam impedir os utentes de se masturbarem	-	-	2	6.3	3	9.4	18	56.3	9	28.1
4. Se um homem e uma mulher portadores de deficiência mental forem encontrados a ter relações sexuais devem ser mantidos separados	-	-	1	3.1	11	34.4	14	43.8	6	18.8
5. As relações sexuais entre pessoas não casadas são aceitáveis	17	53.1	10	31.3	1	3.1	1	3.1	3	9.4
6. Um programa de educação sexual provocaria mais atividade sexual entre os jovens	-	-	-	-	3	4.7	18	58.1	10	32.3
7. A homossexualidade é aceitável desde que haja consentimento mútuo entre os parceiros	11	34.4	18	56.3	3	9.4	-	-	-	-
8. Qualquer pessoa, portadora ou não de deficiência mental, tem o direito de ter filhos	5	15.6	11	34.4	11	34.4	5	15.6	-	-
9. Se uma pessoa menor for a uma consulta por causa de uma doença sexualmente transmissível, deve comunicar-se esse fato aos pais	13	40.6	12	37.5	3	9.4	4	12.5	-	-
10. Responder a todas as questões sobre sexo que as crianças colocam pode criar-lhes uma preocupação excessiva sobre esse tema	-	-	1	3.1	5	15.6	16	50	10	31.3
11. Deveria existir um controlo mais eficaz do conteúdo dos filmes, revistas e livros	3	9.4	16	50	6	18.8	4	12.5	13	40.6
12. Os jovens portadores de deficiência mental necessitam de ter momentos para se encontrar em privado com pessoas do sexo oposto	3	10	11	36.7	12	40	3	10	1	3.3
13. Deveriam ser permitidos comportamentos homossexuais entre pessoas portadoras de deficiência mental	5	16.1	7	22.6	15	48.4	3	9.7	1	3.2
14. O acesso fácil pelos jovens aos métodos contraceptivos tem causado a corrupção da sua moral sexual	-	-	1	3.1	5	15.6	16	50	10	31.3
15. Desde que não magoem outras pessoas, as pessoas portadoras de deficiência mental têm o direito de viver a sua vida sexual como desejarem	12	37.5	14	43.8	4	12.5	1	3.1	1	3.1

<b>(Cont.)</b>										
<i>Itens</i>	<b>Concordo Totalmente</b>		<b>Concordo</b>		<b>Indeciso/a</b>		<b>Discordo</b>		<b>Discordo totalmente</b>	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
16. As pessoas portadoras de deficiência mental deveriam ter acesso a métodos contraceptivos quando o desejassem	14	45.2	10	32.3	4	12.9	3	9.7	-	-
17. A educação sexual deveria ser feita de forma separada para rapazes e para raparigas	-	-	1	3.1	2	6.3	13	40.6	16	50
18. Os métodos contraceptivos deveriam ser explicados aos jovens antes de serem sexualmente ativos	13	40.6	14	43.8	2	6.3	2	6.3	1	3.1
19. As pessoas portadoras de deficiência mental têm o direito de fazer escolhas próprias quanto à sua vida sexual	7	21.9	10	31.3	11	34.4	3	9.4	1	3.1
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	3	9.4	7	21.9	6	18.8	8	25	8	25
21. As posições usadas nas relações sexuais nunca deveriam ser abordadas, mesmo que os utentes fizessem perguntas sobre esse assunto	-	-	1	3.1	1	3.1	20	62.5	10	31.3
22. Os fatos relacionados com as drogas, a sexualidade e o álcool deveriam ser ensinados ao mesmo tempo	2	6.3	8	25	2	6.3	15	40.6	7	21.9
23. As pessoas portadoras de deficiência mental têm, em geral, desejos sexuais superiores ao habitual	-	-	4	12.9	11	34.4	8	25	8	25
24. É perigoso falar sobre sexo a algumas pessoas	2	6.3	5	15.6	7	21.9	11	34.4	7	21.9
25. Os homens têm mais desejo sexual do que as mulheres	-	-	3	9.4	6	18.8	16	50	7	21.9
26. Em geral, a permissividade sexual pré-matrimonial resulta, mais tarde, em problemas conjugais	-	-	-	-	7	21.9	10	31.3	15	46.9
27. As pessoas homossexuais não deveriam ser autorizadas a ensinar em escolas públicas	1	3.1	1	3.1	-	-	9	28.1	21	65.6
28. Deveria preocupar-me com a possibilidade de um utente homossexual poder influenciar os outros	-	-	3	9.4	4	12.5	13	40.6	12	37.5

<b>(Cont.)</b>										
<i>Itens</i>	<b>Concordo Totalmente</b>		<b>Concordo</b>		<b>Indeciso/a</b>		<b>Discordo</b>		<b>Discordo totalmente</b>	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
29. Nas instituições para pessoas portadoras de deficiência mental deveriam existir espaços para os comportamentos privados dos utentes	2	6.3	5	15.6	14	43.8	9	28.1	2	6.3
30. As mulheres portadoras de deficiência mental são mais promíscuas do que as mulheres em geral	-	-	2	6.3	7	21.9	11	34.4	12	37.5
31. Um adulto casado que se masturba, de forma esporádica, tem, provavelmente, uma relação conjugal perturbada	-	-	1	3.1	3	9.4	16	50	12	37.5
32. A maioria dos adultos portadores de deficiência mental buscará sempre alguma maneira de obter prazer sexual	5	15.6	17	53.1	6	18.8	2	6.3	2	6.3
33. As pessoas que não têm capacidade para viver sozinhas não se deveriam casar	1	3.1	2	6.3	10	31.3	9	28.1	10	31.3
34. As instituições deveriam manter os utentes de cada sexo tão separados quanto possível	-	-	-	-	-	-	12	37.5	20	62.5
35. As pessoas portadoras de deficiência mental têm um desejo sexual menos intenso do que as outras pessoas	-	-	1	3.1	9	28.1	12	37.5	10	31.3
36. Deveriam existir lares residenciais para pessoas portadoras de deficiência mental casadas	5	16.1	14	45.2	7	22.6	3	9.7	2	6.5
37. A homossexualidade deveria ser legalmente proibida	1	3.1	-	-	1	3.1	9	28.1	21	65.6
38. Nas instituições, os profissionais deveriam impedir os comportamentos homossexuais	-	-	3	9.4	6	18.8	10	31.3	13	40.6
39. O Estado deveria fornecer, gratuitamente, métodos contraceptivos aos utentes das residências para pessoas portadoras de deficiência mental	11	34.4	14	43.8	4	12.5	2	6.3	1	3.1
40. As pessoas portadoras de deficiência mental têm o direito a ter relações sexuais, se assim o desejarem	9	28.1	13	40.6	8	25	2	6.3	-	-
41. Eu estou à vontade para responder a perguntas sobre a maior parte dos comportamentos sexuais	4	12.1	16	50	7	21.9	5	15.6	-	-
42. Eu sinto que estou bem informado/a sobre os fatos e comportamentos de natureza sexual	2	6.3	20	62.5	2	6.3	8	25	-	-
43. Um aconselhamento ou uma terapia sexuais seriam benéficos para mim	-	-	3	10	9	30	10	33.3	8	26.7

<b>(Cont.)</b>										
<i>Itens</i>	<b>Concordo Totalmente</b>		<b>Concordo</b>		<b>Indeciso/a</b>		<b>Discordo</b>		<b>Discordo totalmente</b>	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
44. Provavelmente, a maioria das pessoas tem atitudes conservadoras quanto às questões de natureza sexual	7	21.9	16	50	3	9.4	5	15.6	1	3.1
45. A maioria das pessoas portadoras de deficiência mental que eu conheço não tem capacidade para tomar decisões sobre questões de natureza sexual	1	3.1	14	43.8	6	18.8	9	20.1	2	6.3

Devido à extensão do Quadro 3, optamos por não fazer qualquer comentário ao mesmo, e construir uma nova tabela em versão simplificada, que nos permita analisar os dados mais facilmente. Para tal, decidimos analisar, em conjunto, as respostas “Concordo completamente e Concordo” e as respostas “Discordo e Discordo completamente”.

<b>Quadro 4 – Tabela de Frequência (Simplificada): Escala SMRAI - Questionário dos Profissionais</b>				
<i>Itens</i>	<b>Concordo Totalmente/ Concordo</b>		<b>Discordo/ Discordo totalmente</b>	
	n	%	n	%
1. Hoje em dia há demasiada educação sexual nas escolas	1	3.1	25	78.1
2. A masturbação é um comportamento saudável	30	93.6	-	-
3. Os profissionais deveriam impedir os utentes de se masturbarem	2	6.3	27	84.4
4. Se um homem e uma mulher portadores de deficiência mental forem encontrados a ter relações sexuais devem ser mantidos separados	1	3.1	20	62.6
5. As relações sexuais entre pessoas não casadas são aceitáveis	27	84.4	4	12.5
6. Um programa de educação sexual provocaria mais atividade sexual entre os jovens	-	-	28	90.4
7. A homossexualidade é aceitável desde que haja consentimento mútuo entre os parceiros	29	90.7	-	-
8. Qualquer pessoa, portadora ou não de deficiência mental, tem o direito de ter filhos	16	50.0	5	15.6
9. Se uma pessoa menor for a uma consulta por causa de uma doença sexualmente transmissível, deve comunicar-se esse fato aos pais	25	78.1	4	12.5
10. Responder a todas as questões sobre sexo que as crianças colocam pode criar-lhes uma preocupação excessiva sobre esse tema	1	3.1	26	81.3

<b>(Cont.)</b>				
<i>Itens</i>	<b>Concordo Totalmente/ Concordo</b>		<b>Discordo/ Discordo totalmente</b>	
	n	%	N	%
11. Deveria existir um controlo mais eficaz do conteúdo dos filmes, revistas e livros	19	59.4	7	21.9
12. Os jovens portadores de deficiência mental necessitam de ter momentos para se encontrar em privado com pessoas do sexo oposto	14	46.7	4	13.3
13. Deveriam ser permitidos comportamentos homossexuais entre pessoas portadoras de deficiência mental	12	38.7	4	12.9
14. O acesso fácil pelos jovens aos métodos contraceptivos tem causado a corrupção da sua moral sexual	1	3.1	26	81.3
15. Desde que não magoem outras pessoas, as pessoas portadoras de deficiência mental têm o direito de viver a sua vida sexual como desejarem	26	81.3	2	6.3
16. As pessoas portadoras de deficiência mental deveriam ter acesso a métodos contraceptivos quando o desejassem	24	77.5	3	9.7
17. A educação sexual deveria ser feita de forma separada para rapazes e para raparigas	1	3.1	29	90.6
18. Os métodos contraceptivos deveriam ser explicados aos jovens antes de serem sexualmente ativos	27	84.4	3	9.4
19. As pessoas portadoras de deficiência mental têm o direito de fazer escolhas próprias quanto à sua vida sexual	17	53.2	4	12.5
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	10	31.3	16	50
21. As posições usadas nas relações sexuais nunca deveriam ser abordadas, mesmo que os utentes fizessem perguntas sobre esse assunto	1	3.1	30	93.8
22. Os fatos relacionados com as drogas, a sexualidade e o álcool deveriam ser ensinados ao mesmo tempo	10	31.3	20	62.5
23. As pessoas portadoras de deficiência mental têm, em geral, desejos sexuais superiores ao habitual	4	12.9	16	50
24. É perigoso falar sobre sexo a algumas pessoas	7	21.9	18	56.3
25. Os homens têm mais desejo sexual do que as mulheres	3	9.4	23	71.9
26. Em geral, a permissividade sexual pré-matrimonial resulta, mais tarde, em problemas conjugais	-	-	25	78.2
27. As pessoas homossexuais não deveriam ser autorizadas a ensinar em escolas públicas	2	6.3	30	93.7

<b>(Cont.)</b>				
<i>Itens</i>	<b>Concordo Totalmente/ Concordo</b>		<b>Discordo/ Discordo totalmente</b>	
	n	%	N	%
28. Deveria preocupar-me com a possibilidade de um utente homossexual poder influenciar os outros	3	9.4	25	78.1
29. Nas instituições para pessoas portadoras de deficiência mental deveriam existir espaços para os comportamentos privados dos utentes	7	21.9	11	34.4
30. As mulheres portadoras de deficiência mental são mais promíscuas do que as mulheres em geral	2	6.3	23	71.9
31. Um adulto casado que se masturba, de forma esporádica, tem, provavelmente, uma relação conjugal perturbada	1	3.1	28	87.5
32. A maioria dos adultos portadores de deficiência mental buscará sempre alguma maneira de obter prazer sexual	22	68.7	4	12.6
33. As pessoas que não têm capacidade para viver sozinhas não se deveriam casar	3	9.4	19	59.4
34. As instituições deveriam manter os utentes de cada sexo tão separados quanto possível	-	-	32	100
35. As pessoas portadoras de deficiência mental têm um desejo sexual menos intenso do que as outras pessoas	1	3.1	22	68.8
36. Deveriam existir lares residenciais para pessoas portadoras de deficiência mental casadas	19	61.3	5	16.2
37. A homossexualidade deveria ser legalmente proibida	1	3.1	30	93.7
38. Nas instituições, os profissionais deveriam impedir os comportamentos homossexuais	3	9.4	23	71.9
39. O Estado deveria fornecer, gratuitamente, métodos contraceptivos aos utentes das residências para pessoas portadoras de deficiência mental	25	78.2	3	9.4
40. As pessoas portadoras de deficiência mental têm o direito a ter relações sexuais, se assim o desejarem	22	68.7	2	6.3
41. Eu estou à vontade para responder a perguntas sobre a maior parte dos comportamentos sexuais	20	62.5	5	15.6
42. Eu sinto que estou bem informado/a sobre os fatos e comportamentos de natureza sexual	22	68.8	8	25
43. Um aconselhamento ou uma terapia sexuais seriam benéficos para mim	3	10.0	18	60.3
44. Provavelmente, a maioria das pessoas tem atitudes conservadoras quanto às questões de natureza sexual	23	71.9	6	18.7
45. A maioria das pessoas portadoras de deficiência mental que eu conheço não tem capacidade para tomar decisões sobre questões de natureza sexual	15	46.9	11	15.3

No Quadro 4, começamos por observar que, no *item* 1, apenas 1 (3.1%) dos Profissionais concordam com o fato de haver demasiada educação sexual nas escolas, enquanto 25 (78.1%) discorda. Em relação ao *item* 2, 30 (93.6%) Profissionais concordam que a masturbação é um comportamento saudável. No 3º *item*, 2 (6.3%) Profissionais concordam que devem impedir os utentes de se masturbarem e 27 (84.4%) discordam dessa atitude. Relativamente ao 4º *item* (“Se um homem e uma mulher portadores de deficiência mental forem encontrados a ter relações sexuais devem ser mantidos separados”), 1 (3.1%) Profissional concorda e 20 (62.6%) discordam. No *item* “As relações sexuais entre pessoas não casadas são aceitáveis”, 27 (84.4%) sujeitos concordam e 4 (12.5%) discordam. Acerca do 6º *item* (“Um programa de educação sexual provocaria mais atividade sexual entre os jovens”), 28 (90.4%) sujeitos discordam da afirmação. Relativamente ao *item* 7 (“A homossexualidade é aceitável desde que haja consentimento mútuo entre os parceiros”), 29 (90.7%) Profissionais concordam. No 8º *item* (“Qualquer pessoa, portadora ou não de deficiência mental, tem o direito de ter filhos”) 16 (50.0%) sujeitos concordam e apenas 5 (15.6%) discordam. O *item* nº9 (“Se uma pessoa menor for a uma consulta por causa de uma doença sexualmente transmissível, deve comunicar-se esse fato aos pais”), 25 (78.1%) Profissionais concordam e 4 (12.5%) discordam. No 10º *item* (“Responder a todas as questões sobre sexo que as crianças colocam pode criar-lhes uma preocupação excessiva sobre esse tema”), 1 (3.1%) Profissional concorda e 26 (81.3%) discordam. Em relação ao *item* 11 (“Deveria existir um controlo mais eficaz do conteúdo dos filmes, revistas e livros”), 19 (59.4%) sujeitos concordam e 7 (21.9%) discordam. Relativamente ao 12º *item* (“Os jovens portadores de deficiência mental necessitam de ter momentos para se encontrar em privado com pessoas do sexo oposto”), 14 (46.7%) inquiridos concordam e 4 discordam (13.3%). Em relação ao *item* 13 (“Deveriam ser permitidos comportamentos homossexuais entre pessoas portadoras de deficiência mental”), 12 (38.7%) Profissionais concordam e 4 (12.9%) discordam. No *item* 14 (“O acesso fácil pelos jovens aos métodos contraceptivos tem causado a corrupção da sua moral sexual”), 1 (3.1%) Profissional concorda e 26 (81.3%) discordam. Acerca do *item* 15 (“Desde que não magoem outras pessoas, as pessoas portadoras de deficiência mental têm o direito de viver a sua vida sexual como

desejarem”), 26 (81.3%) Profissionais concordam e 2 (6.3%) discordaram. Em relação ao *item* 16 (“As pessoas portadoras de deficiência mental deveriam ter acesso a métodos contraceptivos quando o desejassem”), 24 (77.5%) sujeitos concordam e 3 (9.7%) discordam. No *item* 17 (“A educação sexual deveria ser feita de forma separada para rapazes e para raparigas”), apenas 1 sujeito concorda (3.1%) e 29 (90.6%) discordam, com o contrário a acontecer no 18º *item* (“Os métodos contraceptivos deveriam ser explicados aos jovens antes de serem sexualmente ativos”), em que 27 (84.4%) Profissionais concordam e apenas 3 (9.4%) discordam. No *item* 19 (“As pessoas portadoras de deficiência mental têm o direito de fazer escolhas próprias quanto à sua vida sexual”), 17 (53.2%) Profissionais concordam e 4 (12.5%) discordam. No *item* 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”), 10 (31.3%) sujeitos concordam e 16 (50.0%) discordam. Em relação ao *item* 21 (“As posições usadas nas relações sexuais nunca deveriam ser abordadas, mesmo que os utentes fizessem perguntas sobre esse assunto”), apenas 1 (3.1%) Profissional discorda e 30 (93.8%) discordam. No *item* 22 (“Os fatos relacionados com as drogas, a sexualidade e o álcool deveriam ser ensinados ao mesmo tempo”), 10 (31.1%) sujeitos concordam e 20 (62.5%) discordam. Relativamente ao *item* 23 (“As pessoas portadoras de deficiência mental têm, em geral, desejos sexuais superiores ao habitual”), 4 (12.9%) Profissionais concordaram e 16 (50.0%) discordaram. No *item* 24 (“É perigoso falar sobre sexo a algumas pessoas”), 7 (21.9%) sujeitos concordaram e 18 (56.3%) discordaram. No *item* 25 (“Os homens têm mais desejo sexual do que as mulheres”), 3 (9.4%) inquiridos dizem que os homens têm mais desejo sexual do que as mulheres e 23 (71.9%) discordam da afirmação. 25 (78.2%) Profissionais discordam de que “Em geral, a permissividade sexual pré-matrimonial resulta, mais tarde, em problemas conjugais”. Em relação ao *item* 27 (“As pessoas homossexuais não deveriam ser autorizadas a ensinar em escolas públicas”), constatamos que 2 (6.3%) Profissionais concordam e 30 (93.7%) discordam. Quanto ao *item* 28, 3 (9.4%) Profissionais concordam que eles próprios deveriam preocupar-se com a possibilidade de um utente homossexual poder influenciar os outros, enquanto 25 (78.1%) discordam da afirmação. No *item* 29, 7 (21.9%) Profissionais concordam

que deveriam existir espaços para os comportamentos privados dos utentes nas instituições para pessoas portadoras de DM, enquanto 11 (34.4) discordam. No *item 30* (“As mulheres portadoras de deficiência mental são mais promíscuas do que as mulheres em geral”), 2 (6.3%) sujeitos concordam e 23 (71.9) discordam. Relativamente ao *item 31* (“Um adulto casado que se masturba, de forma esporádica, tem, provavelmente, uma relação conjugal perturbada”), apenas 1 (3.1%) sujeito concorda e 28 (87.5%) discordam. No *item 32*, 22 (68.7%) dos Profissionais concordam que “A maioria dos adultos portadores de deficiência mental buscará sempre alguma maneira de obter prazer sexual” e apenas 4 (12.6%) discordam. Em relação ao *item 33* (“As pessoas que não têm capacidade para viver sozinhas não se deveriam casar”), 3 (9.4%) sujeitos concordam e 19 (59.4%) discordam. Em relação ao *item 34*, a discordância é completa, uma vez que os 32 (100.0%) Profissionais discordam de que “As instituições deveriam manter os utentes de cada sexo tão separados quanto possível.” No *item 35* (“As pessoas portadoras de deficiência mental têm um desejo sexual menos intenso do que as outras pessoas”), apenas 1 (3.1%) sujeito concorda e 22 (68.8%) discordam. Quanto ao *item 36* (“Deveriam existir lares residenciais para pessoas portadoras de deficiência mental casadas”), 19 (61.3%) Profissionais concordam e apenas 5 (16.2%) discordam. Nos *itens 37* (“A homossexualidade deveria ser legalmente proibida”) e *38* (“Nas instituições, os profissionais deveriam impedir os comportamentos homossexuais”) constatamos 3.1% (n=1) e 9.4% (n=3) de sujeitos que, respetivamente, concordaram com estes fatos e 93.7% (n=30) e 71.9% (n=23) de sujeitos que discordaram. No *item 39* (“O Estado deveria fornecer, gratuitamente, métodos contraceptivos aos utentes das residências para pessoas portadoras de deficiência mental”), verificamos que a maior parte dos Profissionais (n=25=78.2%) concordam com o item e apenas 9.4% (n=3) Profissionais é que discordaram. No *item 40*, 22 (68.7%) dos Profissionais concordam que as pessoas portadoras de deficiência mental têm o direito a ter relações sexuais, se assim o desejarem e apenas 2 (6.3%) Profissionais discordam. Concordam com o *item 41* (“Eu estou à vontade para responder a perguntas sobre a maior parte dos comportamentos sexuais”), 20 (62.5%) dos sujeitos e discordam 5 (15.6%). No *item 42* (“Eu sinto que estou bem informado/a sobre os fatos e comportamentos de natureza sexual”) 68.8% (n=22) dos

inquiridos concordam e 25.0% (n=8) discordam. Relativamente ao *item* 43, apenas 10.0% (n=3) dos sujeitos concordam que “Um aconselhamento ou uma terapia sexuais seriam benéficos para eles mesmos”, enquanto 60.3% (n=18) discordam deste fato. No *item* 44, a maior parte dos Profissionais (n=23=71.9%) concordam que “Provavelmente, a maioria das pessoas tem atitudes conservadoras quanto às questões de natureza sexual” e apenas 18.7% (n=6) discordam da afirmação. Por último, no *item* 45, 15 (46.9%) Profissionais concordam que “A maioria das pessoas portadoras de deficiência mental que conhecem não tem capacidade para tomar decisões sobre questões de natureza sexual” e 11 (15.3%) sujeitos discordam.

Como podemos verificar neste quadro, nem sempre obtivemos a totalidade das respostas dos 32 Profissionais.

No quadro seguinte apresentamos os resultados obtidos segundo a classificação de Ivone Félix relativo às atitudes dos Profissionais face à DMP.

<b>Quadro 5 – Tabela de Frequência das Atitudes dos Profissionais Face à Deficiência Mental Profunda</b>			
<b>Pontuação</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Classificação</b>
40 - 80	0	0.0	Atitude muito conservadora
81-120	4	14.3	Atitude conservadora
121 - 160	24	85.7	Atitude liberal
161 - 200	0	0.0	Atitude muito liberal

Através do Quadro 5, podemos verificar que existem 4 tipos de atitude face à sexualidade do indivíduo com DMP, nomeadamente: atitude muito conservadora (pontuação entre 40 e 80), atitude conservadora (pontuação entre 81 e 120), atitude liberal (pontuação entre 121 e 160) e atitude muito liberal (pontuação entre 161 e 200). Assim, podemos afirmar que 14.3% (n=4) dos Profissionais possuem uma atitude conservadora e 85.7% (n=24) têm uma atitude liberal. Verificamos, ainda, que neste estudo não existem Profissionais com atitudes muito conservadoras ou com atitudes muito liberais (n=0=0.0%).

Em seguida, apresentamos os valores de *Alpha de Cronbach* da escala total e das duas sub-escalas (sub-escala de atitudes face à sexualidade em geral e sub-escala face à sexualidade na deficiência) para conhecer a sua consistência interna.

<b>Quadro 6 – Alpha de Cronbach da Escala Total e das duas Sub-escalas da SMRAI</b>			
<b>Escala</b>	<b>Itens</b>	<b>Nº de Itens</b>	<b>Alpha de Cronbach</b>
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	25	0.546
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	22	0.225
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	0.541

No Quadro 6, observamos o valor do *Alpha de Cronbach* da sub-escala face à sexualidade em geral ( $\alpha=0.546$ ), da subescala face à sexualidade na deficiência ( $\alpha= 0.225$ ) e da escala total ( $\alpha=0.541$ ). Após a análise dos resultados podemos observar que esta escala não apresenta uma boa consistência interna, visto que de acordo com Bryman e Cramer (1993), o  $\alpha$  deve ser igual ou superior a 0.600. A falta de consistência destes valores é provavelmente devido ao fato de termos uma amostra reduzida.

### **6.3. Diferenças Estatisticamente Significativas**

Para verificarmos a existência de diferenças estatisticamente significativas nas respostas aos *itens* do questionário em função das variáveis consideradas como independentes no grupo de Pais e Profissionais, utilizamos o Teste T de *Student* Independente adotando como nível de significância o valor de 5%.

### **6.3.1. Análise dos Questionários dos Pais**

#### **-Gênero**

Considerando o Teste T de *Student* para as amostras independentes e tendo em conta como nível de significância o valor de 0.05, podemos verificar que em relação ao gênero, não existem diferenças estatisticamente significativas.

#### **-Grupo Etário**

Através dos resultados obtidos verificamos que no item “ Em casa devemos falar neste assunto com os nossos filhos”, existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo com idades compreendidas dos 23 aos 35 anos e o grupo dos 56 aos 65 anos (sig=0.031). O grupo de indivíduos com idades entre os 56 e os 65 anos também apresenta diferenças estatisticamente significativas com o grupo dos 46 aos 55 anos (sig= 0.049).

#### **-Estado civil**

Em relação à variável estado civil, observamos que não existem diferenças estatisticamente significativas em relação ao estado civil face às atitudes relativas à sexualidade na Deficiência Mental.

#### **-Habilitações Literárias**

Após observarmos os resultados obtidos na nesta variável, observamos que existem diferenças estatisticamente significativas em função das habilitações literárias em 3 itens: “É difícil falar sobre o assunto da afetividade/sexualidade porque é um tema muito delicado”, onde existem diferenças estatisticamente significativas entre os Pais sem escolaridade e os Pais com o ensino secundário (sig=0.048); “ Quando o nosso filho se agarra às pessoas aos beijinhos, penso que é apenas uma manifestação de ternura”, em que existem diferenças estatisticamente significativas entre os Pais sem escolaridade e os Pais com o ensino básico (sig=0.070) e também entre os Pais sem escolaridade e os Pais com o ensino secundário (sig=0.071); “Quando os nossos filhos são encontrados a masturbarem-se devem ser imediatamente repreendidos”, observam-se diferenças estatisticamente significativas entre os Pais sem escolaridade e os Pais com o ensino básico (sig=0.006) e também entre os Pais sem escolaridade e os Pais com o ensino secundário (sig=0.002).

### **-Nível Socio-económico**

Através dos resultados obtidos, após a análise da variância, observamos que as atitudes face à sexualidade na deficiência mental não variam em função do nível socio-económico dos Pais, uma vez que não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre o nível socio-económico face às atitudes relativas à sexualidade na Deficiência Mental.

### **-Religião**

Após a análise dos resultados obtidos através do Teste T de *Student* e tendo em conta como nível de significância o valor de 0.05, podemos verificar que em relação a ser ou não católico, não existem diferenças estatisticamente significativas face às atitudes relativas à sexualidade na deficiência mental. No entanto, quando falamos em ser praticante ou não, já encontramos diferenças estatisticamente significativas em “Não devemos deixar ver aos nossos filhos revistas do tipo “Correio da Manhã” que mostram fotografias seminuas” com um sig=0.039, sendo que os praticantes apresentam uma média inferior ( $\bar{x}$ =1.69, com um desvio de padrão de 0.75) aos não praticantes ( $\bar{x}$ =2.30, com um desvio de padrão de 0.67).

## **6.3.2. Análise dos Questionários dos Profissionais**

### **-Grupo Etário**

Considerando o Teste T de *Student* para as amostras independentes, e tendo em conta como nível de significância o valor de 0.05, podemos verificar que em relação ao grupo etário, existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de indivíduos com idades compreendidas entre os 20 e os 30 anos e o grupo de indivíduos com idades compreendidas entre os 31 e os 40 anos em 4 itens: “Deveriam ser permitidos comportamentos homossexuais entre pessoas portadoras de Deficiência Mental” (sig=0.036), em que o grupo etário [20-30 anos] apresenta uma média inferior ( $\bar{x}$ =2.36, com um desvio padrão de 0.95) ao grupo etário [31-40 anos] ( $\bar{x}$ =3.40, com um desvio padrão de 0.85); “Os métodos contraceptivos deveriam ser explicados aos jovens antes de serem sexualmente

ativos” (sig=0.001), em que o grupo etário [20-30 anos] apresenta uma média inferior ( $\bar{x}$ =1.61, com um desvio padrão de 0.78) ao grupo etário [31-40 anos] ( $\bar{x}$ =3.20, com um desvio padrão de 1.30); “Os homens têm mais desejo sexual do que as mulheres” (sig=0.008), em que o grupo etário [20-30 anos] apresenta uma média superior ( $\bar{x}$ =4.13, com um desvio padrão de 0.76) ao grupo etário [31-40 anos] ( $\bar{x}$ =3.00, com um desvio padrão de 1.00); “Nas instituições os profissionais deveriam impedir os comportamentos homossexuais” (sig=0.012), em que o grupo etário [20-30 anos] apresenta uma média superior ( $\bar{x}$ =4.22, com um desvio padrão de 0.90) ao grupo etário [31-40 anos] ( $\bar{x}$ =3.00, com um desvio padrão de 1.00).

### **-Género**

Em relação à variável género, observamos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres face às atitudes relativas à sexualidade na Deficiência Mental.

### **-Formação Base**

No que diz respeito à formação base dos Profissionais, verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas face às atitudes relativas à sexualidade na Deficiência Mental.

### **-Nível Socioeconómico**

Através dos resultados obtidos, através da análise da variância, verificamos que, em relação ao nível socioeconómico, apenas existem diferenças estatisticamente significativas no *item* “As pessoas portadoras de Deficiência Mental deveriam ter acesso a métodos contraceptivos quando o desejassem” (sig=0.039). A diferença verifica-se entre os Profissionais com o rendimento mensal entre os 501 e 750€ e os Profissionais com um rendimento mensal de mais de 1000€.

### **-Religião**

Em relação à variável religião, encontramos diferenças estatisticamente significativas em função de ser praticante ou não no *item*: “Se um homem e uma

mulher portadores de Deficiência Mental forem encontrados a ter relações sexuais devem ser mantidos separados” (sig=0.043), sendo que os Profissionais praticantes apresentam uma média superior ( $\bar{x}$ =3.50, com um desvio padrão de 0.73) aos Profissionais não praticantes ( $\bar{x}$ =4.06, com um desvio padrão de 0.77).

#### **-Tempo de Atividade Profissional na Área da Deficiência**

No que diz respeito ao tempo de atividade profissional na área da deficiência, verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas face às atitudes relativas à sexualidade na Deficiência Mental.

#### **-Tempo de Atividade Profissional na Instituição**

Após a análise dos resultados, verificamos que há diferenças estatisticamente significativas no item “Hoje em dia há demasiada educação sexual nas escolas” (sig=0.032), sendo que é notória a diferença entre os indivíduos que exercem a sua atividade profissional na instituição há pelo menos 16 anos e no máximo à 23 e aqueles que exercem à pelo menos 24 anos e no máximo à 31. O tempo de atividade profissional na instituição tem uma média de 12.77 e um desvio padrão de 8.67.

## CAPÍTULO VII – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a análise das respostas ao Questionário administrado aos Pais verificou-se que a grande diversidade de opiniões foi referente ao *item* 1: a distribuição percentual foi similar para as três respostas possíveis, o que nos levou a concluir que não existe unanimidade quanto à dificuldade em dialogar sobre a afetividade/sexualidade. Situação inversa foi demonstrada pelos Pais nos *itens* 2 e 3: nenhum dos Pais discordou que se trata de uma manifestação de ternura quando os seus filhos se agarram às pessoas aos beijinhos. Ainda referente ao *item* 3, constatou-se que 1/4 dos pais (26.7%) não conseguem classificar concretamente este tipo de manifestação dos seus filhos.

A grande maioria dos Pais (80.0%) concordou que os seus filhos têm direito a viver a sua vida afetiva, contudo apenas 31.0% concordam com a vivência da sexualidade, apesar de 60.0% deles concordarem com o diálogo acerca desta temática. Assim, concluiu-se que os Pais não concordam com a vivência afetiva dos seus filhos por completo, pois a sexualidade é parte integrante da vida afetiva.

A grande maioria dos Pais não tem opinião formada do tipo de efeito/s provocado/s nos seus filhos face à temática da afetividade/sexualidade abordada nos meios de comunicação social (televisão e/ou jornal).

À semelhança dos *itens* 7 e 9, para os *itens* 8, 10, 11 e 12 também existiu unanimidade nas respostas acerca da atitude a demonstrar aos filhos perante atos de afetividade/sexualidade, pois, de uma forma geral e simplificada, os Pais defendem que os seus filhos não devem ser repreendidos pelos seus atos de afetividade/sexualidade, que esses atos não devem ser desprezados mas sim discutidos/dialogados com o intuito de os orientar nesses comportamentos.

Por sua vez, no último *item* (*item* 13), a posição dos Pais é de indecisão, uma vez que 73.3% dos Pais nem concordam nem discordam com o incentivo das relações afetivas preferenciais dos seus filhos com um colega do sexo oposto.

Após a análise dos questionários dos Pais, verificámos diferenças estatisticamente significativas no grupo etário em relação ao *item* 6 (“Em casa

devemos falar neste assunto com os nossos filhos”), onde, constatamos que o grupo de Pais com idades compreendidas entre os 46 e os 55 anos, apresenta atitudes mais favoráveis do que os grupos com mais e menos idade ([23 – 35] e [56 – 65]), ou seja, os Pais do grupo etário [46 – 55] defendem que devem falar com os seus filhos acerca da sexualidade em casa.

Nas habilitações literárias também encontramos diferenças estatisticamente significativas em 3 *itens*. No *item 1* (“É difícil falar sobre o assunto da afetividade/sexualidade porque é um tema muito delicado?”) há diferenças estatisticamente significativas entre os Pais sem escolaridade e os Pais com o ensino secundário. Posto isto, podemos concluir que os Pais sem escolaridade têm mais dificuldades em falar com os seus filhos sobre o assunto afetividade/sexualidade do que os Pais com o ensino secundário. No *item 3* (“Quando o nosso filho se agarra às pessoas aos beijinhos, penso que é apenas uma manifestação de ternura”) há diferenças estatisticamente significativas entre os Pais sem escolaridade e os Pais com o ensino básico, e entre os Pais sem escolaridade e os Pais com o ensino secundário. Após a análise dos resultados, concluímos que os Pais com o ensino básico e com o ensino secundário, mostram mais certezas quanto à “inocência” do seu filho relativamente a este *item* do que os Pais sem escolaridade. Por fim no *item 10* (“Quando os nossos filhos são encontrados a masturbarem-se, devem ser imediatamente repreendidos”) também se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os Pais sem escolaridade e os Pais com o ensino básico, e entre os Pais sem escolaridade e os Pais com o ensino secundário. Neste item verificamos que os Pais com o ensino básico e secundário têm atitudes mais liberais do que os Pais sem escolaridade. Após a análise dos fatos acima referidos, concluímos que os Pais sem escolaridade têm atitudes mais conservadoras do que os Pais com alguma habilitação literária (ensino básico e secundário), o que pode derivar da falta de conhecimento destes acerca do tema da sexualidade.

Para concluir, também encontramos diferenças estatisticamente significativas entre Pais que são católicos praticantes e não praticantes no *item 9* (“Não devemos deixar ver aos nossos filhos as revistas do tipo “Correio da Manhã” que mostram fotografias seminuas”), em que os Pais praticantes têm uma atitude mais conservadora do que os Pais não praticantes, uma vez que 50.0%

dos Pais praticantes referem que os seus filhos não devem ver revistas do tipo “Correio da Manhã”.

Em relação aos resultados obtidos através dos questionários dos Profissionais, verificamos nos *itens* 1, 6 e 17 que a maioria dos Profissionais pensa que há pouca educação sexual nas escolas (78.1%), e que um programa de educação sexual não iria aumentar a atividade sexual entre os jovens (90.4%); também grande percentagem dos Profissionais (90.6%) defende ainda que esta deve ser lecionada em conjunto a ambos os sexos. Os Profissionais discordam, em maioria (62.5%), que os fatos relacionados com as drogas, sexualidade e álcool deveriam ser ensinados em conjunto (*item* 22). Na nossa opinião, a educação sexual deveria estar presente no quotidiano das pessoas, transmitindo-lhes, assim, os conhecimentos necessários para uma vida sexual saudável.

Tal como acontece nos *itens* 1, 6 e 17, a maioria dos Profissionais também está em concordância nos *itens* 2 e 3, onde defendem que a masturbação é um comportamento saudável (93.6%) e que as pessoas com DM não deveriam ser impedidas de se masturbarem (84.4%). Podemos, então, assumir que a masturbação deve ser encarada como um comportamento sexual integrante da vida de qualquer ser humano.

Os *itens* 5 e 26 relacionam o casamento e as relações sexuais, tendo-se verificado uma unanimidade na opinião dos Profissionais, pois concordam com as relações sexuais entre pessoas não casadas (84.4%) e discordam que relações sexuais pré-matrimoniais possam causar futuros problemas conjugais (78.2%). A nosso ver a opinião dos Profissionais pode ser sustentada com as atitudes da atual sociedade, que encara as relações pré-matrimoniais sem preconceitos, ou pelo menos com menos preconceito do que há tempos.

Os Profissionais defendem que não se deve separar duas pessoas com DM apenas porque foram encontradas a ter relações sexuais (*item* 4 - 62.6%) e defendem o direito destas em viver a sua vida sexual como desejarem desde que não magoem as outras pessoas (*item* 15 - 81.3%). Nesta sequência os Profissionais concordam que as pessoas com deficiência mental necessitam de momentos para se encontrarem em privado com as pessoas do sexo oposto (*item*

12 – 46.7%), contudo, estes concordam que nas instituições não devem existir espaços para os comportamentos privados dos utentes (*item 29* – 34.4%).

Falando agora de comportamentos homossexuais, verificamos nos *itens 7* e *37*, que a grande maioria dos Profissionais concorda que a homossexualidade é aceitável desde que haja consentimento mútuo entre os parceiros (90.7%) e que esta não deveria ser punida ou ser legalmente proibida (93.7%). No que concerne a esta temática nos portadores de DM, *itens 13, 28, 37* e *38*, os Profissionais aceitam e defendem que deveriam ser permitidos comportamentos homossexuais entre pessoas portadoras de deficiência mental (38.7%), não acreditam que uma pessoa homossexual possa influenciar as outras (78.1%) e que as instituições não deveriam impedir este tipo de comportamentos (71.9%).

Falando agora dos *itens 8, 33, 40, 19* e *45*, respetivamente, a maioria dos Profissionais refere que tanto as pessoas sem deficiência como as pessoas com deficiência têm o direito de ter filhos (50.0%), não se opondo ao casamento das pessoas que não têm capacidade para viverem sozinhas (59.4%) e defendem que as pessoas com deficiência têm o direito de ter relações sexuais (68.7%), se assim o desejarem e de fazerem as suas próprias escolhas quanto à sua vida sexual (53.2%). Apesar da posição dos Profissionais, 46.9% referem que a maioria das pessoas com deficiência mental que conhecem, não tem capacidade para tomar decisões sobre questões de natureza sexual. Com base no referido anteriormente, concluímos que os princípios teóricos da conduta ética expostos pelos Profissionais opõem-se à constatação da sua prática, ou seja, defendem as atitudes referentes às relações sexuais, embora constatem que na realidade as pessoas com DM não têm capacidade para assumir tais atitudes.

A opinião dos Profissionais em relação aos métodos contraceptivos (*itens 18, 14* e *16*) é mais uma vez muito homogénea, pois a grande maioria defende que os métodos contraceptivos deveriam ser explicados aos jovens antes de serem sexualmente ativos (84.4%) e discordam que estes têm causado corrupção da sua moral sexual (81.3%). Nesta sequência, os Profissionais defendem que as pessoas com DM deveriam ter acesso aos métodos contraceptivos quando desejassem (77.5%). Posto isto, podemos concluir que os Profissionais dão importância à divulgação e à disposição dos métodos contraceptivos tanto para

peças “ditas normais” como para peças com DM. Este tipo de atitude previne o contágio de DST’s e gravidezes indesejáveis, tal como citado no Capítulo III.

Após a análise dos *itens*, 25 23 e 30 respetivamente, podemos constatar que, no geral, para os Profissionais, os homens não têm mais desejo sexual do que as mulheres (71.9%). Relativamente ao mesmo tema (desejo sexual) verificamos que os Profissionais consideram que as peças com deficiência mental não têm mais desejo sexual do que o habitual (50.0%) e que as mulheres com deficiência não são mais promiscuas do que as mulheres sem deficiência (71.9%). Concluímos que os Profissionais que contatam com as peças com e sem deficiência mental no seu dia-a-dia, constataam que o desejo sexual não é alterado pela limitação intelectual.

Relativamente ao conhecimento dos Profissionais acerca do tema sexualidade (*itens* 42 e 41 respetivamente), a maioria diz estar bem informado acerca dos fatos e comportamentos sexuais (68.8%), sentindo-se, assim, à vontade para responderem às questões sobre esta temática (62.5%).

Em relação às atitudes demonstradas pelos Profissionais, constatámos que nenhum deles tem uma atitude muito conservadora nem muito liberal (0.0%), sendo que a maioria apresenta uma atitude liberal (85.7%) e apenas 14.3% dos Profissionais inquiridos apresentam uma atitude conservadora. Assim, podemos concluir que os Profissionais apresentam uma atitude liberal face à vivência da sexualidade das peças com deficiência mental.

Verificamos diferenças estatisticamente significativas nos questionários dos Profissionais ( $\text{sig} \leq 0.05$ ), no grupo etário em 4 *itens*: nos *itens* 13 (“Deveriam ser permitidos comportamentos homossexuais entre peças portadoras de deficiência mental.”) e 38 (“Nas instituições, os Profissionais deveriam impedir os comportamentos homossexuais”), que abordam a opinião dos Profissionais quanto à temática da homossexualidade, verificamos que os Profissionais com idades compreendidas entre os 31 e 40 anos demonstram atitudes mais liberais face aos comportamentos homossexuais do que os Profissionais com idades inferiores, o que não era previsível, pois seria de esperar este tipo de atitudes nos grupos etários de idades inferiores e não o contrário como verificamos (Tal constatação poderá estar relacionada com a amostra, pois há um maior número de Profissionais no grupo etário [31-40] anos).

No *item* 18 (“Os métodos contraceptivos deveriam ser explicados aos jovens antes de serem sexualmente ativos”) todos os Profissionais demonstram o quão importante se trata a divulgação e explicação dos métodos contraceptivos, contudo o grupo etário [31-40] realça-se ao grupo etário mais jovem com mais respostas de concordância.

Por fim, o *item* 25 (“Os homens têm mais desejo sexual do que as mulheres”) com diferenças estatisticamente significativas ( $\text{sig}=0.008$ ), entre o grupo etário [20 – 30] e [31 – 40], donde podemos concluir que, embora a opinião seja unânime entre os grupos etários, o grupo com idades superiores sobrepõe-se ao grupo de idades inferiores com mais respostas a concordar com a afirmação.

Também verificamos diferenças estatisticamente significativas em relativamente ao nível socioeconómico no *item* 16 (“As pessoas portadoras de deficiência mental deveriam ter acesso a métodos contraceptivos quando o desejassem”), onde podemos verificar que os Profissionais com um nível socioeconómico compreendido entre [501€ – 750€] têm uma opinião mais conservadora em relação aos Profissionais com um nível socioeconómico superior (+ 1000€), podendo deduzir que os Profissionais com maiores rendimentos tiveram uma formação melhor, permitindo-lhes adquirir mais conhecimentos que, por sua vez, originam atitudes mais permissivas.

Na religião verificamos diferenças estatisticamente significativas entre os praticantes e não praticantes no *item* 4 (“Se um homem e uma mulher portadores de deficiência mental forem encontrados a ter relações sexuais devem ser mantidos separados”), constatando-se que os Profissionais não praticantes têm atitudes mais liberais relativamente aos praticantes. Julgamos que esta diferença de atitudes se deve ao fato de a igreja considerar a sexualidade como um ato conjugal que apenas deve ser concebido após o matrimónio, e não como um ato prazeroso.

Por último, observamos que há diferenças estatisticamente significativas em relação ao tempo de trabalho na instituição no *item* 1 (“Hoje em dia há demasiada educação sexual nas escolas”): os Profissionais que trabalham na instituição há pelo menos 16 anos e no máximo há 23 anos apresentam mais respostas a discordar do que os Profissionais que trabalham na instituição há pelo menos 24 anos e no máximo à 31. Os Profissionais com menos anos na

instituição referem que não há demasiada educação sexual nas escolas, o que poderá estar relacionado ao fato destes Profissionais serem mais jovens e terem uma mente mais aberta.

Para terminar, dizemos que não foi fácil fazer a discussão dos resultados, uma vez que a informação sobre este tema é escassa; por este motivo, não havendo grandes referências aquando da revisão da literatura, optamos por dar a nossa opinião, apesar da reduzida experiência de trabalho nesta área.

## CAPÍTULO VIII – CONCLUSÃO

A sexualidade sempre foi considerada um assunto tabu e ainda nos dias de hoje muitas pessoas têm pensamentos errados acerca da mesma. Em relação à sexualidade na deficiência mental, a nossa sociedade vê-a com preconceito, pois tende a ver a pessoa com deficiência mental, devido à sua própria limitação intelectual, como uma pessoa incapaz, inválida e imperfeita. Um dos grandes problemas da nossa sociedade é ver a deficiência mental como uma doença e não como uma condição; além disso, a sexualidade é muito mais do que a genitalidade, pois também está relacionada com os sentimentos e com a forma com que cada um a exprime.

É importante começar a ver a sexualidade da pessoa com deficiência como algo normal, como uma característica intrínseca de qualquer ser humano, com ou sem deficiência. Em relação a este tema, os Pais têm atitudes protetoras e tratam os seus filhos como seres assexuados, pois alguns simplesmente não estão preparados para responder às curiosidades dos seus filhos, outros recusam-se a dar-lhes essa informação por várias razões: ou porque foram educados assim, ou porque têm medo de despertar curiosidade sobre a sexualidade que leve a outro tipo de problemas como a gravidez, as DST's ou abusos sexuais.

Os Profissionais lidam melhor com esta temática, uma vez que não apresentam atitudes tão conservadoras e também pela forma como foram educados e pelas suas crenças; ao contrário dos Pais, estes vêem a pessoa com deficiência mental como um ser sexuado.

Com o nosso estudo, podemos concluir que os Pais têm atitudes conservadoras, enquanto os Profissionais têm atitudes mais liberais face à vivência da sexualidade das pessoas com deficiência mental profunda. No grupo dos Pais encontramos diferenças estatisticamente significativas em função do nível etário, das habilitações literárias e da religião, mais especificamente entre os praticantes e não praticantes, enquanto no grupo dos Profissionais foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em função do grupo etário, do nível socioeconómico, da religião e do tempo de atividade profissional na instituição, ou seja, verificamos que nos Pais as habilitações literárias têm

bastante influência nas suas atitudes, possivelmente pela diferença de conhecimento entre Pais com e sem escolaridade, enquanto nos Profissionais é no nível socioeconómico que verificamos as principais diferenças, uma vez que, em geral, estes estão quase sempre em concordância.

Na realização desta dissertação verificamos que é fundamental a existência de programas de educação sexual para as pessoas com deficiência mental, de forma a estarem informadas e poderem proteger-se sexualmente, tanto de DST's, como de gravidez indesejada ou abuso sexual. Desta forma, esta população iria esclarecer todas as dúvidas e os próprios Pais e Profissionais poderiam acabar ou minimizar os constrangimentos e expressões discriminatórias das quais os seus filhos são alvo.

A sexualidade é uma característica intrínseca de todo o ser humano e todos e cada um, à sua maneira, têm o direito de vivê-la.

## **CAPÍTULO IX – LIMITAÇÕES DO ESTUDO E SUGESTÕES PARA FUTURAS INVESTIGAÇÕES**

O principal objetivo deste estudo foi conhecer as atitudes dos Pais e Profissionais em relação à vivência da sexualidade da pessoa com deficiência mental profunda. Como já referimos anteriormente, sentimos como principais dificuldades a falta/escassez de referências bibliográficas em relação a este tema e a falta de disponibilidade por parte das instituições no preenchimento dos questionários.

Outra das principais limitações foi o tempo que os Pais e Profissionais demoraram a responder aos questionários.

Na nossa opinião, o questionário dos Pais deviam incluir o grau de parentesco para com a pessoa com deficiência, pois, como dissemos anteriormente, quando nos referimos aos Pais estamos a referir-nos aos tutores legais que podem ser irmãos, tios, entre outros, e o fato de não serem os próprios Pais a responderem aos questionários pode influenciar os resultados.

Para futuras investigações, pensamos que a existência de um estudo que compare as atitudes das pessoas com deficiência e das pessoas sem deficiência seria muito pertinente para podermos verificar quais as diferenças comportamentais em relação à sexualidade entre cada um dos grupos.

## BIBLIOGRAFIA

- Albuquerque, M., & Ramos, S. (2007). A sexualidade na deficiência mental profunda – Um estudo descritivo sobre as atitudes de pais e profissionais. *Psicologia*, obtido em 2 de Agosto de 2011 (em [www.psicologia.com.pt](http://www.psicologia.com.pt)).
- Almeida, P. (2009). A educação sexual na deficiência mental. Pós-graduação. Porto: Escola Superior de Educação Paula Frassinetti. Obtido em 12 de Maio de 2012 (em [repositorio.esepf.pt](http://repositorio.esepf.pt)).
- Almeida, P. (2010). A sexualidade na deficiência mental. Acedido a Maio 15, 2012 em [http://www.ufpe.br/ce/images/graduacao\\_pedagogia/pdf/2010.1/educacaoinclusivasesexualidadeedeficienciaintelectual.pdf](http://www.ufpe.br/ce/images/graduacao_pedagogia/pdf/2010.1/educacaoinclusivasesexualidadeedeficienciaintelectual.pdf).
- American Association on Mental Retardation. (1992). *Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports*. Washington DC: American Association on Mental Retardation.
- Antunes, M. (2007). *Atitudes e comportamento sexual dos estudantes do Ensino Superior*. Lisboa: Formasau.
- Aranha, M. (1995). Integração social do deficiente: Análise conceitual e metodológica. *Temas em Psicologia*, 2, 63-70.
- Aranha, M. & Maia, A. (2005). Relatos de professores sobre manifestações sexuais de alunos com deficiência no contexto escolar. *Interação em Psicologia*, 1, 103 – 116.
- Assumpção, J., Francisco, B., & Sprovieri, M. (2005). *Deficiência mental: Sexualidade e família*. Barueri, SP: Manole.
- Aunos, M., Feldman, M. (2002). Attitudes towards sexuality, sterilization and parenting rights of persons with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 15, 285–296.
- Ballan, M. (2001). Parents as sexuality educators for their children with developmental disabilities. *SIECUS Report*, 29, (3), 14–19.
- Bastos, O., & Deslandes, S. (2005). Sexualidade e o adolescente com deficiência mental: Uma revisão bibliográfica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (2), 389-397.
- Batista, C. & Morales, A. (2010). Compreensão da sexualidade por jovens com diagnóstico de deficiência intelectual. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26, 235-244.

- Bazzo, G., Nota, L., Soresi, S., Ferrari, L., & Minnes, P. (2007). Attitudes of social service providers towards the sexuality of individuals with intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20, 110–115.
- Bernstein, N. (1990). *A sexualidade em adolescentes deficientes mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bertaux, D. (1980). L'approche biographie: Sa validité methodologique, les potentialités. *Cahiers Internationaux de Sociologie*, LXIX, 197-225.7
- Beytut, D., Conk, Z., Isler, A. & Tas, F. (2009). A study on sexuality with the parents of adolescents with intellectual disability. *Sex Disabil*, 27, 229-237
- Bezerra, A. & Macário, R. (2011). *2º ciclo, Educação Sexual na escola*. Editora Educação Nacional.
- Brantlinger, E. (1983) Measuring variation and change in attitudes of residential care staff toward the sexuality of mentally retarded persons. *American Journal on Mental Retardation*, 21 (1), 17-22.
- Brantlinger, E. (1987). Influencing staff attitudes. In: *Mental handicap and sexuality: Issues and perspectives*, A. Craft. Kent: Costello, 177-206.
- Brantlinger, E. (1988). Teacher's perceptions of the sexuality of their secondary students with mild retardation. *Education and Training in Mental Retardation*, 23, 24-27.
- Brown, H. (1994). "An ordinary sexual life?": A review of the normalisation principle a it applies to sexual options of people with learning disabilities. *Disability & Society*, 9, 123–145.
- Brown, R., & Pirtle, T. (2008). Beliefs of professional and family caregivers about the sexuality of individuals with intellectual disabilities: Examining beliefs using a Qmethodology approach. *Sex Education*, 8 (1), 59-75.
- Bryman, A., & Cramer, D. (1993). *Análise de dados para Ciências Sociais*. Oeiras: Celta Editora.
- Camossa, D. & Maia, A. (2003). Relatos de jovens deficientes mentais sobre a sexualidade através de diferentes estratégias. *Paidéia*, 12, 205-214.
- Casarin, S. (1999). Aspectos psicológicos na Síndrome de Down. In Schwartzman, J. (Org.), *Síndrome de Down* (pp. 263 – 285). São Paulo: Mackenzie.
- Cheng, M., & Udry, J. (2005). Sexual experiences of adolescents with low cognitive abilities. *U.S. Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 17 (2), 155-172.
- Costa, E., & Oliveira, K. (2011). A sexualidade segundo a teoria psicanalítica freudiana e o papel dos pais neste processo. *Revista Electrónica do Curso de Pedagogia do Campus Jataí*, 2, 11.

- Cuskelly, M., & Bryde, R. (2004). Attitudes towards the sexuality of adults with an intellectual disability: Parents, support staff and a community sample. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 29, 255–264.
- Cuskelly, M., & Gilmore, L. (2007). Attitudes to sexuality questionnaire (Individuals with an intellectual disability): Scale development and community norms. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 32, 214–221.
- Dickerson M. (1982). New challenges for parents of the mentally retarded in 1980s. *The exceptional child*, 29 (1), 5-12.
- Doll, E., (1941). The essential of an inclusive concept of mental deficiency. *American Journal of Mental Deficiency*, 46, 214-229.
- DSM-IV-TR. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- Duh, J. (1999). Sexual knowledge, attitudes, and experiences of high school students with and without disabilities in Taiwan. *Educ Training Ment Retard Dev Disabil.*, 34 (3), 302-311.
- Embregts, P., Van de Bogaard, K., Hendriks, L., Heestermans, M., Schuitemaker, M., & Van Wouwe, H. (2010). Sexual risk assessment for people with intellectual disabilities. *Research In Developmental Disabilities*, 31 (3) 760-767.
- Félix, I. (2003). Sexualidade e a deficiência mental. *Integrar*, 21, 33-37.
- Félix, I., & Marques, A. (1995). *E nós...somos diferentes? Sexualidade e educação sexual na deficiência mental*. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.
- Ferraroti, F., (1980). Les biographies comme instrument analytique et interprétable. *Cahiers Internationaux de Sociologie*, , LXIX, 228-248
- Ferreira, S. (2009). Eu amo, Tu amas, Eles amam: A afetividade-sexualidade de jovens e adultos com deficiência mental. In Figueiró, M. *Educação sexual: Múltiplos temas, compromissos comuns*. Universidade Estadual de Londrina: Ministério da Educação.
- Forreta, & Marques, (2009). Educação sexual: Conceito, objetivos e estratégias. In Marques (Org.). *Ser Mais. Programa de Desenvolvimento Pessoal e Social para Crianças, Jovens e Adultos Portadores de Deficiência Mental*. Lisboa: APF, 45-48.
- Franco, J. (2012). Sexualidade nas NEE – Trissomia 21: Perspectivas dos docentes do ensino regular do 1º, 2º e 3º ciclo. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Escola Superior de Educação Almeida Garret.

- Freud, G. (1958). A organização genital infantil. In *Obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Delta, 9, 107-177.
- Galea, J., Butler, J., Iacono, T., & Leighton, D. (2004). The assessment of sexual knowledge in people with intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 29 (4) 350-365.
- Giami, A. & D'allones, C. (1984). O Anjo e a fera: As representações da sexualidade dos deficientes mentais pelos pais educadores. In Neto, M. (ed.). *A negação da deficiência: a instituição da diversidade*, (29 - 41). Rio de Janeiro: Achimé Socius.
- Glat, R. (1992). A sexualidade da pessoa com deficiência mental. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 1, (1), 65-74.
- Gordon, P., Tschopp, M., & Feldman, D. (2004). Addressing issues of sexuality with adolescents with disabilities. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 21, (5), 513-527.
- Greydanus, D., Rimsza, M., & Newhouse, P. (2002). Adolescent sexuality and disability. *Adolesc Med: State Art Rev*, 13 (2), 223–247.
- GTES (2005). Relatório Preliminar. Lisboa. [http://www.dgfdc.min-edu.pt/EducaçãoSexual/Relatório\\_Preliminar\\_ES\\_31-10-2005.pdf](http://www.dgfdc.min-edu.pt/EducaçãoSexual/Relatório_Preliminar_ES_31-10-2005.pdf)
- Guest, G. (2000). Sex education: A source for promoting character development in young people with physical disabilities. *Sexuality and Disability*, 18, 137–142.
- Healy, E., McGuire, B., Evans, D., & Carley, S. (2009). Sexuality and personal relationships for people with an intellectual disability. Part I: Service-user perspectives. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53 (11), 905-12
- Holmes, M. (1998). An evaluation of staff attitudes towards the sexual activity of people with learning disabilities. *The British Journal of Occupational Therapy*, 61, 111-115.
- Hosseinkhanzadeh, A., Taher, M., & Esapoor, M. (2012). Attitudes to sexuality in individuals with mental retardation from perspectives of their parents and teachers. *International Journal of Sociology and Anthropology*, 4 (4), 134–146.
- Isler, A., Beytut, D., Tas, F., & Conk, Z. (2009). A study on sexuality with the parents of adolescents with intellectual disability. *Sex. Disabil*, 27 (4), 229–237.
- Katz, G., & Lazcano-Ponce, E. (2008). Sexuality in subjects with intellectual disability an educational intervention proposal for parents and counselors in developing countries. *Salud pública de México*, 50 (2), 239-254.

- Leutar, Z., & Mihokovic, M. (2007). Level of knowledge about sexuality of people with mental disabilities. *Sex Disabil*, 25 (3), 93-109.
- Loureiro, M. (2001). *As representações das mães sobre a sexualidade dos adolescentes com e sem deficiência mental*. Tese de Mestrado. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação.
- Luckasson, R. Coulter, D., Polloway, E., Reiss, S., Schalock, R., Snell, M., Spitalnik, D. & Stark, J., (1992). *A Mental Retardation – Definition, Classification, and Systemas of Supports*. 9.ed Washington (DC): American Association on Mental Retardation.
- Maia A., (2010). Desfazendo mitos para minimizar o preconceito sobre a sexualidade de pessoas com deficiências. *Revista Brasileira de Educação Especial, Marília*, 16 (2), 159-176.
- Maia, A., & Camossa, D. (2002). Relatos de jovens deficientes mentais sobre a sexualidade através de diferentes estratégias. *Paidéia*, 24, 205-214.
- McCabe, M. (1999). Sexual knowledge, experience and feelings among people with disability. *Sex. Disabil*, 17, 57–170.
- Mitchell, L., Doctor, R., & Butler, D. (1978). Attitudes of caretakers toward the sexual behavior of mentally retarded persons. *American Journal of Mental Deficiency*, 83, 289-296.
- Murray, J. & Minnes, P. (1994). Staff attitudes towards the sexuality of persons with intellectual disabilities. *Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities*, 19, 45–52.
- Murphy, N., & Elias, E. (2006). Sexuality of children and adolescents with developmental disabilities. *American Academy of Pediatrics*, 118 (1) 398-402.
- Murphy, N., & Young, P. (2005). Sexuality in children and adolescents with disabilities. *Dev. Med. Child Neurol*, 47, 640–644.
- O'Callaghan, A., & Murphy, G. (2007). Sexual relationships in adults with intellectual disabilities: Understanding the law. *Journal of Intellectual Disability Research*, 1 (7), 197-206.
- Oliver, M., Anthony, A., Leimkuhl, T., & Skillman, G. (2002). Attitudes toward acceptable socio-sexual behaviors for persons with mental retardation: Implications for normalization and community integration. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 37, 193–201.
- OMS, (2010). Promoting sexual and reproductive health for persons with disabilities. [S.l.: WHO/UNFPA]. Disponível em <[http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598682\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598682_eng.pdf)>. Acesso em: 3 de novembro de 2010.

- Owen, F., Griffiths, D., Feldman, M., Sales, C. & Richards, D. (2000). Perceptions of acceptable boundaries of persons with developmental disabilities and their careproviders. *Journal on Developmental Disabilities*, 7, 34–49.
- Pan, J. (2003). *Afetividade e sexualidade na pessoa portadora de deficiência mental*. São Paulo: Edições Loyola.
- Pessoti, I. (1984). *Deficiência mental: Da superstição à ciência*. São Paulo: EDUSP.
- Pinel, A. (1993). A restauração da Vênus de Milo: Dos mitos à realidade sexual da pessoa deficiente. In M. Ribeiro (Org.) *Educação sexual: Novas idéias, novas conquistas*, (307-325). Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos Editora.
- Pinheiro, S. (1996). *Sexualidade do adolescente portador de deficiência mental moderada: A visão dos pais e profissionais envolvidos*. Dissertação de mestrado não publicada, Curso de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento, Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, RS.
- Pinho, J., Menezes, M., & Cardoso, M. (2011). Educação sexual da pessoa com deficiência mental: Uma revisão bibliográfica. *Revista Contemporânea de Educação*, 6 (11), 202-216.
- Ramos, M. (2005). *Sexualidade na diversidade: Atitudes de pais e técnicos face à afetividade e sexualidade da jovem com deficiência mental*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Rose, J., & Jones, C. (1994). Working with parents. In A. Craft (Ed.), *Practice issues in sexuality and intellectual disability*. London: Routledge, 23 - 49.
- Schwartzman, J. (1999). Histórico. In J. Schwartzman (Org.), *Síndrome de Down* (pp. 3-15). São Paulo: Mackenzie.
- Servais, L. (2006). Sexual health care in persons with intellectual disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 12 (1), 48-56.
- Silva, N. (2012). *A sexualidade e a deficiência: Uma visão sobre a educação sexual do adolescente com deficiência*. Tese de mestrado Porto: Escola Superior de Educação Paula Frassinetti.
- Smith, K., Wheeler, B., Pilecki, P., & Parker, T. (1995). The role of the pediatric nurse practitioner in educating teens with mental retardation about sex. *J Pediatr Health Care*, 9 (2), 59–66.
- Tregold, A. (1908), *A mental deficiency*. London: Tindall & Fox.
- Vieira, F., & Pereira, M. (1996). *Se houvera quem me ensinara...* Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Vilelas, J. (2009). *A influência da família e da escola na sexualidade do adolescente*. Lisboa: Formasau, LDA.
- Ward, K., Windsor, R., & Atkinson, J. (2012). A process evaluation of the friendships and dating program for adults with developmental disabilities: Measuring the fidelity of program delivery. *Research in Developmental Disabilities, 33* (1), 69-75.
- Weeks, J. (1995). History, desires, and identities. In: Parker, R., Gagnon, J. (eds.) *Conceiving sexuality*. New York: Routledge, 33–50.
- Whitehouse, M., & McCabe, M. (1997). Sex education programs for people with intellectual disability: How effective are they? *Education Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities, 32* (3), 229–40.
- World Health Organization (1980). *International classification of impairments, disabilities, and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease*. Geneva.
- World Health Organization (1993). *International classification of impairments, disabilities, and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease*. Geneva.
- Woodard, L. (2004). Sexuality and disability. *Clin. Fam. Pract.*, 6, 941–954.

## **ANEXO I – QUESTIONÁRIOS ADMINISTRADOS**

**ANEXO II – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A ADMINISTRAÇÃO DOS  
QUESTIONÁRIOS E RESPOSTA RECEBIDA**