



FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

A Sexualidade na Deficiência Mental Uma Revisão Bibliográfica

Marisol Maria Oliveira Marques

Dissertação de Mestrado em Psiquiatria Social e Cultural, para obtenção do grau de Mestre

Orientação Científica:

Dr. Vitor Manuel Oliveira Rodrigues dos Santos, MD

Dr. Rui Manuel da Costa Soares, MD MSc

2017

“O sonho da igualdade só cresce no terreno do respeito pelas diferenças.”

Augusto Cury.

DEDICATÓRIA

À memória dos meus avós maternos

Que tão cedo partiram,
E mesmo por não estando presentes me acompanharam ao longo deste percurso...

A minha família

Pela compreensão dispensada nos momentos em que estive ausente,
Por me proporcionarem as melhores ferramentas e oportunidades,
Por incentivarem os meus voos,
Por todo o amor e carinho sempre demonstrado...

Ao Pedro Lemos

Pelo amor, carinho e paciência,
Pelas palavras de conforto e incentivo que foram uma constante,
Por seres sempre a minha âncora, o meu Porto Seguro...

Aos meus amigos

Por estarem sempre presentes e disponíveis, nos momentos mais difíceis,
Pelas palavras amigas que se tornaram contribuições valiosas,
Pela força, motivação e todo o apoio.

AGRADECIMENTOS

A presente Dissertação para a obtenção do Grau de Mestre em Psiquiatria Social e Cultural, que para mim constitui um importante momento de aprendizagem, profissional e pessoal, não teria sido possível sem o apoio e colaboração de um conjunto de pessoas, às quais eu gostaria de tornar público o meu reconhecimento e gratidão.

Em primeiro lugar a Deus que esteve sempre comigo nos momentos mais difíceis sem nunca me abandonar.

Ao Professor Doutor Manuel João Quartilho pela fonte dos seus conhecimentos e experiência, pela grande ajuda, presença e disponibilidade ao longo da minha caminhada enquanto mestranda.

Aos meus orientadores Dr. Vítor Manuel Oliveira Rodrigues dos Santos e Dr. Rui Manuel da Costa Soares, por terem aceite orientar este trabalho, pelo material de estudo facultado, pelos conhecimentos transmitidos, pela segurança e rigor impressos em tudo. Pelas discussões e reflexões permanentes, pelas experiências partilhadas, pelo desafio constante, pela colaboração prestada e disponibilidade que sempre demonstraram em ajudar nos momentos mais difíceis e permitiu a concretização desta dissertação.

A todos os docentes, colegas de turma e equipa técnica e de apoio da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, pelo muito que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

Uma palavra muito especial, à Maria Clara Lemos, por ler, discutir, corrigir e revisar o texto escrito.

Aos meus amigos (eles sabem quem são), que com a sua amizade, ajuda e apoio total me acompanharam nesta trajetória, por terem ainda sentido junto comigo, todas as angústias e felicidades, permitindo a conclusão desta dissertação.

Não posso deixar de aqui prestar uma pública homenagem aos meus pais, que desde sempre criaram as melhores condições para que eu pudesse atingir os meus objetivos, pelos valores, princípios, determinação e força sempre inculcadas. Por compreenderem ainda as minhas ausências, e que, com todo o apoio e carinho, nunca me deixaram desanimar.

A minha irmã, pela paciência que sempre demonstrou nos momentos em que tudo parecia correr mal. Obrigada pelo amor, alegria, tempo, sorrisos e atenção sem reservas.

Ao Pedro, ouvinte atento de algumas dúvidas, inquietações, desânimos e sucessos, pelo apoio, pela confiança, pela calma, tranquilidade, incentivo, força prestada, valorização sempre entusiasta do meu trabalho, mas mais que tudo, pela cumplicidade constante com que me acompanhou neste longo percurso.

Por fim, a todas as pessoas com deficiência e aos meus utentes que, com a sua alegria e potencialidades, contribuem para que, dia após dia, me apaixone cada vez mais por aquilo que faço.

A todos vós, que caminharam comigo, **o Meu Muito Obrigada!**

ABREVIATURAS

AAMR - American Association of Mental Retardation

APF – Associação para o Planeamento da Família

AVD - Atividades da Vida Diária

CAO - Centro de Atividade Profissional

CA - Comportamento Adaptativo

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CRP - Constituição da República Portuguesa

CRPG – Centro de Reabilitação Profissional de Gaia

DID – Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental

DM - Deficiência Mental

DSM-V – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

IC - Idade Cronológica

IM - Idade Mental

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAIPDI - Plano de Ação para a Integração das Pessoas com Deficiências ou Incapacidade

QI - Quociente de Inteligência

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

ÍNDICE GERAL

Dedicatória

Agradecimentos

Abreviaturas

Índice Geral

Índice de Quadros e Figuras

Resumo

Abstract

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO I – DEFICIÊNCIA MENTAL	
1.1. Perspetiva Histórica sobre a Deficiência Mental	18
1.2. Definição da Deficiência Mental	23
1.3. Graus da Deficiência Mental	25
1.4. Correntes da Deficiência Mental	29
1.5. Etiologia/Causas da Deficiência Mental	30
1.6. Fisiologia da Deficiência Mental	32
1.7. O Diagnóstico e a Classificação da Deficiência Mental	34
1.8. O Novo Sistema de Classificação C.I.F.	38
1.9. Qualidade de Vida das Pessoa com Deficiência Mental	41
1.10. Atitudes Face à Deficiência Mental	43
1.11. A Pessoa com Deficiência Mental e a Família	45
1.12. Inclusão Social da Pessoa com Deficiência Mental	48
CAPÍTULO II – SEXUALIDADE NA DEFICIÊNCIA MENTAL	
2.1. Aspetos Gerais	56
2.2. Evolução das Concepções sobre a Sexualidade na Deficiência Mental	59
2.3. Aspetos Psicológicos da Sexualidade	60

2.4. A Sexualidade nas Pessoas com Deficiência Mental	65
2.5. Direitos Sexuais da Pessoa com Deficiência Mental	69
2.6. Mitos, Crenças e Preconceitos	74
2.7. Atitudes Face à Sexualidade na Deficiência Mental	77
2.8. Atitudes dos Pais e dos Profissionais Face à Sexualidade na Deficiência Mental	80
2.9. Abusos Sexuais	83
2.10. Sexualidade e Religião	86
2.11. Recursos Pessoais e Sociais do <i>Coping</i>	88
CONCLUSÃO	92
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	94

ÍNDICE DE QUADROS E FIGURAS

QUADRO 1. Número de publicações identificadas por base de dados, no período compreendido de 1994 até o presente	15
QUADRO 2. Graus da Deficiência Mental	27
QUADRO 3. Características dos Graus da Deficiência Mental	27
FIGURA 1. Interação entre os Componentes da CIF	40

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo efetuar uma reflexão sobre o tema da Sexualidade na Deficiência Mental. Neste âmbito, realizámos uma revisão da literatura disponível sobre a temática da deficiência mental, no sentido de aprofundar conhecimentos sobre as suas características, diagnósticos e as necessidades no que concerne à vivência da sexualidade. Paralelamente, pretendemos desmistificar algumas das crenças erróneas, no âmbito da sexualidade, que permanecem nas representações mentais da maioria das pessoas.

A metodologia adotada será a revisão sistemática da literatura a partir de fontes impressas e eletrónicas. Trata-se assim, de uma pesquisa não só de carácter bibliográfico, como a própria vivência enquanto profissional, tendo como objetivo compreender a dinâmica da sexualidade em pessoas com deficiência mental.

Os trabalhos corroboram que os preconceitos, no campo da sexualidade, ainda estão presentes. A sexualidade é um dos aspetos que assume extrema relevância ao longo de toda a existência humana, incorporando parte integral da expressão da personalidade de cada indivíduo. Ao nível da vivência da sexualidade, verifica-se que as pessoas com deficiência mental se deparam, sistematicamente, com obstáculos, perante a sua integração social.

Nota-se, contudo, que muito trabalho há por fazer no campo da sexualidade na deficiência mental, por parte não só da sociedade em geral, mas principalmente pelos profissionais que acompanham estes cidadãos, pessoas que querem e devem fazer parte de uma sociedade, mesmo com as suas diferenças, atendendo que, todo o ser humano tem direito inerente à vida e em condições de igualdade.

PALAVRAS-CHAVE:

Deficiência mental, sexualidade, comportamento adaptativo, qualidade de vida, mitos e atitudes.

ABSTRACT

The present work aims at reflecting on the theme of Sexuality in Mental Deficiency. In this context, we reviewed the available literature on the subject of mental deficiency, in order to deepen knowledge about the characteristics, diagnoses and needs regarding the experience of sexuality. At the same time, we intend to demystify some of the erroneous beliefs in sexuality that remain in the mental representations of most people.

The methodology adopted will be the systematic review of the literature from printed and electronic sources. It is thus a research not only of bibliographic character, but also the experience as a professional, aiming to understand the dynamics of sexuality in people with mental disabilities.

The studies corroborate that the prejudgements in the field of sexuality are still present. Sexuality is one of the aspects that assumes extreme relevance throughout human existence, incorporating an integral part of the expression of the personality of each individual. At the level of the sexuality experience, it is verified that people with mental deficiency systematically face obstacles, before their social integration.

Note, however, there is much work to be done in the field of sexuality in mental disability, not only by society in general, but mainly by the professionals who accompany these citizens, people who want and should be part of a society, even With their differences, given that every human being has the inherent right to life and on an equal basis.

KEY WORDS:

Mental deficiency, sexuality, adaptive behavior, quality of life, myths and attitudes.

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

“A evocação do direito à diferença não pode, em algum caso, fazer esquecer que os pontos comuns entre deficientes e não deficientes são muito mais numerosos do que as diferenças.”

UNESCO (1997).

Na nossa cultura, a pessoa com deficiência mental é vista, pela sociedade em que se encontra inserida e por todos de uma forma geral como um ser assexuado, sem qualquer direito a viver em plenitude, a sua sexualidade e os seus afetos. O tema da sexualidade da pessoa com deficiência é considerada como sendo tabu e por isso é a base de diferentes reações, pontos de vista e de análise em qualquer sociedade que não esteja minimamente sensibilizada para este tema, que desde sempre lançou várias polémicas como alguns mitos e preconceitos. Estas pessoas são consideradas diferentes em todos os aspetos e a sexualidade não é de forma alguma vista como algo comum e natural sob o ponto de vista do cidadão.

Perante tal posição e visão da sociedade há que trabalhar no sentido de desmistificar este tema tão natural como em qualquer pessoa, mas difícil de aceitar nas pessoas com deficiência, uma vez que os vêem como diferentes, impulsivos e até mesmo assexuados. Na esteira do que atrás foi referido, Felix & Marques (1995) citado por Ramos (2005) afirmam que a visão do senso comum sobre a sexualidade das pessoas com deficiência mental, inscreve-se igualmente neste quadro nublado que necessita de ser clarificado e desmistificado, visando superar a sua classificação, quer como “anjos” (assexuados) quer como seres impulsivos, perversos e incontroláveis.

A pesar de toda esta incompreensão e secretarismo, pode-se assim dizer, existe já um grande número da população mundial que começa a aceitar a diferença destas pessoas e a vê-las simplesmente como pessoas carentes, com dificuldades de integração num sistema cultural e social com raízes ancestrais.

Atualmente, existe uma maior consciencialização de que a sexualidade não se esgota no ato sexual uma vez que a mesma é sinónimo de prazer e descoberta, é palavra e gesto, é amizade e afeto, satisfação e sofrimento, enfim, é uma expressão da nossa existência. A sexualidade pode ser expressa, através dos nossos sentimentos, atitudes, bem como dos comportamentos (Alcobia, H. et al 2004 cit. *in* Vieira, 2013).

A sexualidade é um dos aspectos essenciais para o equilíbrio psicossomático e o desenvolvimento integral do ser humano, abrangendo ainda a expressão de uma personalidade histórica e social. Está ainda rodeada de preconceito e discriminação e, quando associada à população com deficiência mental, estes preconceitos adquirem uma dimensão muito mais significativa.

Considerando que, a sexualidade da pessoa com deficiência mental é socialmente aceite como um problema para os membros da sociedade e do meio onde se inserem, vários autores referem, porém, que os profissionais exercem um papel também fundamental na educação sexual do indivíduo com deficiência mental.

Contudo, estes sentem-se, muitas vezes, sem preparação adequada, condicionados pelas próprias regras institucionais, ou pela inexistência destas. Por este motivo, agem frequentemente conforme as suas próprias ideias e atitudes, segundo os parâmetros e conhecimentos, da sua vivência.

Deste modo, as atitudes dos profissionais são reflexos das suas crenças, dos seus valores e não de uma aprendizagem profissional para lidar com este tipo de situações, apesar de a sua atuação ser importante para as experiências sociais e de identidade sexual formada pelo indivíduo com deficiência mental.

É nossa finalidade contribuir para a reflexão sobre o tema da Sexualidade na Deficiência Mental. Neste contexto, pretendemos desmistificar algumas das crenças erróneas, no âmbito da sexualidade, que permanecem nas representações mentais da maioria das pessoas.

A dissertação em questão propõe-se a realizar uma revisão sistemática da literatura científica tendo como objetivo compreender a dinâmica da sexualidade em pessoas com deficiência mental. Neste âmbito, a presente dissertação trata-se de uma pesquisa não experimental, de estudos qualitativos, que visa analisar, relacionar, interpretar e resumir, de forma sistemática e criteriosa os resultados de um conjunto vasto de investigações e publicações.

Para a elaboração deste trabalho foram privilegiadas as fontes primárias de investigação, com recurso às dissertações, teses, livros, originais dos autores de referência e ainda, a seleção de artigos científicos presentes nas seguintes bases de dados on-line: EBSCO, LILACS (Literatura em Ciências da Saúde), Medline/PubMed (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), PsycINFO (American Psychological Association) e SciELO (Scientific Electronic Library Online). A pesquisa compreendeu o período de 1999 até o presente. Foi ainda utilizado o motor de busca Google, como complemento.

Desta forma, na presente revisão sistemática, o processo de pesquisa deu-se através da combinação das palavras-chave: sexualidade, deficiência mental, comportamento adaptativo, qualidade de vida, mitos e atitudes. Foram incluídos trabalhos publicados desde 1994 até o presente, com exceção de 4 artigos (de 1980, 1981, 1990, 1992) por terem sido considerados fundamentais para a temática em causa, na língua portuguesa, espanhola e inglesa e que evidenciassem a realidade não apenas de Portugal, mas também, estudos internacionais, a fim de conhecer outras realidades.

Após a localização dos artigos, foi realizada uma pré-seleção através da leitura e análise do título e do resumo. Quando a informação era pertinente, o artigo era selecionado com base nos critérios de seleção. Segundo Bardin (1997 cit. *in* França, 2013) a análise do conteúdo inclui as seguintes etapas: 1). Pré-análise; 2). Exploração do material e 3). Interpretação dos resultados.

Percebe-se portanto que, na etapa da pré-análise decorreu a escolha das publicações a serem analisadas. Posteriormente estas publicações (os artigos e livros) foram submetidas a uma análise mais profunda para finalmente ser possível realizar interpretações acerca dos temas considerados relevantes (França, 2013).

Os estudos foram identificados nas bases de dados EBSCO, LILACS, Medline/PubMed, PsycINFO e SciELO. Com este propósito, a quantidade de estudos identificados em cada base de dados, utilizando como referências através da chave “sexualidade e deficiência mental”, está descrito no seguinte quadro.

Quadro 1

Número de publicações identificadas por base de dados, no período compreendido de 1994 até o presente.

Base de Dados	Número de Publicações
EBSCO	129
LILACS	83
Medline/PubMed	225
PsycINFO	32
SciELO.	10

Tendo como objetivo discutir as repercussões das atitudes na sexualidade da pessoa com deficiência, foi acrescentada à chave “sexualidade e deficiência mental e atitude”, na base de dados LILACS, foram localizados 4 artigos.

Posto isto, do ponto de vista estrutural, nesta abordagem que nos propomos desenvolver, iremos, no primeiro capítulo, efetuar um breve enquadramento do conceito de deficiência mental, nomeadamente perspectiva histórica, definição, etiologia, correntes. Será também abordado um novo paradigma de deficiência mental e os novos sistemas de classificação.

No segundo capítulo, pretendemos estabelecer o enquadramento concetual sobre a sexualidade da pessoa com deficiência mental, especificamente alguns aspetos gerais sobre a sexualidade, aspetos psicológicos da sexualidade, o desenvolvimento da psicosexual, a construção da identidade sexual, os direitos sexuais destas pessoas, as atitudes dos profissionais face a sexualidade na deficiência mental e outras abordagens. Será ainda considerada a discussão sobre o abuso sexual, tendo em vista a importância do tema.

Para finalizar, no último capítulo serão apresentadas algumas considerações finais assim como uma reflexão sobre o trabalho realizado.

Deste modo, a elaboração da presente dissertação guiou-se pelas orientações para apresentação de teses de mestrado, definidas pela Universidade de Coimbra e as referências bibliográficas seguiram as normas da American Psychological Association (APA).

CAPÍTULO I

DEFICIÊNCIA MENTAL

CAPÍTULO I

1. DEFICIÊNCIA MENTAL

1.1. PERSPETIVA HISTÓRICA SOBRE A DEFICIÊNCIA MENTAL

“A deficiência é uma de entre todas as possibilidades do ser humano, portanto, deve ser considerada, mesmo se as suas causas e consequências se modificam, como um fator natural que nós mostramos e de que falamos do mesmo modo que o que fazemos em relação a todas a outras potencialidades humanas.”

UNESCO (1997).

Está sobejamente implementado na sociedade, essencialmente na comunidade científica, a importância que tem o estudo da doença mental e das pessoas com deficiência, uma vez que, ao integrarem uma sociedade e como tal, fazendo parte da mesma, é necessário saber viver com os mesmos. Como tal, é de extrema importância situar este tema, em termos históricos e sociais, com vista ao aperfeiçoamento de técnicas que visam tão só a sua integração nessa mesma sociedade.

Deve-se ao psiquiatra Philippe Pinel (1809), a primeira tentativa séria da classificação das doenças psíquicas, que agrupou em quatro grandes categorias: manias ou delírios gerais, melancolias ou delírios exclusivos, demências e idiotias (Pinel. cit. in Fernandes da Fonseca, 1985). De facto, o seu contributo foi inegável pois tornou-se o primeiro médico a tentar descrever e classificar algumas perturbações mentais introduzindo o conceito de *“tratamento moral”* (Gama, 2015). Paralelamente, os trabalhos desenvolvidos por Jean Dominique Esquirol, discípulo de Pinel, referiam que devia existir métodos estatísticos, nas observações clínicas, o que promoveria uma reforma da assistência psiquiátrica.

Antes de 1800 a deficiência mental “*não existia*”, nem como problema científico, nem como um problema sociopolítico. Segundo os historiadores, o século XIX trouxe uma rutura com esta praxis e uma mudança de mentalidade. Nesta época surgem os primeiros estudos científicos e pedagógicos “*num clima de entusiasmo humanitário e romântico*” (Amor Pan, 1997 cit. in Almeida, P. 2009).

A história mostra que, a compreensão da deficiência engloba conhecimentos sobre, a construção histórico-cultural dos conceitos, das concepções vigentes e dos critérios científicos para a sua identificação, constatando-se que a postura da sociedade, face à inclusão das pessoas com deficiência, tem vindo a sofrer modificações bastante significativas.

Na antiguidade, a deficiência mental era entendida como um problema relacionado com a religião, uma manifestação do mal, expressão e consequência da desordem do pecado ou um castigo de Deus (Pan, 1997 cit. in Gama, 2015). Sendo que, em “*relação às crianças portadoras de deficiências físicas, a atitude adotada era a da “exposição”, ou seja, o abandono ao relento*” (Aranha, 1979; Pessolli, 1984 cit. in Aranha, 1995).

Já Platão (380 a.c) considerava que as pessoas com deficiência mental não deviam existir na cidade afirmando o autor que, deviam morrer aqueles que receberam um corpo mal organizado: “*deixai-os morrer*” (Moukarzel, 2003 cit. in Gama, 2015). Partindo desta premissa, Platão (s/d) citado por Assumpção & Sprovieri (2005) admite que “*quanto aos corpos de constituição doentia, não se lhes prolongava a vida e os sofrimentos com tratamentos e purgações regradas, que os poriam em condições de se reproduzirem em outros seres fadados, certamente a serem iguais aos progenitores. Acreditava também que não devia curar os que, por frágeis de compleição, não podem chegar ao limite natural da vida, porque isso nem é vantajoso para eles nem para o Estado.*”

Aristóteles, segundo Silva (1986), também manifestou a sua opinião em relação às pessoas com deficiência: “*quanto a saber quais as crianças que se deve abandonar ou educar, deve haver uma lei que proíba alimentar toda criança disforme*” (Gama, 2015). Entretanto, Séneca citado por Amaral (1995) refere “*nós sufocamos os pequenos monstros; nós afogamos até mesmo as crianças quando nascem defeituosas e anormais: não é a cólera, mas sim a razão que nos convida a separar os elementos sãos dos indivíduos nocivos*” (Idem, 2015).

Em Roma, verifica-se que a compra de pessoas com deficiência mental para diversão em espetáculos era recorrente, expondo-as ao ridículo e usando-as para agradar ao

público-alvo. Este pensamento é corroborado por Silva (1986) quando cita Will Durant que afirmava: *"existia em Roma um mercado especial para compra e venda de homens sem pernas ou braços, de três olhos, gigantes, anões, hermafroditas"* (Gama, 2015).

Curiosamente, a História mostra-nos que, na Idade Média, a pessoa com deficiência era considerada como sendo *"o diferente não produtivo (deficiente) adquire, nesta época, status humano, também possuidor de uma alma"* (Aranha, 1995). Com efeito, aparecem os primeiros asilos, orfanatos e hospitais para as pessoas com deficiência mental, começando a perspetivar-se que estes poderiam alcançar algumas melhorias no desenvolvimento das suas capacidades e que poderia existir algum tipo de terapia e reabilitação para estas pessoas. (Mourkazel, 2003 cit. in Gama, 2015). Assim, no que concerne ao final do século XV, as pessoas com deficiência eram consideradas doentes, isto é, eram vistas como um problema de foro médico e não um problema espiritual (Silva, 2012).

Os séculos XVII e XVIII são palco de alguns avanços na Medicina que beneficiaram positivamente as pessoas com deficiência mental (Pan, 1997 cit. in Gama, 2015). Com efeito, a pessoa com deficiência mental passa a ser vista como paciente com o intuito de atingir a sua recuperação funcional e a sua reinserção social. Em Portugal, lentamente, os asilos dão lugar a instituições de cariz mais humanizante, movidos por um espírito de entreatajuda, alterando o paradigma motivacional de caridade para solidariedade (Félix, 2003 cit. in Gama, 2015).

Morato (1995) citado por Gomes & Castilho (2003) postula que: *"apesar de quase 200 anos de história de revolução científica que caracterizam o estado atual de evolução desde o passado século iluminista, pode-se verificar que existe uma lentidão na mudança de uma nova ordem moral, face à deficiência mental, que se traduz ainda pela manutenção de um atitude social de rejeição/segregação, em desfavor da atitude de aceitação e compreensão da diferença."*

Ao longo da segunda metade do séc. XX, observa-se que existe uma mudança no conceito adquirido pela sociedade, sobre estas pessoas e sobre as formas de intervir no sentido do seu desenvolvimento pleno. *"Das concepções médico orgânicas, passou-se a concepções psicológicas, de tipo psicométrico, e destas, passou-se a uma concepção multidimensional, centrada no funcionamento do indivíduo inserido no ambiente que o rodeia"* (Almeida, P. 2009).

A deficiência mental é assim perspetivada de uma outra forma, surgindo uma disparidade de conceitos sobre esta temática. Tendo em conta a implementação da

escolaridade obrigatória, na maior parte dos países desenvolvidos nasce, neste período, a primeira abordagem ao conceito de deficiência mental, em termos operacionais.

Neste contexto, surgem as primeiras abordagens de classificação da deficiência mental fundamentada na relação estabelecida entre uma baixa capacidade intelectual, medida através de testes de inteligência e a consequente dificuldade em aprender. Não obstante, a implementação das técnicas de análise factorial permitiram medir a capacidade intelectual do indivíduo, e estabelecer uma correlação com outras medidas de conhecimento escolar, determinando-se assim a inteligência do indivíduo (Garcia, A. I., 2011).

O período da Segunda Grande Guerra Mundial é caracterizado por uma atitude de mudança, devido à evolução científica, assim como pelo esforço do “*movimento humanitário*” em prol dos direitos humanos, agregado ao desenvolvimento dos ideais de democracia e igualdade (Garcia, A. I., 2011). Estudos revelam que, neste período, o contexto social condicionou e propiciou assim uma nova conceção da pessoa com deficiência. Assim, as pessoas com deficiência mental aprendem, integram-se e adaptam-se a situações que outrora lhes eram totalmente desconhecidas - tornam-se socialmente úteis, acentuando a tónica de que a pessoa com deficiência consegue ultrapassar os limites que a sua condição lhe impõe (Marin, Katz & Yague, 1992 cit. *in* Gama, 2015).

A definição psicométrica da deficiência mental surge no ano de 1905, com o aparecimento da primeira escala métrica da inteligência, pela mão de Alfred Binet e do seu aluno Théodore Simon (Albuquerque, 2000). Os autores partiram da premissa de que, a inteligência é um atributo bastante geral, que se manifesta em muitas esferas do funcionamento cognitivo.

Estes autores elaboraram escalas de medida objetiva, baseadas na comparação entre as realizações intelectuais de indivíduos da mesma idade. A inteligência dos sujeitos é medida pela idade mental, dependendo esta do número e idade própria das provas superadas e não da idade cronológica.

Vendo desta forma, Morato (1998, cit. *in* Lourenço, 2011) considera que, estes testes de inteligência tinham como objetivo construir um instrumento, capaz de determinar quantitativamente as limitações intelectuais no indivíduo, e dispunham subjacentes teorias de capacidade geral ou de aptidões. Este novo sistema assentava, predominantemente, numa perspetiva clínica e, conseqüentemente, na identificação e classificação, como forma de legitimar a seleção das crianças.

Não obstante, todas as dificuldades existentes no estabelecimento de uma definição concetual de deficiência mental, a Associação Americana para a Deficiência Mental (A.A.M.D.) deu origem, em 1952, a um Comité para unificar tanto a definição como a própria terminologia da deficiência mental, tendo sido aprovada, em 1959, a primeira definição. Nela é retratada o *“efecto de la perspectiva sociológica al incluir el critério de adaptación social, propuesto entre otros por Doll: la expresión retraso mental hace referencia a un funcionamiento intelectual inferior a la media, que tiene su origen en el período de desarrollo y que va asociad a un déficit en su conduta de adaptación”* (Tejeiro, A. 1994). Assim, a deficiência deixa de ser uma condição estática e passa a ser considerada uma condição dinâmica do desenvolvimento, influenciada por aspetos culturais e sociais.

Por se tratar de um problema bastante complexo, por ter várias determinações e dimensões, a deficiência mental não se poderá circunscrever a uma só e única definição. Em 1992, a publicação realizada pela A.M.M.R., da 9ª edição da *Mental Retardation, Classification, and System of Supports*, traz à luz uma nova definição de deficiência mental. Esta mudança de paradigma expõe uma visão multidimensional, que visa ampliar a concetualização da deficiência mental, evitar a excessiva confiança no Q.I., e relacionar as necessidades individuais do sujeito com os níveis de apoio necessários (Gomes & Castilho, 2003 cit. in Gama, 2015).

Por outro lado, a Organização Mundial de Saúde (O.M.S.) assinala também, na sua definição de deficiência mental, a relação existente entre a adaptação e a aprendizagem. Assim, segundo a O.M.S., a deficiência mental resulta de um funcionamento intelectual geral, inferior à média, com origem no período de desenvolvimento, associado a uma alteração do ajustamento ou da maturação dos dois, na aprendizagem e na socialização (Garcia, A. I, 2011).

Deste modo, é importante perceber que, a concetualização e a definição da deficiência mental encontram-se em estado de constante transformação, estando assim inerente o conceito de competência social, que possui um papel de crescente importância para o desenvolvimento da definição deste conceito.

Concluindo, Dune (2012) citado por Gama (2015) salienta ainda que, *“ao longo deste tempo tem-se tentado descrever o ambiente em que cresceram grande parte dos adultos com Deficiência Mental que hoje reclamam uma atenção adequada em todos os seus domínios, incluindo a sexualidade.”*

1.2. DEFINIÇÃO DE DEFICIÊNCIA MENTAL

“A deficiência mental refere-se a um funcionamento cognitivo geral inferior à média, independentemente da etiologia, manifestando-se durante o período de desenvolvimento, o qual é de uma severidade tal que marcadamente limita a capacidade do indivíduo para aprender e, conseqüentemente, para tomar decisões lógicas, fazer escolhas e julgamentos e limita também a sua capacidade de auto-controle e de relação com o envolvimento.”

Vieira & Pereira (2010).

Para Albuquerque (2007), a deficiência mental é definida como sendo uma condição bio-psico-social, da qual o indivíduo apresenta um rendimento abaixo da média e um deficit em habilidades sociais importantes, para a adequada inserção no seu meio ambiente. É um conceito influenciado pela cultura e pelo momento histórico.

Neste sentido, a segunda metade do século XX é, de acordo com a UNESCO, designada como o *“estádio dos direitos fundamentais (das pessoas com deficiência)”*, o *“estádio do direito à igualdade de oportunidades”* ou o *“estádio do direito à integração”*, revelando-se, de fulcral importância, a ação de prestigiados organismos internacionais, que deram voz a vários movimentos de luta pela igualdade de direitos, e pela construção de sociedades mais justas e abertas à diferença (Pereira, 2013).

Por outro lado, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, *“proclama os direitos humanos na sua dimensão individual e social – liberdades, dignidade e valor da pessoa humana, justiça social e paz. Serviu de base, entre outros documentos, às Normas Sobre a Igualdade de Oportunidades Para as Pessoas com Deficiência”* (Nações Unidas, 1994 cit. in Vieira, C. 2013).

A Associação Americana de Deficiência Mental (A.A.M.D.) define a deficiência mental como sendo: *“atraso mental refere-se a um funcionamento intelectual geral abaixo da média que tem origem durante o período de desenvolvimento e associa-se a um prejuízo no comportamento adaptativo”* (Skymanski & Crocker, 1989, cit. in Ramos, 2005). Verifica-se assim que, à definição de deficiência mental foi adicionado um novo critério: adaptação social.

Neste modelo teórico proposto pela A.A.M.D. (2006) segundo Almeida (2007) para a concetualização da deficiência, são referenciados cinco dimensões que se consideram como afetadas nos indivíduos com deficiência intelectual: habilidades intelectuais; comportamento adaptativo; participação; interação e papéis sociais; a saúde (física e psicológica) e o contexto (ambiente e cultura) (Gabriel, 2013).

Grossman (1983) traduziu a deficiência mental como, *“um funcionamento intelectual significativamente abaixo da média, coexistindo concomitantemente com défices no comportamento adaptativo que se manifesta ao longo do período de desenvolvimento”* (Brown & Leigh, 1986 cit. in Santos & Morato, 2002).

É, ainda, fundamental, salientar que, a deficiência mental pode aparecer associada a outro tipo de deficiência ou, como consequência da mesma, pelo que se apresenta como deveras relevante, a elaboração duma avaliação interdisciplinar, relativamente aos aspetos do desenvolvimento, não esquecendo a possibilidade da influência de múltiplos fatores, tais como os fatores genéticos e ambientais (Ramos, 2005).

Corroborando esta ideia, e de acordo com vários autores, (Luckasson, 1992 cit. in Correia, 2003) a *“deficiência mental refere-se a um estado de funcionamento atípico no seio da comunidade, manifestado logo na infância e em que as limitações do funcionamento intelectual (inteligência) coexistem com as limitações no comportamento adaptativo”* (Ferreira, 2011). Neste sentido, a deficiência mental aparece definida como uma dificuldade na aprendizagem e na execução de algumas atividades da vida diária. Daí que, as capacidades individuais, nas quais existe uma limitação substancial, são concetuais, práticas e de inteligência social.

Parafraseando Ramos (2005), *“os critérios frequentemente aceites para definição da deficiência mental englobam:*

- ***Funcionamento intelectual geral***, é avaliado pelo resultado obtido pelos testes de inteligência. É definido como deficiente mental o indivíduo que se situa significativamente abaixo da média, ou seja, que tem um Q.I. de 70 ou abaixo das medidas standardizadas da inteligência consoante os testes utilizados.

- ***Os défices no comportamento adaptativo***, exprimem as limitações significativas da eficácia individual refletidas na maturação, aprendizagem e/ou ajustamento social

(relacionadas com a idade e o nível cultural do indivíduo) e determinadas pela avaliação clínica e escalas estandardizadas. Para esta avaliação, o período de desenvolvimento considerado está compreendido entre a concepção e o 18º aniversário.”

Alguns autores apresentam algumas reservas relativamente ao diagnóstico, o que suscita algumas limitações na escolha e seleção dos instrumentos de avaliação a utilizar. A escolha dos instrumentos e a respetiva interpretação dos resultados obtidos deverá ter em conta alguns fatores, potencialmente limitativos do desempenho individual, durante a sua aplicação, tais como: o nível sociocultural do indivíduo, as suas especificidades linguísticas, a presença de deficiências comunicativas associadas, etc. (A.P.A., 1994 cit. in Ramos, 2005).

Apesar de existirem várias correntes para determinar o grau de deficiência mental, alguns autores salientam que, as técnicas psicométricas são as que mais se impõem utilizando para classificação o Q.I. (Quociente Intelectual), que é o resultado da multiplicação por cem do quociente obtido pela divisão da IM (Idade Mental) pela IC (Idade Cronológica) (Sousa, 2011).

1.3. GRAUS DA DEFICIÊNCIA MENTAL

Ao longo de toda a história, várias são as correntes científicas e diversos os autores que classificam a deficiência mental com base no **coeficiente de inteligência**.

Piaget (1975) segundo Muntaner (1998), considera que a inteligência é a *“capacidade que o homem tem de se adaptar a situações novas”* (Febra, 2009). Desta forma, para o autor, a inteligência é um mecanismo de adaptação a uma situação nova e como tal, implica a construção de novas estruturas. Na opinião de Sequeira (1990), a modificação destas estruturas dá origem a novas estruturas e assim aumenta a capacidade de processar a informação. Esta modificação origina a necessária sequência de comportamentos (estádios), que se relacionam com a idade, mas não são determinados por ela.

São bastante conhecidos os estádios de Piaget e, por esta razão, apenas serão referidas as suas principais características (Sequeira, 1990):

No **estádio sensório-motor** (desde o nascimento até os 18 meses): a criança adquire a coordenação olho-mão e apercebe-se da permanência dos objetos.

No **estádio pré-operacional** (entre os 2 e os 7 anos de idade): a criança começa a desenvolver a linguagem, é egocêntrica, não demonstra conservação do raciocínio ao longo do tempo, só pode centrar a sua atenção numa variável de cada vez. O seu pensamento intuitivo é caracterizado pela sua rigidez e irreversibilidade.

No **estádio concreto** (entre os 7 e os 11 anos de idade): surgem as primeiras operações mentais baseadas em objetos concretos. A criança é capaz de quantificar o seu raciocínio e resolver problemas mentalmente, embora estes problemas ainda tenham de estar relacionados com objetos. Pode centrar a sua atenção em mais do que uma variável, mas ainda não formula hipóteses.

Finalmente, no **estádio formal** (entre os 11 e os 16 anos de idade): a criança utiliza o seu raciocínio em hipóteses e não só em objetos. É capaz de compreender conceitos abstratos e efetuar operações lógicas, o pensamento é capaz de reestruturar e agrupar essas mesmas operações, refletindo sobre elas. Piaget, caracterizou o pensamento dos adolescentes em termos de operações formais. O período das operações formais é portanto, o último marco importante da progressão intelectual da criança.

Em conclusão, a base da inteligência humana é o Pensamento Formal. Assim sendo, a ação do indivíduo não é afetada pelo conteúdo das tarefas mas pela complexidade das suas relações lógicas.

Sainz & Mayor (1989) citado por Bautista (1999), propõem uma definição de inteligência que vai ao encontro do pensamento de Piaget, sendo a *“capacidade para aprender, capacidade para pensar abstratamente, capacidade de adaptação a novas situações”* (Febrá, 2009).

Verifica-se assim que, para determinar o grau de inteligência e as capacidades intelectuais de um indivíduo, existem métodos quantitativos. As técnicas psicométricas são as mais utilizadas para determinar o Q.I. Este conceito foi introduzido por Stern e é o resultado de correlação entre a Idade Mental (I.M.) e a Idade Cronológica (I.C.), obtendo-se pela fórmula: $Q.I. = (I.M./I.C.) \times 100$.

Uma das classificações defendidas, fundamenta-se na **capacidade funcional e adaptativa** da pessoa com deficiência. Tem como ponto de referência o QI e considera três categorias 1). dependentes: apresentam um Q.I. abaixo dos 25, é necessário o apoio das

instituições ou apoio familiar permanente; 2). treináveis: são crianças com um Q.I. entre os 25 e os 75. Poderão treinar várias funções como a disciplina e hábitos de higiene, quando colocadas em turmas especiais, bem como ainda aprender a ler, escrever com muita compreensão e metodologias adequadas; e finalmente 3). educáveis: o seu Q.I. situa-se entre os 75 e os 89. As crianças poderão permanecer em turmas normais, embora necessitem de acompanhamento psicopedagógico especial (Febra, 2009).

Tendo como base o Q.I. existem **cinco níveis ou graus de deficiência mental** que foram propostos pela Associação Americana para a Deficiência Mental e pela Organização Mundial de Saúde (Santos & Morato, 2002, cit. *in* Lourenço, 2011) e podem ser observados no Quadro 2:

Quadro 2
Graus da Deficiência Mental (Bautista, 1997 cit. *in* Lourenço, 2011).

Nível	Deficiência Mental	Nível de QI
1	Limite ou Bordeline	68-85
2	Ligeira	52-67
3	Moderada	36-51
4	Severa	20-35
5	Profunda	Inferior a 20

No Quadro 3 apresentamos as características fundamentais dos graus de deficiência mental baseado nas perspetivas da A.A.M.R. e da O.M.S.

Quadro 3
Características dos Graus da Deficiência Mental

Deficiência Mental	Características
Limite (ou bordeline) QI → 68 – 85	<p>É um grupo recentemente introduzido nesta classificação e não há grande consenso entre os diferentes autores em relação a esta classificação. Manifestam apenas algum atraso nas aprendizagens ou algumas dificuldades concretas.</p> <p>As crianças provenientes de ambiente sócio – cultural desfavorecido enquadram-se, frequentemente, neste grupo.</p>

<p>Ligeira QI → 52 – 67</p>	<p>Este grupo de indivíduos podem desenvolver aprendizagens sociais e de comunicação e, têm capacidades para se adaptarem e integrarem no mundo laboral, necessitando de alguma supervisão e orientação.</p> <p>Revelam dificuldades ao nível da abstração e adquirem conhecimentos escolares básicos, podendo alcançar aprendizagem ao nível do 1.º Ciclo de Ensino Básico.</p> <p>Podem desenvolver "habilidades" sociais e de comunicação, demonstram um atraso pouco significativo nas áreas perceptivas e motoras.</p> <p>Possuem uma certa facilidade de adaptação ao ambiente familiar e social. No entanto, para que esta situação se verifique é necessário que não exista nenhum transtorno emocional grave, que possa dificultar a adaptação. Apresentam uma baixa tolerância às frustrações.</p>
<p>Moderada (ou média) QI → 36 – 51</p>	<p>É um grupo constituído por indivíduos que podem adquirir hábitos de autonomia pessoal e, com algumas dificuldades, de autonomia social. Podem aprender a utilizar a comunicação verbal, mas apresentam frequentemente dificuldades na expressão oral e na compreensão dos convencionalismos sociais.</p> <p>Apresentam um desenvolvimento motor aceitável e têm a possibilidade de adquirir alguns conhecimentos pré-tecnológicos básicos que lhes permitem realizar algum trabalho.</p> <p>Difícilmente conseguem dominar as técnicas instrumentais de leitura, escrita e cálculo.</p>
<p>Grave (Severa) QI → 20 – 35</p>	<p>Este grupo de indivíduos corresponde à designação de indivíduos considerados dependentes, necessitam geralmente de proteção ou de ajuda, pois o seu nível de autonomia, tanto social como pessoal, é muito baixo.</p> <p>Apresentam, muitas vezes, problemas psicomotores importantes.</p> <p>Podem aprender algum sistema de comunicação, mas a sua linguagem verbal será sempre muito deficitária.</p> <p>Podem desenvolver capacidades a nível das atividades de vida diária e em aprendizagens pré-tecnológicas muito simples com base na rotina e sob supervisão.</p>
<p>Profunda QI → inferior 20</p>	<p>É um grupo que apresenta grandes problemas sensório-motores e de comunicação com o meio. São dependentes dos outros em quase todas as funções e atividades, pois os seus "handicaps" físicos e intelectuais são gravíssimos.</p> <p>Excepcionalmente terão autonomia para se deslocarem e responderem a treinos simples de auto-ajuda.</p>

Como podemos constatar a questão de definição da deficiência mental ainda não é conclusiva. Tem-se registado uma enorme evolução na sua objetivação e clarificação, nomeadamente através da adoção da mesma definição em quase toda a comunidade

científica. Contudo, mais do que classificar as pessoas com deficiência, pretende-se classificar os apoios de que elas necessitam para melhorarem o seu funcionamento.

1.4. CORRENTES DA DEFICIÊNCIA MENTAL

Segundo alguns estudiosos, a deficiência mental é definida preponderantemente por três correntes, nomeadamente: **psicológica** ou **psicométrica**, **sociológica** ou **social** e a **médica** ou **biológica** (Bautista, 1997 cit. *in* Silva, 2012).

A **corrente psicológica ou psicométrica** considera a pessoa com deficiência mental, o indivíduo que apresenta um défice ou uma diminuição nas suas capacidades intelectuais (medida através de testes e expressa em termos de QI). Os principais impulsionadores desta corrente foram Alfred Binet e Theodore Simon, fundadores da Psicologia Diferencial.

Seguidamente, a **corrente sociológica ou social** considera a pessoa com deficiência mental, aquela que manifesta dificuldade em adaptar-se ao meio social em que vive, e consegue usufruir de uma vida autónoma. Assim, passou a ser *“entendida como uma construção social dependente de critérios sociais, científicos e socioculturais”* (Alonso e Bermejo, 2001, cit. *in* Ferreira, S. 2011).

E finalmente, a **corrente médica ou biológica** assenta em aspetos biológicos, fisiológicos ou anatómicos, que se manifesta durante o período de desenvolvimento do indivíduo, sensivelmente até aos 18 anos.

No entanto, para além das correntes supracitadas, Bautista (1997, cit. *in* Silva, 2012) refere a existência de mais duas, a **comportamentalista** e a **pedagógica**. A **corrente comportamentalista** destaca o fator ambiente e a influência que este exerce na deficiência mental. O défice mental é considerado como sendo um défice de comportamento, resultado da interação de quatro fatores: 1) fatores biológicos do passado (genéticos, pré-natais e pós-natais); 2) fatores biológicos atuais (drogas ou fármacos, cansaço ou stress); 3) história anterior de interação com o meio (reforço) e 4) condições ambientais presentes ou acontecimentos atuais.

No que se refere a **corrente pedagógica**, esta considera a pessoa com deficiência mental, o indivíduo que tem dificuldades em seguir o processo regular de aprendizagem, e portanto com necessidades educativas especiais.

1.5. ETIOLOGIA/CAUSAS DA DEFICIÊNCIA MENTAL

Não se pode atribuir uma única causa à proveniência da deficiência mental, sendo apontada na sua origem uma multiplicidade de fatores por diversos autores. Na perspectiva de Pacheco (1997, cit. in Almeida, 2009) a etiologia da deficiência mental é considerada multifatorial, sendo que o conjunto dos vários fatores causais condiciona a ampla diversidade de manifestações clínicas.

Bairrão (1981) citado por Ramos (2005) refere as seguintes causas como sendo as mais comuns na deficiência mental: 1). Causas orgânicas ou disfunção; 2). Alterações genéticas (ou cromossômicas); 3). Causas mesológicas (socioculturais); 4). Causas de etiologia afetiva, psicopatológica grave ou devido a institucionalização precoce e/ou prolongada; 5). Causas devidas à pobreza do património hereditário, também designadas “culturais-familiares”, pelos autores anglo-saxónicos; e, finalmente, 6). Causas desconhecidas e de etiologia mista.

Grossman (1973) segundo Bairrão (1981) argumenta que, a Associação Americana de Deficiência Mental identificou similarmente, nove disposições principais como agentes na origem da deficiência mental: 1) Infecção e intoxicação; 2) Trauma ou agente físico; 3) Metabolismo ou nutrição; 4) Doença cerebral grave; 5) Influência pré-natal desconhecida; 6) Anomalia cromossômica; 7) Distúrbios de gestação; 8) Atraso decorrente de distúrbio psiquiátrico; 9) Influências ambientais (Ramos, 2005).

Na opinião de Fonseca (1995, cit. in Santos & Morato, 2002):

“a temática das principais causas para o aparecimento da deficiência mental engloba a célebre controvérsia entre natura-cultura, onde fatores de privação cultural, fatores genéticos (ex., trissomia 21), fatores de lesão

cerebral, infecções e fatores envolvimentais jogam um papel decisivo, influenciador e multidisciplinar do desenvolvimento global dos indivíduos.”

Pressupõe-se então que, a deficiência mental se deve, principalmente, a fatores genéticos e fatores ambientais, ou alguma combinação de ambos.

Um outro importante contributo deve-se a Bautista (1997), conforme citado em Ramos (2005), através do estudo por aquele efetuado, onde menciona que a etiologia da deficiência mental é muito diversa podendo, no entanto, ser classificada da seguinte forma:

FATORES GENÉTICOS: a origem da deficiência é determinada pelos genes ou herança genética e atuam antes da gestação. São fatores de tipo **endógeno**, ou seja, atuam no interior do próprio ser. Existem dois tipos de causas genéticas conhecidas: as **Genopatias** (alterações genéticas) e as **Cromossomopatias** (síndromes devidos a anomalias ou alterações nos cromossomas);

FATORES EXTRÍNSECOS: são subdivididos em três fatores: pré-natais, perinatais e pós-natais.

1). **Fatores Pré-Natais:** são fatores que atuam antes do nascimento e podem classificar-se da seguinte forma: a) Embriopatias (ocorrem no primeiro trimestre de gestação) e b) Fetopatias (resultantes no segundo trimestre da gravidez). Dentro dos fatores que atuam no período pré-natal e que despoletam a deficiência mental, destacam-se: infecções, transtornos endócrinos ou metabólicos (endocrinometabolopatias), intoxicações, radiações, perturbações psíquicas e fatores maternos como a malnutrição ou as hemorragias.

2). **Fatores Perinatais e Neonatais:** são fatores que atuam durante o momento do parto, ou no recém-nascido e são de realçar os seguintes: anoxia, prematuridade, metabolopatias, síndrome de sofrimento cerebral, infecções, incompatibilidade RH e a ocorrência de convulsões.

3). Fatores Pós-Natais: são fatores que atuam após o nascimento, tais como: infecções, intoxicações, endocrinometabolopatias, convulsões, anoxia por cardiopatia congênita, traumatismos crânio-encefálicos, ausência de cuidados no parto, paragem cardíaca ou asfixia.

É possível incluirmos ainda os fatores psicossociais, que compreendem a ausência de cuidados médicos e higiênicos, desde a concepção até ao período da primeira infância, malnutrição, gravidez indesejada e/ou precoce, privação de afeto, estimulação linguística e sociocultural, maus tratos e as tendências antissociais face ao ambiente envolvente (Heras, 1993, cit. *in* Silva, 2013).

Pelo exposto conclui-se que a pessoa é o resultado da interação dos fatores biológico e o ambiente onde se encontra inserido, resultando daí um sujeito com as suas especificidades e características únicas. Desta forma, existe a necessidade de um diagnóstico preciso e rigoroso, para melhorar a intervenção.

1.6. FISIOLOGIA DA DEFICIÊNCIA MENTAL

“Os indivíduos são mais do que produtos do processo reprodutor da espécie humana, mas o mesmo processo é produzido por indivíduos a cada geração. As interações entre indivíduos produzem a sociedade e esta retroage sobre os indivíduos. A cultura, no sentido genérico, emerge destas interações, reúne-as e confere-lhes valor. Indivíduo/Sociedade/Espécie sustentam-se, pois, em sentido pleno apoiam-se, nutrem-se e reúne-se.”

Morin (1999/2000).

No que se refere à sexualidade da pessoa com deficiência mental, exceto em casos neurologicamente mais afetados, não é qualitativamente diferente da população dita “normal”. Gherpelli citado por Moraes (2006), refere que:

“(…) As estruturas límbicas do sistema nervoso são preservadas no deficiente mental e a sua conformação anatómica e os processos fisiológicos, bem como o desenvolvimento dos caracteres sexuais primários e secundários, a produção hormonal masculina e feminina, a menarca (primeira menstruação) ou a semarca

(primeira ejaculação), além dos impulsos biológicos, acontecem como em qualquer ser humano” (Almeida, P. 2009).

Na opinião de Pan (2003, cit. in Pereira, 2013):

“Constituição da anatomia e da fisiologia do aparelho reprodutor das pessoas portadoras de deficiência mental que alterem significativamente suas possibilidades de manifestar interesses sexuais ou manter relações sexuais.”

Note-se que, em geral, não existem diferenças significativas no que concerne aos aspectos anatómicos e fisiológicos, da pessoa com deficiência mental. Assim, as características físicas evidentes na fase da puberdade, surgem no jovem com deficiência mental, por volta da mesma idade que na população em geral.

Arthus (1976, cit. in Ramos, 2005), refere que, as modificações físicas e fisiológicas originam modificações psicológicas Referindo ainda que *“a puberdade física corresponde a uma especialização do indivíduo que, sem dúvida, já pertencia antes a um dos dois sexos, mas a partir de então lhe pertencerá ainda mais.”*

Alguns estudos apontam que, as maiores dificuldades que se apresentam às pessoas com deficiência mental, em relação à vivência da sua sexualidade, não são de ordem biológica, mas sim adaptativa. Gale (1989; cit. in Maia & Camossa, 2003) acrescenta que, as barreiras que podem condicionar a vivência da sexualidade da pessoa com deficiência mental seriam físicas (falta de aptidão verbal, de locomoção, de higiene pessoal e maneirismos), psicológicas (tédio, depressão e baixa auto-estima) e sociais (isolamento, falta de convívio entre amigos, discriminação e preconceitos sociais) (Pinto, 2011).

Por outro lado, Maia & Aranha (2005, cit. in Almeida, P. 2009) referem que vários são os autores que defendem que as pessoas com deficiência têm um desenvolvimento sexual dentro da normalidade, e que, conseqüentemente, ninguém se torna assexuado em função de uma incapacidade física, sensorial ou mental.

No entanto, Giami (1987; cit. *in* Pinto, 2011) menciona que a expressão da sexualidade em geral, das pessoas com deficiência, não é encorajada pelos pais, pelos cuidadores ou pela comunidade.

Do exposto, e salientando o que anteriormente foi referido, os estudos epidemiológicos referem que, a maior diferença na vivência da sexualidade, entre pessoas com ou sem deficiência mental, decorre a partir das diferenças de condições adaptativas e cognitivas, que determinam a capacidade do sujeito para assimilar, compreender, interiorizar e elaborar códigos que permitem o ajustamento emocional, bem como o social, do seu comportamento sexual.

1.7. O DIAGNÓSTICO E A CLASSIFICAÇÃO DA DEFICIÊNCIA MENTAL

Tendo por base os efeitos discriminatórios e estigmatizantes das designações de atraso mental, deficiência mental ou deficiência intelectual, atualmente, alguns autores, têm procurado que as mesmas sejam substituídas pela designação de dificuldade intelectual e desenvolvimental.

Tendo em conta que, antes de se designar deficiência intelectual, denominava-se deficiência mental, esta definição atualmente aceite engloba os comportamentos adaptativos específicos, realçando a relação entre as capacidades adaptativas e intelectuais do indivíduo, o papel significativo do impacto do contexto ecológico onde os indivíduos se encontram inseridos e ainda, os tipos de apoio requerido para potencialização das capacidades, por parte desta população (Mendes, 1995, cit. *in* Gabriel, 2013).

Na ótica de Santos (2010, cit. *in* Silva & Coelho, 2014), a literatura mais recente evidencia que nos encontramos numa fase, em que se assiste a uma redefinição dos paradigmas, bem como, das terminologias sobre a temática, feita à luz das últimas investigações, situando-se a dificuldade intelectual e desenvolvimental dentro dessa redefinição, sendo portanto uma nova terminologia a adotar.

Em Abril de 2007, a Associação Americana Deficiência Mental (A.A.D.M.) altera o seu nome para Associação Americana para as Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais (A.A.D.I.D.), sendo proposta uma nova terminologia designada por dificuldade intelectual e

desenvolvimental (D.I.D.). De acordo com Belo et al (2008), *“esta prende-se com o fato de há muito se contestar a utilização do termo de deficiência pelo seu constructo estigmatizante. Por outro lado, o termo “dificuldade” como tradução de “disability” poderá não ser muito rigoroso.*

Os autores salientam ainda que *“quanto à designação de “intelectual” em vez de “mental”, há muito que esta questão se aborda, uma vez que a avaliação realizada é, de facto, sobre fatores intelectuais, ou seja, fatores verbal, numérico, espacial, etc., subjacentes ao constructo do funcionamento da inteligência, que é mais analítico que o da mente ou o mental, que é mais global”* (Belo et al, 2008).

Por sua vez, Santos (2010) é da opinião que *“Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental é uma definição mais operante porque abarca o impacto que o meio detém no desenvolvimento do indivíduo, assente na qualidade da interação estabelecida entre este e o indivíduo e nos tipos de apoios a prestar”* (Ragageles, 2012).

Seguindo as linhas de pensamento atrás mencionadas, e muitas outras, consideradas como novas linhas de pensamento, defendidas pelos inúmeros investigadores, observa-se uma maior tendência para a importância representada pelo comportamento adaptativo, perante o envolvimento.

Assim, na revisão de literatura efetuada, o conceito de comportamento adaptativo é impulsionado pela definição de dificuldade intelectual e desenvolvimental. Inicialmente apelidado de “competência social”, foi definido por Heber (1961) como sendo a *“capacidade eficaz de o indivíduo lidar com as exigências sociais e a natureza do seu envolvimento”* (Santos & Morato, 2002).

Este conceito de competência social ou comportamento adaptativo, pode ser pensado como uma competência da pessoa em lidar com as exigências do seu meio. De um modo geral, os problemas adaptativos resultam das limitações referentes a inteligência prática e social.

A inteligência prática refere-se à capacidade do indivíduo se manter como uma pessoa independente, no exercício das atividades habituais da vida diária.

Por sua vez, a inteligência social retrata a capacidade do indivíduo compreender as expectativas sociais, o comportamento das outras pessoas e julgar de forma correta, o seu

comportamento em situações sociais (Vieira & Pereira, 2003). Constata-se isto, por exemplo, na opinião de Grossman (1987), que entende que o comportamento adaptativo pode ser definido como a *“eficácia ou o grau com que o indivíduo encontra o padrão de independência pessoal e responsabilidade social esperada para a sua idade e grupo cultural”* (Idem, 2003).

Importante é também a referência de Patton (1986), na qual aborda um estudo clássico de Sloan & Birch (1955), propondo *“três áreas sob as quais a diminuição no comportamento adaptativo pode ser avaliada: maturação, capacidade de aprendizagem e ajustamentos sociais”* (Vieira & Pereira, 2003).

Noutra perspectiva, o conceito de comportamento adaptativo é, para Santos & Morato (2002), *“um conjunto de skills aprendidos ou adquiridos sobre os quais o indivíduo vai procedendo a ajustamentos vários, de forma a adaptar-se às implicações socioculturais de atividades da vida diária.”*

Schalock et al, (2010 cit. in Custódio, 2011), consideram a existência de três grandes áreas no que respeita ao comportamento adaptativo: **capacidades conceptuais** (incluem, entre outras, as capacidades numéricas, verbais e espaciais...); **capacidades sociais** (relações interpessoais, resolução de problemas, responsabilização social e capacidade de seguir regras...) e finalmente, as **capacidades práticas** (estão inseridas as atividades do dia-a-dia no que diz respeito à higiene, deslocação, saúde, lazer, etc.).

Na sequência desta nova perspectiva, Belo et al (2008) na definição de deficiência da American Association of Mental Retardation (A.A.M.R.) 1992 entendem que *“em vez de graus de deficiência intelectual, contempla-se a necessidade de apoio intermitente, limitado, extensivo ou persistente ao nível de diversas dimensões do funcionamento (intelectual, adaptativa, emocional e física”* (Belo et al., 2008).

Assim, existe a necessidade de classificar e identificar, de forma clara, os níveis de intensidade de apoio (Morato et al, 1996): **intermitentes** (apoio descontínuo, só se efetua quando necessário, sendo, por isso, de natureza episódica; estes apoios podem ser de várias intensidades, dependendo das necessidades individuais); **limitados** (apoio contínuo mas limitado no tempo); **extensivos** (apoio regular em mais do que uma área e sem limite de tempo, sendo que, o sujeito necessita de instruções e supervisão em áreas específicas) e

permanentes (apoio constante, no qual o sujeito necessita de apoio nos seus cuidados básicos da vida diária).

Se forem garantidos os apoios adequados e durante o período de tempo necessário, a grande maioria de indivíduos com dificuldade intelectual e desenvolvimental poderá aumentar o seu nível de funcionalidade, e conseguir uma adequada produtividade, independência e integração social, levando assim a uma melhoria da sua qualidade de vida (Shalock, 1990 cit. in Allen Gomes & Castilho, 2003).

Na esteira deste pensamento e segundo Luckasson et al. (1992), os resultados espectáveis para os apoios implementados são: *“o aumento do nível das competências adaptativas e das capacidades funcionais, a maximização dos objetivos relativos à saúde e ao bem-estar físico, psicológico ou funcional e o desenvolvimento das características do meio, no sentido de melhorar não só o respeito e a presença da pessoa na sua comunidade, mas também as suas potencialidades de escolha, as suas competências sociais e o seu nível de participação”* (Allen Gomes & Castilho, 2003).

Note-se contudo que, neste novo paradigma vigente, os indivíduos com dificuldade intelectual e desenvolvimental são classificados, não pelas características intrínsecas, mas pelo tipo de apoios que necessitam para ultrapassar as suas dificuldades.

O diagnóstico, que deverá acontecer o mais cedo possível, permitirá a descrição das áreas fortes a desenvolver, e ao mesmo tempo permitirá concentrar a atenção na estrutura familiar, na interação da criança com o seu envolvimento, na relevância dos apoios como as principais ações a desenvolver, para a superação das dificuldades adaptativas (Santos & Morato, 2002).

No que concerne à intervenção, Santos (2010) refere que a recolha adequada de informação da pessoa (avaliação), permite traçar áreas fortes e menos fortes, para posteriormente ser possível proceder à elaboração de uma intervenção multiprofissional, no qual os técnicos devem trabalhar em sinergia, para obterem os mesmos objetivos, adequados às áreas avaliadas, expectativas e interesses do próprio, assim como da família (Domingues, 2012).

Na atual definição da APA (2013), o DSM-V considera a incapacidade intelectual (perturbação do desenvolvimento intelectual) caracterizada por défices nas capacidades

mentais gerais, como o raciocínio, a resolução de problemas, o planeamento, o pensamento abstrato, o discernimento, aprendizagem académica e a aprendizagem pela experiência. Os défices levam a incapacidades de independência pessoal e responsabilidade social num ou mais aspetos da vida diária, incluindo comunicação, participação social, funcionamento académico ou ocupacional assim como na independência pessoal.

Assim, o DSM-V e em grande contraste, as versões anteriores do manual, o DSM-IV (1994), e o DSM- IV-TR (2000), a atribuição de um grau de gravidade deixou de se basear no funcionamento cognitivo (intelectual), para se fixar nas capacidades e/ou limitações, no domínio do funcionamento/comportamento adaptativo.

Do exposto, e salientando o que anteriormente foi referido, é possível compreender que o funcionamento/comportamento adaptativo, de acordo com o DSM-V, consiste no modo como o indivíduo apresenta padrões de independência pessoal assim como de responsabilidade social, quando comparados com outros sujeitos do seu grupo etário e de origem sociocultural similar.

Assim, estamos hoje conscientes de que, tanto a definição como a terminologia utilizadas permanecem como sendo uma problemática complexa, embora seja consensual a noção de que, dificuldade intelectual e desenvolvimental abrange limitações ao nível intelectual e do comportamento adaptativo, encontrando-se o enfoque da sua definição nas áreas fortes, contextos e necessidade de apoio individual, com vista a melhorar a qualidade de vida, e promover a plena participação na sociedade em que se insere (Custódio, 2011).

1.8.O NOVO SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO C.I.F. (O.M.S. 2001)

“Uma classificação da saúde e dos estados relacionados com a saúde, também é utilizada por sectores, tais como seguros, segurança social, trabalho, educação, economia, política social, desenvolvimento de políticas e de legislação em geral e alterações ambientais.”

CIF-OMS (2004).

Segundo Ramos (2005), a revisão da Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (ICD), publicada inicialmente pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1980, e sujeita a várias revisões posteriores, veio dar lugar, em 2001, a uma nova classificação – *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde* (CIF).

No que se refere à Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), como instrumento de classificação, ela é complementar a CID-10, usada na realização dos diagnósticos.

Assim sendo, a CIF é *“o quadro de referência da OMS para a saúde e incapacidade. É a base conceptual para a definição, medida e formulação de políticas sobre saúde e incapacidade. É uma classificação universal de incapacidade e de saúde, para ser utilizada nos sectores da saúde e nos sectores relacionados com a saúde”* (CIF-OMS, 2004).

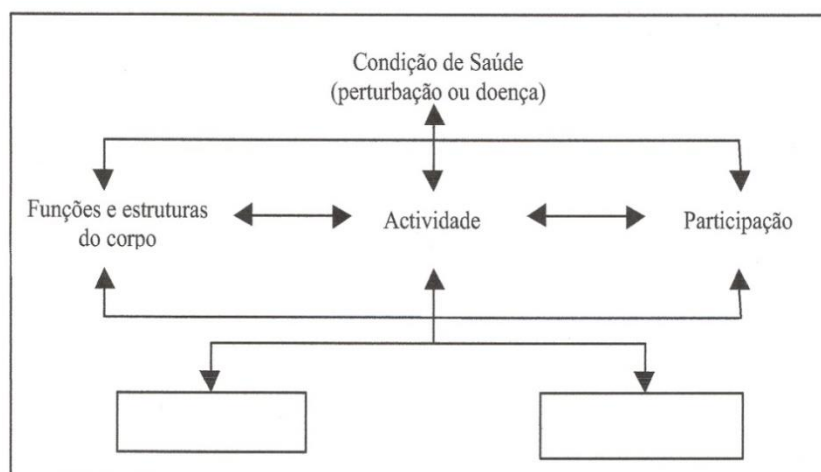
A este propósito, a CIF é, portanto, *“uma classificação da funcionalidade e da incapacidade do homem”* (CIF-OMS, 2004). Baptista & Bridi (2014, cit. in Cabo, 2016) consideram que o modelo da CIF *“compreende a funcionalidade e a incapacidade como dimensões determinadas pelo contexto e pelo ambiente.”*

O objetivo geral desta nova classificação é fornecer uma linguagem unificada e padronizada, assim como um instrumento de trabalho para a descrição da saúde, e de estados relacionados com a saúde. A classificação define, ainda, os componentes da saúde e alguns componentes do bem-estar, relacionados com a saúde (CIF-OMS, 2004).

Os domínios incluídos na CIF são definidos em duas categorias: I). Funções e Estruturas do Corpo (e deficiências) e, II). Atividades e Participação. Como instrumento de classificação, a CIF articula ainda, os diversos domínios do indivíduo com uma determinada condição de saúde (Ramos, 2005).

O diagrama apresentado na Fig. 1 pode ser útil para a compreensão da interação dos diversos componentes.

Figura 1
Interações entre os componentes da CIF (CIF-OMS, 2004)



Como podemos constatar neste diagrama, a funcionalidade de um indivíduo, num determinado domínio específico, é uma interação ou relação complexa entre a condição de saúde e os fatores contextuais (fatores ambientais e pessoais). Existe uma interação dinâmica entre estas entidades: uma intervenção num elemento pode, eventualmente, modificar um ou vários elementos. Estas interações específicas, nem sempre ocorrem numa relação unívoca previsível. A interação efetua-se em dois sentidos: a presença da deficiência pode transformar até a própria condição de saúde (CIF-OMS, 2004).

A Organização Mundial de Saúde (O.M.S, 2004) considera que a terminologia utilizada na Classificação Internacional de Deficiência, Incapacidades e Desvantagens (I.C.D.) poderia, apesar de todos os esforços, estigmatizar e rotular. Em resposta a esta preocupação, foi excluído o conceito de “handicap” (desvantagem, limitação), correspondente às suas conotações negativas, para identificar os indivíduos com algumas limitações ou restrição funcional. (Ramos, 2005).

O conceito de “incapacidade” (disability) passou a sofrer alterações na sua aplicação, deixando de ser utilizado apenas como componente, mas com um significado mais abrangente. Este inclui deficiências, limitações nas atividades ou restrição na participação. A nova classificação utiliza o conceito de “incapacidade para designar um fenómeno multi-dimensional, que resulta da interação entre as pessoas e o seu ambiente físico e social (CIF-OMS, 2004 cit. *in* Ramos, 2005).

De acordo com as ideias supra citadas e com base na interpretação que a OMS dá à CIF, podemos concluir que esta parece ser uma classificação orientada para a saúde e, neste sentido, a “mudança de paradigma”. Esta nova classificação, que se *“pretende universal, da incapacidade e da saúde, para ser utilizada nos setores da saúde e nos setores relacionados com a saúde”* (CIF-OMS, 2004).

Em suma, a *“OMS assume o compromisso de continuar os seus esforços no sentido de garantir que pessoas com incapacidades beneficiem da classificação e da avaliação e não sejam privadas dos seus direitos ou discriminadas”* (CIF-OMS, 2004).

1.9. QUALIDADE DE VIDA DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA MENTAL

“Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana e abrange muitos significados que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades. Tais significados refletem o momento histórico, a classe social e a cultura a que pertencem os indivíduos.”

Dantas, Sawada & Malerbo (2003).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1995), o termo qualidade de vida (QV) é definido como, a *“percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto de cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e percepções”* (WHOQOL Group, 1994, cit. in Teixeira, 2012).

Por outro lado, Sheppard-Jones, Prout & Kleinert (2005 cit. in Custódio, 2011), concluíram que, a qualidade de vida pode e deve ser considerada como, um *“conceito universal em toda e qualquer experiência humana, sem se desgastar nas condições de dificuldades, nos escalões etários e estatutos socioeconómicos.”*

Em 1986, a Organização Mundial de Saúde, na Carta de Ottawa para a promoção da saúde, definiu o conceito de qualidade de saúde como sendo um *“processo que permite capacitar a pessoa a aumentar o controlo e a melhorar a sua saúde, devendo cada sujeito ser capaz de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades e modificar ou lidar com o meio envolvente”* (Teixeira, 2012).

Assim, o conceito de qualidade de vida tem evoluído ao longo dos anos, tornando-se recentemente um importante assunto no âmbito da deficiência mental. O aumento de interesse sobre esta temática demonstra que cada vez mais a *“comunidade se interessa pelos ataques feitos à dignidade destas pessoas, muitas vezes em nome da humanidade”* (Schalock, 1990 cit. in Afonso, 2008). Atualmente, este conceito é utilizado como sendo um princípio primordial, para a melhoria da vida das pessoas com deficiência mental, assim como testar a validade social dos atuais esforços, em redução e reabilitação (Verdugo & Schalock, 2001, cit. in Afonso, 2008).

A evidência científica tem demonstrado que, existem vários modelos de qualidade de vida aplicados à pessoa com deficiência. Schalock identifica que a qualidade de vida é um conceito que reflete as condições de vida desejadas por uma pessoa, tendo em conta oito necessidades fundamentais que apresentam o núcleo das dimensões da vida de cada um, nomeadamente: bem-estar emocional, relações interpessoais, bem-estar material, desenvolvimento pessoal, bem-estar físico, autodeterminação, inclusão social e finalmente direitos (Verdugo & Schalock, 2001, cit. in Afonso, 2008). Ainda segundo os mesmos autores, compreende-se que neste modelo as dimensões e indicadores estruturam-se de acordo com um triplo sistema: microsistema (diz respeito ao ambiente social imediato que afeta diretamente a vida da pessoa: família, amigos e local de trabalho), mesossistema (refere-se à comunidade e às organizações que afetam diretamente o funcionamento do microsistema) e, finalmente, o macrossistema (é constituído pelos padrões gerais de cultura: tendências sociopolíticas, sistemas económicos, fatores relacionados com a sociedade que diretamente influenciam os valores e preconceitos).

Da pesquisa feita, tem-se verificado ainda que, nos últimos anos, houve um significativo crescimento no interesse da avaliação da qualidade de vida de pessoas com deficiência mental, como medida na avaliação da intervenção terapêutica, de serviços e da prática assistencial quotidiana na área da saúde (Minayo, Hartz & Buss, 2000 cit. in Teixeira, 2012).

Resumindo, e com base no que foi referido anteriormente, a qualidade de vida é a *“percepção do indivíduo acerca da sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e os sistemas de valores nos quais vive, sendo o resultado da interação entre os seus objetivos e*

expetativas e os indicadores objetivos definidos para o seu ambiente social e cultural” (CRPG, 2007).

1.10. ATITUDES FACE À DEFICIÊNCIA MENTAL

“É sempre a altura certa de fazer a coisa certa.”

Martin Luther King, Jr.

Segundo alguns investigadores, o estudo das atitudes tem sido objeto de especial reflexão, por parte de inúmeros autores, em todas as épocas. De acordo com Chaplin (1981), a atitude é uma tendência relativamente estável e duradoura, que permite que a pessoa tenha um certo comportamento, em relação a pessoas, objetos, instituições ou acontecimentos (Ramos, 2005).

Pela apreciação das publicações pesquisadas, sobre o conceito de atitude, fica evidente que, para além das opiniões e sentimentos, as atitudes envolvem uma predisposição para se comportar de uma determinada forma. Sentimos rejeição em relação a algo que consideramos negativo ou perigoso (Reis & Vilar, 2004).

Para Insko e Schopler (1980, cit. *in* Fuertes & López, 1999), as atitudes envolvem uma predisposição para se comportar de determinada forma, são constituídas por opiniões e sentimentos plausíveis de serem alteradas, a partir de novos conhecimentos, determinando assim a forma de atuar e pensar do próprio indivíduo. Esta predisposição, segundo Félix, I. (1995, cit. *in* Vieira, 2013) é subdividida em: opiniões ou crenças (componente cognitiva), sentimentos (componente afetiva) e comportamentos (componente comportamental). Como se depreende, as três componentes das atitudes, reforçam-se mutuamente (Reis & Vilar, 2004). Triandis (1971), segundo Paixão (1993, cit. *in* Ramos, 2005), sugere um “*pensar*”, “*sentir*” e “*agir*”, por parte do sujeito, perante uma realidade social.

As atitudes vão sendo formadas ao longo da vida, no decorrer de acontecimentos e experiências vividas. Thurstone (1928, cit. *in* Pires, I. 2014) afirma também que “*as atitudes*

são adquiridas no processo de integração do indivíduo na sociedade, ou seja são confiscadas no meio social, fazendo parte de uma cultura, comunidade e família, o indivíduo obtém-nas usualmente, sem ter consciência, aceitando-as como as melhores.”

Nicolas & Fischer (1992, cit. in Ramos, 2005), estabelecem distinção entre atitudes centrais (às quais o indivíduo atribui maior importância, representam as opiniões, crenças e expressam a visão da realidade que se traduz em acumulação de trabalho, sociedade, política, etc.) e atitudes periféricas (às quais o indivíduo atribui menor importância e mantém relações mais distantes).

Verifica-se que, desde sempre existiram opiniões contraditórias, face à pessoa com deficiência mental. Se por um lado, ganhavam forma os sentimentos de repulsa e indiferença, por outro, constatavam-se comportamentos de superproteção e de comiseração. A este propósito, Andrada (1991 cit. in Ramos, 2005), salienta haver uma *“grande falha na aceitação do indivíduo com deficiência como sendo útil e produtivo, dentro das suas limitações. Este é ainda olhado apenas com comiseração; lamenta-se a sua situação, olhando-o apenas pelos aspetos negativos, esquecendo todas as suas reais possibilidades.”*

Assim sendo, Foster-Fishman et al., (2007, cit. in Silva, 2012), referem que a sociedade acredita que a pessoa com deficiência mental não é capaz de obedecer e cumprir às expectativas “normais” de vida, sendo portanto considerada numa posição inferior.

Não obstante, atualmente, caminha-se para uma maior consciencialização e compreensão sobre esta temática. Assim sendo, Thomas (1984), segundo Pires (1997, cit. in Ramos, 2005), refere existirem evidências de que as atitudes perante a pessoa com deficiência mental tornaram-se mais humanas ao longo dos anos, provavelmente pelo facto de que estas, inicialmente negativas, tenham sido resultado da falta de informação que gradualmente foram sendo alteradas.

Um maior conhecimento da temática pode-se refletir numa melhor abordagem, favorecendo o cumprimento dos direitos das pessoas com deficiência. Da pesquisa efetuada, verifica-se que existem alguns documentos de âmbito internacional que salientam a importância dos direitos e da igualdade de oportunidades para as pessoas com deficiência. Entre outros, assumem particular destaque as *“Normas para a Igualdade de Oportunidades*

das Pessoas com Deficiência”, adotadas em 1993, pela ONU e pelos Estados-Membros (Nações Unidas, 1993).

Em suma, importa salientar que as atitudes são processos dinâmicos, em constante formação e mudança, influenciando as relações intra e intergrupais. É neste processo interativo que a pessoa, com deficiência mental, irá consolidar as suas crenças, sentimentos, valores e normas.

1.11. A PESSOA COM DEFICIÊNCIA MENTAL E A FAMÍLIA

Ao longo dos anos, o conceito de família nem sempre tem sido visto da mesma forma. Segundo Gameiro (1992) citado por Febra (2009), a família *“é uma rede complexa de relações e emoções que não são passíveis de ser pensadas com os instrumentos criados para o estudo dos indivíduos (...), a simples descrição de uma família não serve para transmitir a riqueza e a complexidade relacional desta estrutura.”*

Minuchim (1992, cit. in Costa, 2012), define família como sendo uma *“unidade social onde se estabelecem laços afetivos”*. Para o autor, cada família é diferente da outra: estabelece relações únicas e, ainda, uma dinâmica e organização próprias, determinando o equilíbrio entre si e o mundo exterior.

Na perspetiva de Alarcão (1990) citado por Febra (2009), tal como um sistema, a família goza da propriedade da totalidade, isto é, *“a vida em família é algo mais do que a soma das vidas individuais dos seus componentes, (...) e o comportamento de cada um é indissociável do comportamento dos restantes”*.

Também para Febra (2009, cit. in Costa, 2012), a família desempenha um papel de extrema importância no comportamento humano, na formação da personalidade do próprio indivíduo, no curso da moral e, na evolução mental e social do mesmo. A este propósito, a autora defende ainda que, o desenvolvimento saudável dos membros da família depende de interações que existem entre cada elemento e o sistema no seu todo, pois é na família que se desenvolvem experiências, resultando situações de realização e fracasso, de saúde e doença.

De acordo com esta autora, a família ideal é considerada como sendo a que proporciona espaços de: apoio, compreensão, aceitação e ambiente propício à individualidade e à busca de realização dos seus membros. Assim, o papel da família estável, visa proporcionar um espaço de descoberta, na qual as crianças possam aprender a ser humanas, amar, formar a sua própria personalidade, desenvolver a sua auto-imagem e ainda, relacionar-se com a sociedade (Costa, 2012).

Magalhães (1997), segundo Batista (2007, cit. *in* Febra, 2009) postula a existência de vários tipos de família: 1). as **rígidas** (são famílias perfeccionistas, que mantêm normas e sanções rígidas e apresentam ainda dificuldades em solucionar as crises dos seus elementos); 2). as **laissez-faire** (são famílias que não estabelecem limites, os seus membros não têm as condições mais favoráveis à aprendizagem); 3). as **aglutinadas** (são famílias muito voltadas para si, isolando-se da comunidade e dificultando a individualização e a identidade). As últimas, 4). as **desorganizadas** (são famílias, onde falta a estrutura e a coesão e como têm autonomia exagerada, os elementos da família podem sentir-se abandonados).

Devido à variação entre fases estáveis e menos estáveis, as quais levam às condições de stress de uma família, Hill (1958) citado por Vaz Serra (1999) descreve como indutora de stress familiar, toda aquela situação que seja nova, para a qual a família não está preparada, e constitui por isso, um problema. McCubbin & Patterson (1982), segundo Vaz Serra (1999) acrescentam que um acontecimento indutor de stress é suscetível de promover modificações no sistema familiar, nas suas fronteiras, nas interações, nos valores e finalidades.

Em termos gerais, a família constitui o primeiro universo de relações sociais da criança, especialmente os pais, que são considerados os primeiros prestadores de cuidados, os modelos de comportamento, os disciplinadores assim como os agentes de socialização, desempenhando, desta forma, um papel evidente de educadores dos seus filhos (Coutinho, 2004). Na esteira de Baker (1989, cit. *in* Coutinho, 2004), salienta-se a ideia de que ninguém se encontra preparado para se tornar pai (e portanto educador) de uma criança com deficiência mental, pois a mesma requer atenção e cuidados específicos.

Desta forma, o diagnóstico de um filho com deficiência mental é um potencial obstáculo, para o sistema relacional. A família como um sistema, e o adequado funcionamento do mesmo, pode entrar em *rutura* quando os processos psicológicos ou de

interação social se tornem desorganizados, distorcidos ou sofram outro tipo de tensão (Coelho & Coelho, 2001).

Nesta linha de raciocínio, cada membro da família vivencia, de maneira particular, a chegada de uma criança com deficiência. Segundo Byrne & Cunningham, (1985); Turnbull et al., (1986), citados por Ferreira (2011), *“A existência de uma criança com deficiência mental numa família, tem efeitos marcados em todos os seus membros e em todos os aspetos da vida familiar.”*

Tal entendimento sugere que, as famílias de pessoas com deficiência sofrem restrições em todos os setores da vida. A reorganização familiar só ocorre após a superação do momento crítico, o qual não tem tempo definido, dependendo de cada caso e de como a família reage às situações, as quais, por si só, dificultam a mudança adaptativa do problema (Sprovieri, & Assunção Jr., 2005).

Neste contexto, segundo Andrada (1981, cit. in Ferreira, 2011), as principais implicações das deficiências para a família são:

“1. Fase de luto (pela morte do filho imaginário); 2. Sentimento de culpa (que mal fiz para merecer esta situação); 3. Diminuição de auto-estima (como vou encarar os outros); 4. Perturbações na relação (muitas vezes, se há outros filhos, estes vêm ressentir-se dos cuidados que são dispensados à criança com deficiência); 5. Dificuldade de interação (como passar mensagens de cariz afeto/relacional como: gosto de ti, és capaz, o sorriso,...); 6. Desconhecimento da situação (como ajudar); 7. Receio pelo futuro; 8. Stress (regra geral, são necessários cuidados acrescidos) e 9. Custos económicos acrescidos”.

No entanto, é importante referir e lembrar o pensamento de Coelho & Coelho (2001), *“a relação da família com a sua criança deficiente é vivida subjetivamente sobre dois modos complementares e contraditórios: a identificação e a diferença”.* Os autores consideram que o equilíbrio psicológico da família centra-se na *“(...) harmonia destes dois polos, aparentemente opostos.”* A tensão entre a "identificação" e a "diferença" que encontramos nos membros de todas as famílias normais é, nestas famílias, vivido de uma forma exacerbada (Idem, 2011).

Considera-se, deste modo, que existem famílias que são capazes de desenvolver padrões de resiliência familiar, conseguindo enfrentar e adaptar-se aos problemas com que

se deparam (Carvalho, 2009). Walsh (1998) enuncia a ideia de Souza (2003, cit. in Carvalho, 2009), quando salienta que, *“resiliência familiar é ter forças mesmo submetido ao stress. É ter habilidade de se recuperar – e crescer, ser mais forte – das crises da vida e de uma prolongada adversidade. Mais do que simplesmente lidar com a adversidade e se adaptar, a resiliência envolve o crescimento positivo para além do sofrimento e do esforço.”*

É importante também ter em consideração que, será fundamental promover o fluxo de recursos e apoios à família, de modo a fortalecer o seu funcionamento, promover o crescimento e o desenvolvimento dos seus membros e da família como um todo, por forma a promover um estilo de funcionamento mais positivo e, conseqüentemente, melhorar o bem-estar dos seus membros individualmente (Coutinho, 2004). Na opinião do autor, os programas de formação ou de treino de competências parentais, constituem excelentes oportunidades para melhorar os níveis de informação, e as competências educativas parentais, verificando-se mesmo, em vários estudos, resultados bastante positivos em termos da percepção de autoeficácia, no desempenho da função parental (Idem, 2004).

De facto, e como refere Fewell (1986, cit. in Coutinho, 2004), *“a existência de uma criança, com deficiência mental, no seio de uma família, coloca exigências que podem dificultar a capacidade da mesma para funcionar eficazmente e torná-la mais vulnerável a influências, situações e transações com o envolvimento.”*

Nesta ótica, a família tem de ser flexível e criadora da sua adaptação. Vaz Serra (1999) salienta que, a família deve saber desdramatizar e encontrar soluções alternativas para os seus problemas. Deve ter a flexibilidade suficiente para se dispor à mudança, quando tal é necessário e ainda, deve incentivar o crescimento e a maturação dos seus membros, fazendo-os sentir-se aceites, autónomos e confiantes.

Com base nos pressupostos referidos anteriormente, importa salientar que, apesar dos diferentes tipos de família e das mudanças que ocorrem na mesma, esta é, sem dúvida, o primeiro dos grupos sociais a que cada um de nós pertence, desde que nasce até que morre. A criança, com deficiência mental, influencia a dinâmica interna e as estruturas sociais exteriores à família.

1.12. INCLUSÃO SOCIAL DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA MENTAL

“Considera-se pessoa com deficiência aquela que, por motivo de perda ou anomalia, congênita ou adquirida, de estrutura ou função psicológica, intelectual, fisiológica ou anatômica suscetível de provocar restrições de capacidades, pode estar considerada em situações de desvantagem para o exercício de atividades consideradas normais tendo em conta a idade, o sexo e os fatores socioculturais dominantes.”

(Art. 2, da Lei de Bases da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência – Lei nº 9/89 de 2 de Maio).

Ao longo da história sobre a deficiência, o seu conceito tem sofrido enormes variações, sem que se tenha conseguido consensualizar uma única definição. Para Diniz, Squinca & Medeiros (2007, cit. in Dias, L. 2011), a *“deficiência é caracterizada pela incapacidade que determinado ser humano sente no decorrer da sua vida e no desempenhar de determinadas atividades desenvolvidas num determinado contexto social e cultural”*. Neste sentido, para além das dificuldades pessoais causadas pela incapacidade que o indivíduo com deficiência mental possui, enfrentam ainda as dificuldades que a sociedade lhe impõe.

Para tal, é fundamental que cada um de nós inicie uma transformação individual. A inclusão social dos cidadãos com deficiência é com frequência difícil, uma vez que esta é uma população muitas vezes esquecida, existindo inúmeras barreiras por ultrapassar. De acordo com Carvalho (2006, cit. in Martins, 2013), independentemente do *“locus das barreiras”*, elas devem ser identificadas para serem enfrentadas, não como obstáculos, mas sim como desafios.

Para Salend (1998), citado por Martins (2000), a inclusão constitui *“um movimento de famílias, professores e membros da comunidade, com vista à criação de escolas e outras instituições sociais, baseadas na aceitação, pertença e sentido comunitário”* (Mata, 2006).

Do ponto de vista concetual, a inclusão da pessoa com deficiência tem de ser vista como um todo. Significa torná-las ativas na vida social, económica e política, tendo em conta os seus direitos na sociedade. Na verdade, a deficiência não é impeditiva do exercício de um

papel ativo na sociedade. Assim sendo, Turmusani (2002) segundo Fontes (2009 cit. *in* Santos, A. 2014) considera que as desigualdades sociais, a que as pessoas com deficiência estão sujeitas, resultam do facto de as sociedades desenvolvidas estarem organizadas em torno das necessidades das pessoas sem deficiência.

A este propósito, para uma plena inclusão social, é necessário preocuparmo-nos com o bem-estar do outro e ainda, ter em conta a satisfação de vários aspetos inerentes ao indivíduo, para que estes se sintam incluídos e satisfeitos na sociedade onde vivem. O artigo 26º, da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, reconhece o direito das pessoas com deficiência a *“beneficiarem de medidas destinadas a assegurar a sua autonomia, a sua integração social e profissional e a sua participação na vida da comunidade”* (Martins, 2013).

Tendo em conta o pensamento de Sasaki (1997, cit. *in* Cunha, 2010), a inclusão social não é estática, esta varia consoante as necessidades, vontades e desejos de cada indivíduo, podendo ocorrer em diferentes contextos, atendendo a que esta depende das interações sociais e variedade das características pessoais dos intervenientes. Neste sentido, Oliveira, Nogueira & Neves (2004, cit. *in* Santos, A. 2014) defendem que, a inclusão social passa pelo desenvolvimento de caminhos de trabalho, com as próprias pessoas com deficiência, e ações perante a sociedade, que deverá adaptar-se de acordo com a diversidade que nela existe.

Parece-nos importante reter, também, a existência do conceito sobre exclusão social. Para Capucha (2005), citado por Santos, (2014), a exclusão constitui uma realidade dinâmica, que depende da trajetória de vida das pessoas, dos processos de construção social de direitos, deveres, bem como da construção da identidade e representação social de cada indivíduo. Este autor considera ainda que, a exclusão é um fenómeno multidimensional, que contempla dimensões materiais, subjetivas e relacionais, ao mesmo tempo que coloca em evidência, a importância da classe de pertença social, relação entre pessoas e instituições, recursos e regras que lhe irão conferir o acesso aos direitos (Santos, 2014).

Com efeito, David Rodrigues (2000) considera que, a *“exclusão, por vezes, não será propriamente fruto de uma diferença mas o resultado de uma construção social, um colocar à margem, o assumir de uma autoridade sobre o direito à igualdade”* (Mata, 2006). Na opinião de Clavel (2004, cit. *in* Dias, L. 2011), a exclusão é definida em termos do conceito de

negação ou privação de direitos: *“o não respeito, pelos direitos civis, sociais, políticos, que são declarados, abertos a todos numa dada entidade geográfica, tais como o acesso ao trabalho, aos cuidados de saúde, ao alojamento. A privação de fatos dos direitos é uma das características da exclusão”*.

Neste contexto, os anos 60 marcam o início de novas práticas e novas políticas, com vista à integração social da pessoa com deficiência, como resultado da emergência de um grande número de instituições especializadas, no acolhimento de pessoas com deficiência (Sasaki, 1997 cit. *in* Santos, 2014).

Não deixa de ser interessante notar algumas alterações nas políticas da deficiência após 2006, com a aprovação da Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência (Resolução 61/2006) (Santos, 2014). Neste sentido, é importante lembrar a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, artigo 1º onde se pode ler:

“O objeto da presente Convenção é promover, proteger e garantir o pleno e igual gozo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua dignidade inerente. As pessoas com deficiência incluem aqueles que têm incapacidades duradouras físicas, mentais, intelectuais ou sensoriais, que em interação com várias barreiras podem impedir a sua plena e efetiva participação na sociedade em condições de igualdade com os outros.”

Deste modo, é fundamental perceber que, a Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência constitui um marco histórico na garantia e promoção dos direitos humanos de todos os cidadãos, e em particular das pessoas com deficiência. No artigo 27º, pode ler-se que, os Estados *“(...) reconhecem o direito das pessoas com deficiência a trabalhar, em condições de igualdade com as demais, isto inclui a oportunidade de ganhar a vida através de um trabalho livremente escolhido ou aceite num mercado e ambiente de trabalho aberto, inclusivo e acessível a pessoas com deficiência (...).”*

Ainda no âmbito das *“Normas para a Igualdade de Oportunidades das Pessoas com Deficiência”*, adotadas em 1993, pela ONU e pelos Estados-Membros (Nações Unidas, 1993), relativamente à política de emprego, a norma 7 salienta: *“os Estados devem apoiar ativamente a integração das pessoas com deficiência no mercado normal de trabalho. Este*

apoio dinâmico pode realizar-se através de diversas medidas, tais como: a formação profissional, esquemas de quotas de emprego, reserva de emprego ou em áreas específicas, empréstimos ou subsídios à instalação de pequenas empresas, contratos de exclusividade ou direitos prioritários de produção, benefícios fiscais, preferência contratual e outras formas de apoio técnico ou financeiro às empresas que contratem trabalhadores com deficiência. Os Estados devem ainda incentivar os empregadores para que tomem as medidas adequadas à adaptação de postos de trabalho e eliminação de barreiras arquitetónicas facilitadoras do emprego de pessoas com deficiência” (Cadernos SNR, nº 3, 1995).

No Plano de Ação para Integração das Pessoas com Deficiência ou Incapacidade 2006-2009 (PAIPDI), foi também considerada a qualificação e promoção da inclusão no mercado de trabalho das pessoas com deficiência e incapacidade. Neste documento salientamos o eixo 2, onde é tratada a questão do emprego e da formação profissional. O PAIPDI contempla cinco objetivos: *“a promoção dos direitos humanos e do exercício da cidadania, a integração das questões da deficiência e da incapacidade nas políticas sectoriais, a acessibilidade a serviços, equipamentos e produtos, a qualificação, formação e emprego das pessoas com deficiências ou incapacidade, e a qualificação dos recursos humanos/formação dos profissionais e conhecimento estratégico” (PAIPDI, 2006).*

Assim sendo, os diferentes documentos legais procuraram, deste modo, promover a inclusão social e profissional, da pessoa com deficiência. Na tentativa de promover a inserção profissional da pessoa com deficiência, verifica-se ainda que, têm-se vindo a desenvolver vários projetos de formação e integração profissional. Na opinião de Ana Santos (2014), a formação profissional adequada, apresenta-se assim, de crucial importância na promoção da inclusão das pessoas com deficiência na sociedade, facultando a aquisição de competências necessárias à sua integração no mercado de trabalho, e transformando-os em cidadãos economicamente ativos.

A este propósito, o Centro de Atividades Ocupacionais (CAO) é uma resposta social que surge da necessidade de prestar apoio aos jovens e adultos com deficiência mental, bem como outras incapacidades, com vista ao desenvolvimento e manutenção das suas autonomias pessoais, sociais, e ainda do seu equilíbrio biopsicoemocional. Assim, pressupõe a ação de uma equipa multiprofissional, cuja intervenção é realizada de acordo com as necessidades, potencialidades e expectativas da pessoa com deficiência.

Segundo o Instituto da Segurança Social (2007), o CAO tem como principal objetivo *"promover e disponibilizar condições que contribuam para uma vida com qualidade através do desempenho de atividades socialmente úteis, sempre que possível na comunidade, com vista ao desenvolvimento das suas capacidades, como seres ativos, criativos e criadores."*

Além disso, Correia (2003), citado por Garcia (2011), menciona que os CAO's visam disponibilizar às pessoas com deficiência, atividades socialmente úteis, que lhes permitam uma valorização pessoal e tirar proveito das suas capacidades, quer na perspetiva de uma eventual integração no regime do emprego protegido, quer na perspetiva de manter as pessoas com deficiência simplesmente ativas e interessadas.

Acima de tudo, é importante ter em consideração que, estas formas de apoio visam, quer a valorização pessoal das pessoas com deficiência, quer a sua integração e participação social, o que se traduz também numa ajuda às respetivas famílias.

Neste sentido, a inclusão de uma pessoa com deficiência no mercado de trabalho não se apresenta como tarefa fácil, uma vez que, aos constrangimentos de ordem pessoal ainda há que acrescentar as barreiras físicas, sociais e culturais criadas pela própria sociedade à sua integração (Santos, 2014).

A sociedade civil apresenta em estreita cooperação com o Estado, o papel determinante no desenvolvimento e efetivação das políticas e da ação no âmbito da deficiência e incapacidade (PAIPDI, 2006).

Um dos grandes passos que foi dado no sentido de respeitar os direitos dos cidadãos com deficiência no nosso país iniciou-se em 1976, com a Constituição da República Portuguesa (Lei Constitucional nº 1 de 2005, oitava revisão). Esta Lei refere como princípios gerais no artigo 12º, no nº1, o princípio da universalidade, que *"todos os cidadãos gozam de iguais direitos"*. Por sua vez, o artigo 13º nº1 e nº2 refere-nos que *"todos os cidadãos têm a mesma dignidade social e são iguais perante a lei (...) ninguém pode ser privilegiado, beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito, ou isento de qualquer dever em razão da ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual"* (CRP, 2005).

Tal entendimento sugere que, a CRP representa, portanto, o ponto de viragem para as pessoas com deficiência em Portugal, bem como o início da responsabilização do Estado face a todos os seus cidadãos.

Com todos os obstáculos que vão surgindo nesta caminhada, nunca é demais relembrar que é fundamental o fortalecimento dos direitos e participação dos indivíduos, sujeitos a discriminação ou exclusão social, como é o caso das pessoas com deficiência. De acordo com Pinto (2001), o *empowerment*, pretende favorecer a efectiva participação dos cidadãos na vida social, económica, política e cultural, e uma distribuição mais equitativa dos recursos. Para atingir este objectivo tem que haver também um processo de distribuição de poder (Fazenda, s/d).

Acima de tudo, é importante ter em consideração que, *“todo o ser humano tem o direito inerente à vida e tomam todas as medidas necessárias para assegurar o seu gozo efetivo pelas pessoas com deficiência, em condições de igualdade com as demais”* (Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência). Em suma, *“o respeito pela diferença e aceitação das pessoas com deficiência como parte da diversidade humana e humanidade”* (Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência).

CAPÍTULO II

SEXUALIDADE NA DEFICIÊNCIA MENTAL

CAPÍTULO II

2. SEXUALIDADE NA DEFICIÊNCIA MENTAL

2.1. ASPETOS GERAIS

“A Sexualidade faz parte da nossa conduta. Ela faz parte da liberdade em nosso usufruto deste mundo.”

Michel Foucault.

A sexualidade, como todas as realidades complexas, não pode ser definida a partir de um único ponto de vista, uma só ciência ou umas quantas palavras. O que hoje sabemos sobre a sexualidade é o resultado de múltiplas aproximações feitas a partir de diferentes ciências (López & Fuertes, 1999). O comportamento sexual é um dos comportamentos humanos mais significativos em todas as etapas da vida, seja qual for a forma que assuma em cada indivíduo (Idem, 1999).

A sexualidade humana é um dos domínios em que de uma forma muito acentuada, se encontram aspetos de ordem psicológica e sócio-cultural cuja influência é determinante (Félix & Marques, 1995).

Historicamente, o conceito de sexualidade esteve durante muito tempo regulado por preconceitos morais e religiosos e a sua expressão apenas no matrimónio. No mundo ocidental, as pessoas com deficiência têm sido desvalorizadas, ignoradas, alvo de desconfiança e tratadas de formas que as privam dos prazeres normais da vida (Cardoso, 2006, cit. *in* Gama, 2015).

Até ao século XIX o conceito de sexualidade estava diretamente ligado à reprodução, embora seja só a partir desta altura que surgem novas abordagens, ligadas às áreas científicas (psicanálise e antropologia) e promovem ainda, o reconhecimento da sexualidade como uma componente importante do desenvolvimento do indivíduo durante

toda a vida (Antunes, 2007, cit. in Carneiro, 2014). Com efeito, o autor acrescenta que *“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”* (Idem, 2014).

Nesta mesma linha, Giddens (1996) citado por Antunes (2007) 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”*. Além da componente biológica da sexualidade, esta passou também a ter uma componente social e psicológica, o que nos revela as diferentes culturas e as diferentes épocas (Carneiro, 2014).

Neste contexto é fácil perceber que a sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais (Cunha, Pires, & Vilar, 2012 cit. in Vargem, 2013).

É ainda importante referir que, de acordo com Pascoal (2009) citado por Vargem (2013), a sexualidade é um *“dinamismo complexo, profundo e amplo que abarca também toda a pessoa: a soma de comportamentos e sentimentos do indivíduo não como ser sexuado mas sim como homem ou mulher.”*

Partindo deste contexto, Moraes (2006) citado por Pereira (2013) refere:

“A sexualidade, quando inserida nas circunstâncias de vida de uma pessoa, participa do seu processo de desenvolvimento e é um instrumento que possibilita experiências indispensáveis ao crescimento pessoal, à autonomia e ao desenvolvimento da individualidade. Percebemos que há um vínculo estabelecido entre a sexualidade e a cidadania, acreditando que, pela vivência saudável da sexualidade, cada um aprende a relacionar-se melhor consigo mesmo e com o outro, percorrendo um caminho mais seguro na construção da sua identidade e, em consequência, da sua cidadania.”

Nesta linha de pensamento, OMS (1998), referido por Costa & Oliveira (2011), define a sexualidade como sendo *“uma necessidade básica e uma característica da pessoa que não pode ser separada dos outros aspetos da vida; a sexualidade não significa o mesmo que coito e não se restringe à fase orgástica: é muito mais do que isso, é a energia que*

motiva a procura do amor, é o contacto e a intimidade que se expressa no modo de sentir e no modo das pessoas tocarem e serem tocadas. A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações, bem como a saúde física e a saúde mental” (Silva, 2012).

A sexualidade manifesta-se sobretudo nos nossos comportamentos, sentimentos e atitudes, não apenas nos nossos conhecimentos. A OMS vai mais longe e reconhece que a sexualidade é *“(...)uma energia que nos motiva para encontrar o amor, contacto, ternura e intimidade, ela integra-se no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual. A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental” (Frade, 1999, cit. in Pereira, 2013).*

Outra ideia a reter é a de que, segundo Gomes (1995), *“a sociedade encara a sexualidade dos indivíduos com deficiência como redutora e enviesada, não aceitando, na prática, os seus direitos humanos universais baseados na liberdade, dignidade e igualdade inerentes a todos os seres humanos” (IPPF, 2008, cit. in Pereira, 2013).*

Em termos gerais, podemos lembrar que, a pior e mais difícil barreira a transpor é mesmo, a imposta pela sociedade, em virtude de ainda se verificarem atitudes discriminatórias, de ignorância e intolerância, face à sexualidade das pessoas com deficiência.

Assim, conclui-se que, mais importante do que apoiar e aceitar as pessoas com deficiência, é ensinar, educar e transmitir à sociedade, os valores subjacentes à sua integração.

2.2. EVOLUÇÃO DAS CONCEÇÕES SOBRE A SEXUALIDADE NA DEFICIÊNCIA MENTAL

(...) A sexualidade, quando inserida nas circunstâncias de vida de uma pessoa, participa do seu processo de desenvolvimento e é um instrumento que propicia experiências indispensáveis ao crescimento pessoal, à autonomia e ao desenvolvimento da individualidade. Percebemos que há um vínculo estabelecido entre a sexualidade e a cidadania, acreditando que, pela vivência saudável da sexualidade, cada um aprende a relacionar-se melhor consigo mesmo e com o outro, percorrendo um caminho mais seguro na construção da sua identidade e, em consequência da sua cidadania.”

Frade et al (2009, cit. in Vieira, 2013).

A sexualidade tem vindo a ser encarada, ao longo da evolução histórica de várias perspetivas. Desta forma, a vivência da sexualidade pelos indivíduos, nos diversos papéis, ao longo da história é, de facto importante para a análise da sexualidade da pessoa com deficiência.

Lang (1992, cit. in Ramos, 2005), distingue três períodos na história das conceções mais recentes sobre a sexualidade das pessoas com deficiência: o primeiro período, refere-se às décadas de 50, 60 e inícios dos anos 70; o segundo período situa-se entre o começo dos anos 70 e 1983; finalmente o terceiro período, corresponde ao espaço de tempo que vai de 1983 até ao início dos anos 90.

Neste sentido, o autor caracteriza o **primeiro período** através de traços muito gerais. Neste período, a sexualidade da pessoa com deficiência surge como objeto de estudo disciplinar de determinadas áreas, nomeadamente, a psicologia, a pedagogia e como tema de debates de ordem político-social, filosófica e religiosa. Neste período surgem os primeiros passos na tentativa de estudar as situações e os conflitos observados, com vista a poderem ser encontrados parâmetros para a compreensão da sexualidade na deficiência mental (Ramos, 2005).

Para o autor, no **segundo período**, assiste-se a um aumento do número de publicações assim como de estudos realizados sobre a temática em questão. Estes trabalhos revelam a influência de estudos anteriores sobre psicopatologia dinâmica. O comportamento sexual começa a ser descrito de forma contextualizada, dá-se ênfase, para

além do nível intelectual e idade real do indivíduo, a parâmetros como o desenvolvimento sensório-motor e cognitivo, relações afetivas, meio sociocultural, entre outros. No entanto, Lang (1992), considera que *“é nesta fase que se faz diferenciação clara entre vários aspetos que podem influenciar a vida sexual do indivíduo com deficiência mental: a idade, o grau de deficiência e o meio em que vivem (rural/urbano) são alguns aspetos a ter em conta”* (Ibidem, p. 45).

Segundo o mesmo autor, no **terceiro e último período**, são aprofundadas algumas das características do período anterior. Lang (1992) acredita que a ênfase principal nos trabalhos que surgem neste período dá-se a partir da noção de representação. Assim, começa-se a dar importância à análise das representações que o meio envolvente tem na sexualidade da pessoa com deficiência mental. O autor sublinha ainda *“a necessidade de reconhecer a legitimidade da expressão do desejo sexual por parte desta população”* (Ibidem, p. 46).

2.3. ASPETOS PSICOLÓGICOS DA SEXUALIDADE

“Todos os deficientes têm direito a uma vida plena. Eles partilham dos mesmos sentimentos e esperanças, fantasias e medos, dúvidas e ansiedades, como o resto das pessoas.”

Cameron (1976).

A literatura demonstra que a sexualidade está presente desde o princípio da existência do ser humano, manifesta-se desde o nascimento até a morte, de diferentes formas em cada etapa do desenvolvimento humano e, ainda, caracteriza-se por ser uma construção contínua ao longo da vida.

O desenvolvimento da sexualidade é uma etapa fundamental do desenvolvimento do ser humano (Bastos & Deslandes, 2005), é considerada uma necessidade fundamental do indivíduo e parte integrante da personalidade do ser humano (Held, 1992 cit. in Vargem, 2013). Inicia-se na infância, contudo, é na adolescência que se operam mudanças físicas e

psicossociais destinadas a dar à vida sexual infantil sua forma adulta (Gomes, 1996 cit. in Bastos & Deslandes, 2005).

Ao tecer considerações sobre a sexualidade, verifica-se ainda que, esta é intrínseca à condição humana, e como tal, a nível físico e biológico não existem diferenças significativas na área sexual. Contudo, o mesmo não acontece a nível dos aspetos psico-afetivos, atendendo que, a capacidade intelectual e adaptativa afeta a forma e o modo como a pessoa com deficiência vivencia a sua sexualidade (Pereira, 1997 cit. in Ramos, M. 2005).

A este propósito, importa referir que não nos podemos esquecer que as limitações das pessoas com deficiência mental na área cognitiva/intelectual afetam e incidem diretamente no desenvolvimento psicosexual. Consequentemente, este e a vivência da sexualidade, são diferentes no sentido em que são próprios e derivam do seu deficit cognitivo e socio-adaptativo (Gomes & Castilho, 2003).

A teoria do desenvolvimento psicosexual na infância defendida por Freud, refere que o desenvolvimento a nível emocional e sexual de uma criança acontece ao longo de cinco fases de desenvolvimento, marcados pela existência de conflitos e pela sua resolução gradual (Freud, 1983 cit. in Silva, 2013).

Nos seus estudos, Freud afirma, sobre a sexualidade, que as pulsões são de natureza sexual e por isso utiliza o termo *lívido* para designá-las. Para Freud (1905/2006) citado por Ribeiro (2013), refere que:

“O que distingue as pulsões entre si e as dota de propriedades específicas é sua relação com suas fontes somáticas e seus alvos. A fonte da pulsão é um processo excitatório num órgão, e seu alvo imediato consiste na supressão desse estímulo orgânico.”

A *lívido* existe no ser humano desde o seu nascimento e é através desta que são organizados o *“princípio do prazer”* e o *“princípio da realidade”*. Esta energia sexual é ainda *“responsável por outros princípios antagónicos: Eros (amor) e Thânatos (morte), ou seja, um princípio de vida e um princípio de morte”* (Ribeiro, 2013). Pode-se considerar que, o Eros está ligado às pulsões de vida e o Thânatos está ligado às pulsões de morte, e por este motivo, é considerado pelo autor como sendo mais poderoso que Eros, uma vez que, *“somente a morte poderá devolver a paz e o descanso”* (Idem, 2013).

Sobre a libido, Rappaport (1981/2005c, cit. in Ribeiro, 2013) afirma que:

“A libido é a energia afetiva original que sofrerá progressivas organizações durante o desenvolvimento, cada uma das quais suportadas por uma organização biológica emergente no período. Cada nova organização da libido, apoiada numa zona erógena corporal, caracterizará uma fase de desenvolvimento. Podemos definir uma fase de desenvolvimento como “a organização da libido, em torno de uma zona erógena, dando uma fantasia básica e uma modalidade de relação de objeto.”

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

As fases classificadas por Freud são: fase oral, fase anal, fase fálica, período de latência e fase genital. De seguida apresentamos, cada uma destas fases:

A **Fase Oral** inicia-se desde o nascimento até aos dois anos, a zona erógena é a boca. Nesta fase, é durante o ato de “mamar” que surgem as primeiras experiências de prazer (Costa & Oliveira, 2011). Desta forma, a criança descobre o mundo pela boca, por meio da sucção e da mordida. O seio materno torna-se objeto de prazer, tal como os seus substitutos, ou seja, a chupeta, o dedo, os alimentos.

Freud (1905) citado por Fiori (1981) relata que *“É pela boca que começará a provar e a conhecer o mundo. É pela boca que fará sua primeira e mais importante descoberta afetiva: o seio. O seio é o primeiro objeto de ligação infantil. É o depositário de seus primeiros amores e ódios”* (Costa & Oliveira, 2011).

O conflito da fase oral ocorre com o desmame. Caso seja uma fase onde as necessidades foram respeitadas, o bebê irá avançar para a seguinte fase tranquilamente, caso se verifique o contrário, o bebê poderá tornar-se desconfiado, visto que, o mundo não atende suas expectativas (Ribeiro, 2013).

A **Fase Anal** inicia-se por volta dos dois de idade e vai até aproximadamente aos três anos de idade e tem como zona erógena o ânus, sendo que, nesta fase a criança começa a controlar os esfíncteres, e ainda, o defecar ou o reter as fezes são o objeto de prazer.

Freud (2006) citado por Costa & Oliveira (2011), argumenta que *“tal como a zona dos lábios, a zona anal está apta, por sua posição, a mediar um apoio da sexualidade em outras funções corporais.”*

Destaca-se ainda a importância do conflito anal que ocorre com o controle esfinteriano, no qual a criança deverá aprender a controlar as suas fezes e a urina. Concomitante a este controle, a criança iniciará a socialização, a autonomia e a internalização de valores (Ribeiro, 2013). Assim sendo, quando as crianças conseguem obter o controle fisiológico, estas descobrem uma nova fonte de prazer (Carneiro, 2014).

A **Fase Fálica** inicia-se por volta dos quatro anos e vai até aos seis anos de idade e a região genital é a zona erógena. Nesta fase a criança começa a interessar-se pelos seus genitais, surge a curiosidade por ver os genitais dos seus pares e, conseqüentemente, descobre as diferenças anatómicas que existem entre o sexo masculino e o sexo feminino.

Nesta fase ocorre a masturbação, o exibicionismo e a curiosidade infantil. A este propósito, Freud (1905/2006) citado por Ribeiro (2013) sublinha que a masturbação é, *“a ação que elimina o estímulo e provoca a satisfação consiste num contato por fricção manual ou numa pressão (decerto preparada nos moldes de um reflexo) exercida com a mão ou unindo as coxas. Este último método é de longe o mais frequente nas meninas. Nos meninos, a preferência pela mão já indica a importante contribuição que a pulsão de dominação está destinada a fazer para a atividade sexual masculina.”*

De referir que Freud distingue três fases da masturbação infantil: I). no período da latência, II). por volta dos quatro anos de idade e a III). na fase da puberdade, que de acordo com o autor é a masturbação que merece ser levada em consideração (Idem, 2013).

É 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 aproximação e no desejo em relação à sua mãe. (Carneiro, 2014).

O conflito da fase fálica ocorre com o Complexo de Édipo, que é caracterizado por uma mistura de sentimentos e afetos, ora com agressividade e medo, ora com paixão, amor e ódio. Estes sentimentos e afetos têm origem em desejos sexuais em relação ao progenitor do sexo oposto (Ribeiro, 2013).

Em síntese, consideramos que é imperativo que a fase fálica é condicionada às fases anteriores, isto é, se a fase oral e anal tiverem sido vivenciadas de modo saudável, a fase fálica irá organizar-se tranquilamente.

A **Fase de Latência** ocorre dos seis anos aos doze anos, inicia-se com a solução do Complexo de Édipo e a zona erógena são os órgãos genitais. É ainda o período que sucede à genitalidade infantil e antecede a adulta, isto é, a fase fálica e a fase genital, bem como os desejos (Ribeiro, 2013).

A **Fase Genital** ocorre entre os doze anos e os dezoito anos, é a última fase do desenvolvimento psicosexual e conduz o indivíduo ao pleno desenvolvimento adulto. Nesta fase, a sexualidade genital já está definida, tem capacidade de criar vínculos afetivos e sexuais duradouros e o desenvolvimento cognitivo e social foi adquirido (Idem, 2013).

De acordo com Freud (1905/2006) citado por Ribeiro (2013) descreve esta fase como sendo *“a diferença desta última reside apenas em que a concentração das pulsões parciais e sua subordinação ao primado da genitália não são conseguidas na infância, ou só o são de maneira muito incompleta. Assim, o estabelecimento desse primado ao serviço da reprodução é a última fase por que passa a organização sexual.”*

Neste período que vai da puberdade até à idade adulta que fatores de ordem biológicos, psicológicos e sociais determinam a consolidação da identidade pessoal do indivíduo (Alves et al, 2004 cit. in Silva, 2013), leva os adolescentes a determinar a sua própria independência relativamente aos papéis de género (Sousa, 2006 cit. in Silva, 2013).

Alves, et al (2004) argumentam que, ao nível do campo psicológico, as mudanças sentidas assumem elevada importância, atendendo que, as transformações corporais que ocorrem, levam o adolescente a reorganizar-se a nível intrapsíquico e interpretação do seu próprio corpo (Silva, 2013).

López & Fuertes (1999 cit. in Ramos, 2005) em relação às implicações psicosssexuais das mudanças produzidas ao longo da fase da adolescência, colocam o adolescente perante a existência de determinados estereótipos de beleza, sobre os quais parece existir um enorme consenso dentro da nossa cultura.

Entre todas as modificações que se apresentam nesta etapa do desenvolvimento, que já é difícil para as pessoas “*ditas normais*”, a fase da adolescência complica-se ainda mais quando se refere as pessoas com deficiência mental (Gordon et al., 2004 cit. in Silva, 2013). Neste sentido, como afirma Loureiro (2001), “*as crianças com deficiência mental têm um desenvolvimento psicosssexual igual ao de uma criança “dita normal”, podendo apenas precisar de mais tempo para passar de uma fase para a outra*” (Silva, 2013).

Com base nesta ideia, é importante salientar que Allen Gomes & Castilho (2003) consideram que o desenvolvimento psicosssexual nas pessoas com deficiência processa-se de forma mais lenta e numa idade cronológica mais tardia, devendo-se isto a vários fatores, nomeadamente: a). às características da deficiência (dificuldades no processo de aquisição; consolidação e manutenção das aprendizagens; dificuldades no processamento linguístico e simbólico, entre outros); b). educação afetivo-sexual recebida; c). atitudes de familiares, educadores e da sociedade em geral e d). padrões de relações interpessoais estabelecidos.

Em síntese, é relevante salientar a ideia de Comarr & Vigue (1978) na qual referem que:

“a pessoa deficiente, tal como o a de corpo são, tem o direito de determinar se se quer expressar sexualmente ou não... O aconselhamento sexual deveria orientar-se no sentido de promover a capacidade do paciente tomar decisões em todos os aspetos da sua vida, incluindo a componente sexual.”

2.4. A SEXUALIDADE NAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA MENTAL

“A sexualidade dos deficientes mentais combina os dois aspetos da vida humana que maior carga emocional encerram:

SEXO E DEFICIÊNCIA MENTAL.”

Kempton (1983).

A sexualidade da pessoa com deficiência mental é inegável, atendendo que, como atributo humano, ela é inerente a qualquer pessoa a despeito de limitações incapacitantes de cunho biológico, psicológico ou social (Camossa & Maia, 2003). De um modo geral, o Ser Humano é um ser sexuado, sendo a sexualidade uma necessidade e uma categoria eminente no “self”, impossível de ser separada da sua personalidade (Albuquerque, 2003 cit. *in* Gama, 2015).

Por outro lado, como refere Duplay (1977), *“não há diferenças específicas entre a sexualidade dos deficientes mentais e dos outros seres humanos: todos somos mais ou menos deficientes. Não há uma sexualidade perfeita, nem completa mas um caminho da personalidade sexuada para um enriquecimento das suas estruturas próprias: intelectuais e orgânicas”* (Ramos, 2005).

Ao debruçar-nos numa temática tão controversa como a sexualidade da pessoa com deficiência mental, é importante referir que Kempton (1983 cit. *in* Ramos, M. 2002) observou quatro possíveis atitudes perante a sexualidade do indivíduo com deficiência mental: eliminá-la, tolerá-la, aceitá-la e cultivá-la.

Neste contexto, Craft & Craft (1978) segundo Félix (1997) chegam a afirmar que, *“a sexualidade é a mais normal das características humanas, e é sentida de maneira idêntica por deficientes e não deficientes”* (Silva, 2013). Assim, 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 cit. *in* Carneiro 2004).

Contudo, Giami (2000), citado por Bastos & Deslandes (2005) refere que, a sociedade cria uma visão ilusória da sexualidade da pessoa com deficiência mental, a partir de conjunto de representações relativas à monstrosidade e à anormalidade, sendo responsabilidade das famílias e dos profissionais o controlo da sua manifestação.

Quando se fala em sexualidade, esta tem que ser entendida numa abordagem mais ampla, como sendo um atributo da pessoa, constituindo um elemento relacional fundamental, baseada em aspetos biopsicossociais de cada pessoa, isto é, fundamentada no potencial biológico, no processo de socialização e de acordo com a capacidade psicoemocional (Almeida 2008/2009 cit. *in* Vargem, 2013).

A este propósito, Maia (2001) refere que, a sexualidade e as suas potenciais expressões, como as relações afetivas e sexuais, como o desejo e o erotismo existem e revelam-se em todo o ser humano, tendo ele, ou não, algum tipo de deficiência. Assim, a autora através de um estudo realizado sobre a identidade de papéis sexuais, partindo de relatos de adolescentes com deficiência mental, evidenciou que estes foram capazes de reconhecer a sua identidade sexual e de reproduzir os papéis sexuais vigentes na cultura. A autora salienta ainda a importância que as pessoas com deficiência mental estão sujeitas às mesmas influências culturais, ou seja, aos processos de educação sexual e repressão, verificando-se assim *“a influência social nos padrões de socialização diferenciada entre os sexos também na população com deficiência mental”* (Camossa & Maia, 2003).

Não obstante, a literatura demonstra que alguns autores, como Waldman et al. (1999) citado por Bastos & Deslandes (2005), evidenciaram que alguns adolescentes com deficiência mental não sabem bem lidar com a possibilidade de erotização e da obtenção do prazer pelo sexo, podendo ser difícil o controlo dos seus impulsos sexuais. Porém, estes autores referem ainda que os adolescentes com deficiência descobrem, tal como os adolescentes sem deficiência, o prazer através da masturbação e que *“ao serem flagrados em situações consideradas socialmente inadequadas, tais como a masturbação, eles são severamente repreendidos.”*

No que concerne à masturbação, Lipp (1983) citado em Gomes (1995) refere que é necessário prevenir estas manifestações em público e as situações que põem em risco a integridade física da pessoa com deficiência mental. Posto isto, a atitude mais sensata a ter é, de facto, dizer com voz firme e sem gritar, castigar ou humilhar, que não o pode fazer naquele lugar. Adiantar que poderá fazer no quarto ou na casa de banho e conduzi-la mesmo a um local reservado (Vieira, 2013).

Dito de outra forma, comportamentos toleráveis em pessoas normais (abraços, beijos, carícias, masturbação, entre outros), são vistos como desvio e aberrações quando protagonizados por pessoas com deficiência mental. Esta ideia concebida por parte da sociedade poderá advir do facto de uma educação sexual inexistente, demonstrada pelos comportamentos sociais, por vezes desajustados, que as pessoas com deficiência mental apresentam (Sousa, 2011). Assim, segundo Pan (1997) *“não se podem exigir condutas apropriadas se não proporcionarmos indispensáveis referentes, através de um processo*

educativo permanente” pelo que, se torna importante encorajar as pessoas com deficiência mental a exprimirem os seus sentimentos relativamente à masturbação, ajudando as mesmas a controlarem sensações negativas que possam posteriormente advir desta prática (Katz & Lazcano – Ponce 2007 cit. in Gabriel, 2013).

O respeito pelo corpo da pessoa com deficiência mental, bem como a masturbação, o aparecimento da menarca e a sua conduta afetiva são para nós aspetos importantes a serem abordados pelos pais e a sociedade em geral, sendo importante respeitar o pudor e o recato que o respeito pelo jovem nos exige (Andrada, 1995 cit. in Félix & Marques, 1995).

Félix & Marques (1995) segundo Franco (2010) afirmam que *“ao proibirem-se comportamentos afetivos sexuais à população com deficiência, estamos a impedi-la da satisfação de necessidades fundamentais para o seu crescimento e desenvolvimento enquanto pessoas. Uma dessas necessidades é a sexualidade e esta não implica necessariamente o coito. Implica sim, que nos queiram, que nos valorizem. É importante sentirmo-nos úteis, pois temos alguém com quem partilhar projetos e ansiedades.”*

Não obstante e em consonância com o anteriormente referido, Camossa & Maia (2003) referem que a vivência da sexualidade das pessoas com deficiência é inquestionável, uma vez que a mesma é um atributo humano e como tal, é inerente a todo o ser humano, independentemente das limitações que este possa ter. Nesta mesma linha, a OMS (2009) citada por Assumpção & Sprovieri (2005) admite que todas as pessoas “ditas normais” têm a mesma necessidade de saúde sexual e reprodutiva. Naturalmente, a vivência da sexualidade da pessoa com deficiência não é igual à da pessoa sem deficiência, tal como, o comportamento sexual, que difere consoante o nível de deficiência apresentado. A pessoa com deficiência mental profunda não tem a mesma autonomia e não consegue ser independente, tornando, assim, a aquisição de comportamentos limitada (Carneiro, 2014). Com efeito, quanto mais grave e profunda for a deficiência mental, mais primária é a sua sexualidade (Gomes & Castilho, 2003).

No que diz respeito aos conhecimentos que os adolescentes com deficiência mental têm, acerca da sexualidade, torna-se pertinente evidenciar que, segundo Ramos (2005), estas apresentam baixos níveis de conhecimentos e experiências sexuais. A autora considera que, dentro dos conhecimentos sexuais, é referentemente às doenças sexualmente

transmissíveis, aos métodos contraceptivos, à gravidez, à menstruação, fertilidade e maneiras adequadas de reagir em situações de abuso sexual que as pessoas com deficiência apresentam conhecimentos mais deficitários (Idem, 2015). Paralelamente, a autora destaca ainda que as pessoas com deficiência demonstram grandes necessidades sexuais nomeadamente no que concerne ao namoro, intimidade e interação social (Gabriel, 2013).

Pela apreciação das publicações pesquisadas sobre a sexualidade da pessoa com deficiência mental, fica evidente que, os indivíduos com deficiência mental ligeira apresentam compreensão e consciência das suas potencialidades sexuais, bem como da capacidade de atingir o prazer. Podem iniciar e manter relações sexuais, por iniciativa própria, bem como ter uma vida reprodutiva (Félix, 1997 cit. in Ramos, 2005). No caso das pessoas com deficiência mental moderada, Allen Gomes (1995), refere que estes indivíduos devido *“à sua deficiência, não se podem responsabilizar inteiramente pela sua vida ou pela descendência”* (Ramos, 2005). No que diz respeito a pessoa com deficiência mental severa, Benson (1989 cit. in Pereira, 1996) considera que os cuidados decorrentes das limitações e falta de autonomia podem prolongar-se por longos períodos de tempo (Idem, 2005).

Parece-nos importante terminar, explicando que, segundo Sousa (2011), a passagem de informação incorreta acerca da sexualidade para as pessoas com deficiência mental é: *“deixá-los entregues à ignorância, ao acaso e assim, contribuir para o confinamento originado pela sua deficiência”* (Gabriel, 2013).

Em síntese, a sexualidade e o ato sexual promovem a dimensão socio-afetiva-emocional das relações, porque ela implica sempre o envolvimento com o outro, implica comunicação e para-comunicação, é sempre desejo, amor por si e pelo outro. Desta forma, *“procuramos no outro o que nos faz falta, o que nos (lhe) dá prazer, o que nos faz sentir desejados e amados”* (Gomes, 1996 cit. in Ramos, 2005).

2.5. DIREITOS SEXUAIS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA MENTAL

“(...) Somos feitos da matéria dos sonhos (...).”

Shakespeare.

A temática da sexualidade, nomeadamente no que diz respeito a pessoa com deficiência mental, constitui ainda uma área envolta em inúmeras restrições. Uma das questões mais pertinentes, refere-se à negação do direito à realização afetiva e sexual. Vendo desta forma, Cuskelly (2007, cit. in Carneiro, 2014) refere que, a sexualidade é uma propriedade intrínseca da vida humana e, como tal, deve ser considerada como sendo um direito de qualquer ser humano.

Com efeito, torna-se difícil, por vezes, aliar o direito à igualdade de possibilidades com o direito à diferença. Na perspetiva de Bastos & Deslandes (2005), o reconhecimento dos direitos sexuais na pessoa com deficiência é inexistente *“sendo-lhes dadas poucas possibilidades de compreender as emoções despertadas por ela e, conseqüentemente, dificultando a exploração da sua curiosidade sexual.”*

De acordo com a pesquisa bibliográfica efetuada, Craft (1987, cit. in Silva 2012), considera que existem seis principais direitos sexuais das pessoas com deficiência: 1). O direito de crescer (que significa principalmente ser tratado com respeito e dignidade à sua condição de adulto); 2). O direito de saber (possibilita ter acesso a informação acerca do próprio corpo e emoções, assim como às de outras pessoas); 3). O direito à sua sexualidade (permitindo fazer, manter, estabelecer e romper relacionamentos); 4). O direito de ser protegido contra o abuso sexual (na qual a sociedade deve desenvolver políticas que assegurem o processo legal de tais casos); 5). O direito de expressar a sua sexualidade (mesmo que esta não esteja de acordo com as atitudes e crenças pessoais dos seus educadores formais ou informais) e finalmente, 6). O direito de viver em ambientes humanos que permitam usar comportamentos socialmente adequados e em locais apropriados.

São vários os documentos nacionais e internacionais que salvaguardam os direitos das pessoas com deficiência. Portugal assinou, em Nova Iorque, a Convenção da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, a primeira do século XXI na área dos Direitos Humanos. Nesta Convenção, é dada importância à igualdade e à não discriminação pois *“os Estados Partes reconhecem que todas as pessoas são iguais perante a lei e têm direito, sem qualquer discriminação, a igual proteção e benefício concedido pela lei”* (Artigo 5º). Para além disto, o artigo 17º reconhece que, *“toda a pessoa com deficiência tem o direito ao respeito pela sua integridade física e mental em condições*

de igualdade com as demais". Deste modo, a pessoa com deficiência deve ser vista como um indivíduo capaz de se poder realizar e integrar, ainda com dificuldades, no contexto social a que pertence. O que vai ao encontro do que é mencionado no artigo 19º: *"os Estados Partes na presente convenção reconhecem o igual direito de direitos de todas as pessoas com deficiência a viverem em comunidade, com escolhas iguais às demais e tomam medidas eficazes e apropriadas para facilitar o pleno gozo, por parte das pessoas com deficiência, do seu direito e a sua total inclusão e participação na comunidade."*

As *"Normas para a Igualdade de Oportunidades das Pessoas com Deficiência"* foram elaboradas com base na experiência acumulada ao longo da Década das Nações Unidas para as Pessoas com Deficiência (1983-1992) e é um instrumento que regulamenta as pessoas com deficiência o exercício dos mesmos direitos e obrigações que aos seus concidadãos. São ainda apresentadas medidas de política e de ação a favor das pessoas com deficiência e das organizações que as representam. Neste âmbito, parece-nos relevante mencionar a norma 9, salientando que, *"os Estados devem promover a plena participação das pessoas com deficiência na vida em família. Devem promover o seu direito à dignidade pessoal e garantir que a legislação não estabeleça discriminações contra as pessoas com deficiência no que se refere a relações sexuais, casamento e poder paternal"* (Cadernos SNR, nº3, 1995). Desta forma, o princípio expresso deve ser aplicado à experiência de pessoas com deficiência no que diz respeito à vivência da sexualidade. O nº 2 da norma 9 refere-nos que, *"não deve ser negada às pessoas com deficiência a possibilidade de viverem a sua sexualidade, terem relações sexuais e filhos. Tendo em conta que as pessoas com deficiência podem ter dificuldades em casar-se e constituir família, os Estados devem estimular a existência de serviços de aconselhamento adequados. As pessoas com deficiência devem ter acesso, como os demais cidadãos, aos métodos de planeamento familiar, assim como a uma informação acessível sobre o funcionamento sexual do seu corpo"* (Idem, 1995).

Efetivamente, deve-se proporcionar às pessoas com deficiência oportunidades de forma a garantir a total participação da sociedade, respeitando contudo, sempre, a diferença que cada pessoa possa apresentar.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 10 de Dezembro de 1948, é o pilar de todo o sistema atual, quando faz referência ao direito de todas as pessoas, sem qualquer distinção,

à vida, à liberdade, a qual estabelece no seu artigo 1.º *“todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade.”* A presente declaração expressa ainda que, *“todo o ser humano tem a capacidade para gozar os direitos e as liberdades estabelecidos nesta Declaração, sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, idioma, religião, opinião, política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento ou qualquer outra condição”* (Artigo 2º).

Por outro lado, no que se refere a matéria de saúde sexual e reprodutiva das pessoas com deficiência, Lopes (2003) considera que esta deve ser vista, simultaneamente, num contexto amplo que lhes favoreça a autonomia pessoal e permita uma adequada integração na sociedade, contemplando desta forma cada situação individualmente.

Neste sentido, a autora faz alusão a Constituição da República que consagra no seu artigo 71º da Lei Constitucional, no que se refere aos cidadãos com deficiência: *“os cidadãos portadores de deficiência física ou mental gozam plenamente dos direitos e estão sujeitos aos deveres consignados na Constituição, com ressalva do exercício ou do cumprimento daqueles para os quais se encontrem incapacitados (...) o estado obriga-se a realizar uma política nacional de prevenção e de trabalho, reabilitação e integração dos cidadãos com deficiência e de apoio às suas famílias, a desenvolver uma pedagogia que sensibilize a sociedade quanto aos deveres de respeito e solidariedade para com eles e a assumir o encargo da efetiva realização dos seus direitos, sem prejuízo dos direitos e deveres dos pais ou tutores”* (CRP, 2005, Artigo 71 nº 1 e 2). Por sua vez, no nº 3, o estado compromete-se a apoiar as organizações de cidadãos com deficiência.

De acordo com estas diretrizes a mesma autora considera que a lei, com esta ressalva, prevê que em determinadas circunstâncias as pessoas com deficiência mental não serão obrigados ao cumprimento de certos **deveres**, bem como não poderão usufruir de certos **direitos**, pelo mesmo motivo. Apresentam portanto, a sua capacidade jurídica diminuída ou inexistente, significando por outras palavras que, estas pessoas não podem por si, praticar determinados ou serem legalmente coagidos à sua prática em circunstâncias específicas (Lopes, 2003).

Esta autora salienta que, para que as pessoas com deficiência mental “*vejam legalmente limitados os seus direitos terá que ser interpostos um processo próprio, cuja sentença determine a existência de incapacidade e qual o seu grau*”. Estes processos são dois: **a interdição** (artigo 138º e artigo 139º do Código de Processo Civil) e **a inabilitação** (artigo 152º do Código de Processo Civil) (Lopes, 2003).

Tal entendimento sugere que, estes processos decidem igualmente qual o grau destas incapacidades. Com efeito, é o Tribunal que decide, caso a caso, quais os atos que a pessoa com deficiência mental não pode praticar por si, necessitando para tal, do consentimento de um representante legal, tutor, protutor ou curador. Diante deste panorama, a autora reforça ainda que, o “*representante da pessoa co deficiência pode apelar da sentença de interdição ou inabilitação (artigo 955º do Código de Processo Civil). Igualmente pode ser requerido o levantamento da interdição ou inabilitação (artigo 958º Código de Processo Civil)*” (Lopes, 2003).

Como consequência, no contexto jurídico e no que se refere aos direitos sexuais e reprodutivos, as pessoas com deficiência mental podem praticar, por si e pela própria vontade exatamente os mesmos atos comparativamente as pessoas sem deficiência, salvo disposição legal em contrário que resulta sempre de uma decisão judicial (artigo 67º Código de Processo Civil). Esta autora considera que “*quando passamos para a área dos direitos sexuais e reprodutivos da pessoa com deficiência, são estas normas e princípios que temos que ter em conta: se nada existe na lei que o impeça, a pessoa com deficiência pode fazê-lo, como qualquer outra cidadã*” (Lopes, 2003).

Não obstante e em consonância com o anteriormente referido, podemos inferir que qualquer pessoa com deficiência goza dos mesmos direitos e igualdades que as demais pessoas. No conjunto, e como nota final, pode-se concordar com a “*Declaração dos Direitos Sexuais*”, aprovada durante o XV Congresso Mundial de Sexologia ocorrido em Hong Kong (China), em Agosto de 1999, na Assembleia Geral da Associação Mundial pela Sexualidade (World Association for Sexology), quando afirma que, toda a pessoa humana tem:

- o direito à igualdade sexual;
- o direito ao prazer sexual;
- o direito à privacidade sexual;
- o direito à liberdade de expressão sexual;

- o direito à autonomia sexual, à integridade sexual e à segurança física;
- o direito à expressão sexual com emoções;
- o direito à união sexual;
- o direito à tomada de decisões relativas à reprodução e à contraceção;
- o direito à informação científica;
- o direito a educação sexual;
- o direito à saúde sexual.

2.6. MITOS, CRENÇAS E PRECONCEITOS

“Sexualidade e deficientes: dificilmente se juntarão dois conceitos tão carregados de conotações negativistas e preconceituosas. Existem sobre a sexualidade (em geral) uma série de crenças e ideias feitas, sobretudo estereotipadas e nem sempre correspondentes à realidade.”

Gomes, M. A. (1995 cit. in Vieira, 2013).

Quando falamos de sexualidade constatamos que este tema, é todavia, alvo de algumas ideias, crenças e mitos, originando algum preconceito por parte da sociedade atual. Este preconceito é ainda mais forte quando se trata da sexualidade das pessoas com deficiência mental. Este pensamento é corroborado, também, de acordo com Franco (2012, cit. in Vargem, 2013), quando refere que a sexualidade das pessoas com deficiência está repleta de mitos, tabus e estereótipos, assim como a sexualidade da população em geral. Contudo, no caso da primeira verificam-se tonalidades ainda mais negativas.

Numa revisão realizada na literatura, Franco (2012, cit. in Silva 2013) descreveu que, as pessoas com deficiência mental, fazem parte de um grupo que não beneficiou muito com as mudanças que aconteceram no decorrer dos anos, no âmbito do comportamento sexual ocidental. Para Félix (1995, cit. in Guimarães, 2009), na sociedade ocidental, a sexualidade e os comportamentos subjacentes eram rigorosamente controlados e criticados pela opinião pública. Para as pessoas sem deficiência existia um grande rigor, em contrapartida, para a pessoa com deficiência, este controle não existia porque partiam da ideia que estas eram pessoas assexuadas.

Não obstante, muitas vezes é sustentada a ideia de que as pessoas com deficiência não têm o direito de vivenciar a sua sexualidade. O mito, a crença e o preconceito, são outros temas debatidos pela literatura e a que estão submetidas as pessoas com deficiência mental.

Montanari (1999, cit. in Bastos & Deslandes, 2005) considera que, *“na sociedade ocidental o indivíduo com qualquer deficiência, sofre as consequências da discriminação, pois esta diferença é entendida como sinal de inferioridade, de sobressair de forma “negativa” na multidão. A diferença transforma-se em desigualdade, colocando-o em desvantagem em relação aos demais membros da sociedade.”*

De acordo com Chaplin (1981, cit. in Guimarães, 2009), o mito constitui uma falsa crença, largamente aceite entre camadas populares e, o preconceito, uma atitude positiva ou negativa, que se formula antes de provas evidentemente suficientes e que se conserva com tenacidade emotiva.

Falar da sexualidade de pessoas com deficiência, implica a existência de mitos, crenças e preconceitos fortemente enraizados, com forte influência e sem qualquer rigor científico. Deste modo, apresentaremos a seguir alguns dos preconceitos ou mitos relacionados com a população em causa (Almeida, 2010):

- *“As pessoas com deficiência mental apresentam um desenvolvimento sexual, desejos e necessidades afetivas diferentes das pessoas normais.”*

O desenvolvimento sexual acompanha fundamentalmente o desenvolvimento cronológico e não o cognitivo. Assim, a deficiência mental não corresponde a um deficit sexual. Está ainda comprovado que não existem diferenças qualitativas entre a pessoa com deficiência mental e a população em geral, no que diz respeito às manifestações da sexualidade. Segundo Pinheiro (2004, cit. in Almeida, 2010), os maiores problemas que poderão surgir não estão na sexualidade em si, mas sim, na forma como a pessoa com deficiência mental aprende a lidar com a própria sexualidade e como expressá-la, os quais derivam dos deficits perceptivos, discriminativos e cognitivos, que por sua vez, dificultam a ação do indivíduo no meio em que se insere.

- *“A deficiência mental é de carácter hereditário.”*

No início do século XX, considerava-se que a pessoa com deficiência mental teria uma causa genética, sendo transmitida pelos progenitores. Nos últimos anos, apesar dos avanços na área da medicina, especialmente no campo da genética, este preconceito tem-se mantido inalterável, ao nível das representações mentais da sociedade.

- *“As pessoas com deficiência mental são assexuadas: carecem de desejos e de necessidades no terreno da sexualidade.”*

As pessoas com deficiência mental são vistas como anjos, seres assexuados, eternas crianças. Neste contexto, a vivência da própria sexualidade, tal como o acesso a uma educação sexual adequada é-lhes negado, atendendo que, estes indivíduos são vistos como eternas crianças. A este respeito, Glat (1992, cit. in Almeida, 2010), refere que, *“as pessoas ditas excepcionais, não são necessariamente excepcionais, nos seus impulsos e desejos sexuais. Elas têm necessidades normais, experiências normais e emoções humanas normais. A sua inibição sexual não é fruto de uma disfunção intrínseca mas resulta da falta de condições para um desenvolvimento de uma sexualidade saudável.”*

De facto, a sexualidade das pessoas com deficiência está eivada de mitos e tabus, tal como a sexualidade das pessoas ditas normais. Apesar de nos últimos anos ter mos assistido a *“alterações de padrões culturais”*, que se refletem numa relativa mudança de mentalidades, de facto, ainda se verifica uma forte influência do *“modelo reprodutivo e os seus corolários.”* Este modelo privilegia *“a vertente reprodutiva da expressão sexual, esquecendo, negando, ou deixando para segundo plano, outras importantes valências da sexualidade, tais como: a afetividade e o prazer”* (Gomes, 1995 cit. in Félix & Marques, 1995).

Assim, para a autora, *“como corolário do referido modelo, temos o duplo padrão de moral sexual e a dicotomização dos papéis psico-socio-sexuais, segundo a qual o homem deve ser activo e a mulher passiva, (...) acresce que muitas pessoas têm tendência a pensar que a expressão do impulso sexual será (apenas) aceitável quando acontece entre gente “jovem e bonita”. Se o conceito de juventude é questionável, ainda mais será o de beleza”* (Idem, 1995).

Em consequência, para resumir e esquematizar, a autora aponta para a existência de uma visão geral da sexualidade que está estritamente ligada a um sistema de valores,

crenças e atitudes e tem por base: a). o modelo reprodutivo do sexo, b). o paradigma do coito heterossexual, c). o mito da beleza física e jovem e, finalmente, d). a dicotomização dos papéis psico-socio-sexuais. De acordo ainda com a autora, esta perspectiva constitui-se numa “grelha mental” que leva muitas pessoas a encarar de forma enviesada e redutora a sexualidade de vários grupos de indivíduos, nomeadamente: crianças, adolescentes, idosos e pessoas com deficiência (física e mental). Assim, determinadas pessoas, entre as quais as que têm deficiência, vêem limitada a sua expressão sexual. Admite-se, teoricamente, que estas pessoas têm este direito, na condição de não passarem à prática (Gomes, 1995 cit. *in* Félix & Marques, 1995).

Seguindo estas linhas orientadoras, pode-se assim referenciar o Artigo 8º da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, no qual prevê que é importante “(...)combater estereótipos, preconceitos e práticas prejudiciais em relação às pessoas com deficiência, incluindo as que se baseiam no sexo e na idade, em todas as áreas da vida.”

Parece-nos importante salientar que, devido a um conjunto de mitos, tabus, crenças, preconceitos e atitudes discriminatórias, as pessoas com deficiência, raramente são ouvidas a respeito dos seus anseios, desejos, dúvidas e experiências em relação à vida afetiva e sexual. Esquecemo-nos, frequentemente, que, estes indivíduos são seres com necessidades afetivas e sexuais, satisfações, impulsos, prazer que devem ser aceites e trabalhados pelos familiares e técnicos especializados da área.

2.7. ATITUDES FACE À SEXUALIDADE NA DEFICIÊNCIA MENTAL

“A sexualidade engloba as emoções, os comportamentos e as atitudes que estão associadas não apenas ao ser capaz de procriar, mas também aos padrões sociais e pessoais que acompanham as relações físicas, íntimas, durante a vida do indivíduo.”

Collins & Sprinthal (1994).

Devemos ainda refletir sobre o conceito de atitude, nomeadamente no que diz respeito às atitudes pessoais em relação à sexualidade. Partindo da premissa aceite até ao momento, de que a pessoa com deficiência mental é alguém com direito à vida, da forma

mais integrada e satisfatória possível, e considerando os limites impostos de acordo com o deficit intelectual, a vida sexual é, por si só, uma das formas de vida, em toda a sua plenitude (Sprovieri & Assunção Jr., 2005).

Lópes & Fuertes (1995, cit. in Ramos, 2005) consideram que existem dois tipos principais de atitudes face à sexualidade: *“atitude conservadora”* e *“atitude liberal”*. A *“atitude conservadora”* assenta numa visão da sexualidade que tem por base um modelo que privilegia a vertente reprodutiva (Allen Gomes, 1995 cit. in Ramos, 2005). Os indivíduos que demonstram *“cumplicidade”* mantêm opiniões contraditórias em temas socialmente polémicos, particularmente o aborto, as relações pré-conjugais, a homossexualidade e a bissexualidade, a masturbação, o direito da sexualidade dos indivíduos com deficiência.

A *“atitude liberal”*, caracteriza-se por uma visão da sexualidade em que esta não é reduzida à reprodução, incluindo por isso, outras importantes valências da sexualidade: o prazer, a afetividade, a comunicação, etc., tão relevantes para o indivíduo ou para uma relação entre duas pessoas. Neste âmbito, aqueles que defendem a atitude liberal, *“(…) mostram-se partidários de uma maior liberalização das leis e dos costumes sociais”* (López & Fuertes, 1999).

A este propósito, apesar da distinção destes dois tipos de atitudes, os indivíduos não se regem apenas por um deles, atendendo que, pode-se possuir uma atitude conservadora em determinados temas e liberal noutros.

Após uma breve reflexão acerca dos dois tipos de atitudes que condicionam os nossos gestos, palavras, pensamentos, sentimentos e comportamentos (López & Fuertes, 1999), podemos referir que, do ponto de vista da sexualidade, pode-se dizer que existem *“(…) duas tipologias básicas que definem a forma de sentir, pensar e viver a sexualidade”* (Idem, 1999).

Em todo o caso, López & Fuertes (1999), tendo por base alguns estudos realizados por Fischer et al. (1988), referem que estas duas tipologias *“(…) foram denominadas, em referência ao seu traço predominante, de erotofilia e erotofobia”*, acrescentando que representam *“(…) extremos de uma atitude ou traço de personalidade, relativamente estável, que se refere à forma como as pessoas reagem perante os estímulos sexuais”* (Idem, 1999).

Tendo em consideração que esta reação situa-se ao longo do contínuo erotofilia-erotofobia, ela é definida, pelos próprios autores, como sendo uma *“tendência para avaliar e responder a estímulos sexuais com um grau previsível mais ou menos positivo ou negativo de afeto”* (López & Fuertes, 1999). Neste contexto, *“os erotofílicos reagem de forma mais ou menos positiva face aos estímulos sexuais, aceitam melhor as fantasias sexuais, a excitação sexual e a própria atividade sexual”*, enquanto que, *“os erotofóbicos reagem de forma mais negativa face aos estímulos sexuais, permitem menos fantasias sexuais e estão menos abertos a experiências e atividades sexuais”* (Idem, 1999). Por tudo isto, os autores supracitados salientam que, o grau de erotofilia-erotofobia *“(…) é o resultado das ideias recebidas, os modelos observados e as experiências acumuladas ao longo da vida.”*

Em sequência, é importante ressaltar que segundo Kempton (1995) citado por Calé (2008), as diferentes atitudes face à sexualidade das pessoas com deficiência mental podem ser reduzidas a três categorias:

- 1). Eternas Crianças:** atitude paternalista, na qual considera a sexualidade nas pessoas com deficiência como inexistentes, há que negá-la e reprimi-la.
- 2). Seres Semi-Humanos:** são vistos como seres humanos inacabados ou grosseiros. Quando ocorrem comportamentos sexuais, as reações são, na generalidade, de medo e de repulsa.
- 3). Pessoas em Desenvolvimento:** esta atitude valoriza os comportamentos sexuais das pessoas com deficiência mental, considerando-as pessoas em desenvolvimento, propondo plenos direitos em todas as áreas da vida, incluindo a sexual.

Mais ainda, Wolfensberger (1972), tipificou um conjunto de estereótipos em relação às pessoas com deficiência mental, designando-as de *“Eternas Crianças”*, *“Presentes de Deus”* ou *“Santos Inocentes”*. Face a estas expressões, as pessoas com deficiência mental eram desvalorizadas e marginalizadas, uma vez que as tornava dependentes e sem os mesmos direitos que as pessoas independentes. O mesmo autor reforça ainda a ideia de que o comportamento de uma pessoa tende a ser profundamente afetado pelas expectativas nela são depositadas (Félix, 2003).

2.8. ATITUDES DOS PAIS E DOS PROFISSIONAIS FACE À SEXUALIDADE NA DEFICIÊNCIA MENTAL

“A necessidade de cuidado é universal, visto que, em alguma circunstância (da vida), ninguém escapa dela.”

Carvalho (2003).

Quando falamos de sexualidade na deficiência mental, é importante focar a opinião dos Profissionais e dos Pais das pessoas com deficiência mental a respeito desta temática. Kempton (1983), segundo Félix (2003), refere que, tanto a sexualidade como a deficiência mental sugerem diversas atitudes, por parte dos pais e dos profissionais, que tendem a reprimir a sexualidade das pessoas com deficiência mental (Silva, 2012).

Na literatura estrangeira, encontra-se um estudo realizado por Sprovieri & Assumpção Jr. (2005, cit. in Carneiro, 2014) acerca das atitudes dos pais e dos profissionais em relação à sexualidade das pessoas com deficiência mental. Neste estudo constatou-se que a maior parte dos pais não transmite nenhuma informação aos seus filhos acerca da sexualidade e, sendo comum delegarem esta tarefa para outras pessoas.

Do mesmo modo, importa referenciar que, segundo Isler et al (2009) citado por Gabriel (2013), grande parte dos pais de jovens com deficiência mental não recebem nenhuma informação acerca do desenvolvimento sexual dos seus filhos, evidenciando desta forma, a existência de uma grande carência na educação de cariz sexual dos pais. Tendo isto em conta, Gabriel (2013), após a observação de vários estudos, verifica que as atitudes e respostas dos pais e profissionais possuem um papel importante na regulação sexual da pessoa com deficiência mental, determinando o tipo de educação afetiva/sexual que é providenciada aos mesmos e originando ainda, uma influência direta na vivência da sexualidade por parte destas pessoas.

É igualmente importante compreender a deficiência mental e a sexualidade dentro da dinâmica familiar e, perceber como a família interage com os filhos neste contexto. Como refere Pan (1997) citado por Ramos (2005), a grande maioria dos pais com filhos com deficiência mental adquire uma atitude de superproteção no que respeita aos comportamentos sexuais dos seus filhos, colocando desta forma algumas restrições no que

toca às conversas acerca da sexualidade com estes. Em geral, os pais reconhecem a existência de desejo de contato físico, de sedução e de relações sexuais dos mesmos, contrariamente à atitude face ao desejo de casar e de ter filhos (Gabriel, 2013).

Em Portugal, um estudo realizado por Félix & Marques (1995) revelou que a postura dos pais, face à sexualidade dos seus filhos com deficiência mental, é, na maior parte das vezes, envolta em uma negação da realidade sexual dos mesmos, visualizando-os como “crianças” para o resto da vida. No sentido de confirmar esta ideia, mais recentemente, a pesquisa levada a cabo por Albuquerque & Ramos (2007), teve como objetivo estudar as atitudes de pais e profissionais face à sexualidade na pessoa com deficiência mental. Assim, os dados obtidos revelaram que a mesma é baseada numa “*atitude punitiva e repressora*” da existência de sexualidade nos seus filhos (Gama, 2015).

Através de um estudo realizado por Dupras & Tremblay (1975, cit. *in* Ramos, 2005) que visava medir a maior ou menor aceitação de diversos comportamentos sexuais dos seus filhos com deficiência, foi possível concluir que, embora os pais estivessem a favor da normalização sexual dos seus filhos, contrariamente, as atitudes destes fomentavam a dessexualização. Além disto, os pais transmitiam aos seus filhos informações sexuais incompletas e insuficientes.

Examinando a atitude dos pais em relação à população com deficiência mental em geral, Ramos (2005) salienta que, os pais referem que a esterilização é o melhor meio de contraceção para as pessoas com deficiência. Por outro lado, no que concerne à homossexualidade, a mesma autora refere que, os pais assumem que esta é igualmente frequente na população com e sem deficiência mental, esclarecendo ainda que, a educação sexual é necessária para ambas as populações (Ramos, 2015).

No que diz respeito às atitudes dos profissionais face à sexualidade das pessoas com deficiência mental, é de realçar que, no campo da educação afetivo/sexual, os mesmos sentem-se na maioria das vezes condicionados pelas políticas ou inexistência das mesmas na instituição onde trabalham (Ramos, 2005). É nesta linha de base, que Gama (2015), conclui, dos estudos observados, que os profissionais que trabalham em instituições agem de acordo com os seus próprios valores, atitudes e representações face à sexualidade e afetividade nas pessoas com deficiência mental.

Ainda no seguimento das atitudes dos profissionais face à sexualidade na deficiência mental, Martins (1995) citado por Carneiro (2014) salienta 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 impõem no caminho da realização afetivo-sexual desta população.”* De um modo geral, Félix (1997) demonstra que, os profissionais (professores, educadores, terapeutas, psicólogos, auxiliares e outros) desempenham um papel fundamental na formação das crianças e jovens com deficiência mental, uma vez que fazem parte das instituições onde estes passam grande parte do seu tempo (Félix, 2003).

Brantlinger (1987, cit. in Ramos, 2005) considera o facto de muitos profissionais temerem a reação dos pais ao saberem que na instituição são permitidas expressões e comportamentos afetivo/sexuais, sendo portanto, a atitude mais fácil a de negação da sexualidade dos jovens com deficiência. O autor refere ainda que, estes são isolados dos companheiros do sexo oposto, não lhes é dada privacidade, são fortemente supervisionados e qualquer manifestação é imediatamente punida.

Por outro lado, e corroborando esta ideia, Brown & Pirtle (2008) segundo Silva (2013), relembram que os profissionais que trabalham com jovens com deficiência mental, apresentam alguma renitência no envolvimento no processo educativo face à sexualidade, devido a crenças morais, a atitudes repressoras e ainda à falta de confiança nas suas capacidades. No mesmo sentido Maia (2001), também aponta que os profissionais que trabalham no dia-a-dia com pessoas com deficiência mental apresentam dificuldades em lidar com as diversas manifestações de sexualidade nestes indivíduos (masturbação, exibicionismo, jogos e brincadeiras sexuais, entre outros), acabando por generalizar as questões referentes à sexualidade e à deficiência. Porém, muitas vezes este receio e evitamento deriva em grande parte do reconhecimento que os profissionais possuem relativamente aos défices desta área na sua formação (Pinho, Menezes & Cardoso, 2011 cit. in Vagem, 2013).

Não obstante, verificam-se situações em alguns países onde os profissionais lidam bem com esta questão e aceitam que os indivíduos com deficiência mental precisam de viver e expressar livremente a sua sexualidade (Vargem, 2013). Na Holanda a sexualidade das pessoas com deficiência mental não é um tabu, neste país existem profissionais que ensinam as pessoas com deficiência a se masturbar ou até mesmo, são os técnicos que masturbam as

próprias pessoas com deficiência mental profunda, atendendo que, estes não são capazes de o fazer sozinhos (Diário de Notícias, 2006 cit. *in* Pereira, 2009).

É relevante salientar ainda que, os profissionais ao adotarem uma atitude positiva relativamente à vivência da sexualidade das pessoas com Deficiência mental, estão no fundo a dar a estes indivíduos a oportunidade de poder expressar a sua sexualidade (Healy et al., 2009 cit. *in* Vargem, 2013). Dito de outra forma, é fundamental que os pais e os profissionais revejam as suas atitudes sexuais, assumam os seus preconceitos e as suas inibições, para que possam, eles próprios, aceitar com naturalidade a sua sexualidade. Neste contexto, ficamos a certeza de que é necessário e urgente *“alterarem as suas atitudes, bem como proporcionar-lhes a informação necessária, a qual lhes permita responder a questões que forem surgindo, dentro de um binómio humano/científico, mas também com uma atitude normal e aceitante, que conduza o deficiente a abrir-se e a falar sobre os seus anseios e dificuldades”* (Louro, 1984, 1989 & Gomes & Castilho, 2003).

Assim, e para terminar, não será certamente fácil esta tarefa, a de mudança de atitudes visto que sabendo, para Martins citado por Félix & Marques (1995), *“quanto é carregada de preconceitos, tabus e opiniões negativas toda esta temática, o que é altamente condicionante de uma forma objetiva e inibidor de sugestões ou disposições para a ação”* (Gomes & Castilho, 2003). Com efeito, vivemos numa sociedade que, por um lado, estimula e por outro reprime a sexualidade, corroborando com Beach (1980, cit. *in* Félix, 2003) quando afirma que *“o que torna problemática a sexualidade humana são os processos de socialização do sexo e de sexualização da sociedade.”*

2.9. ABUSOS SEXUAIS

“À vitimologia interessam, por isso, todos os fatores associados à vítima: a sua personalidade, as suas características biológicas, psicológicas, morais, socioculturais, as suas relações com o ofensor e o seu papel na génese.”

Fattah (2000).

Os comportamentos de violência sexual adquiriram, nas últimas décadas, um grande impacto social (López & Fuertes, 1999). De acordo com estes autores, os

comportamentos de abuso podem implicar ou não, o contato físico. Sendo que, o contato físico inclui todo o comportamento em que o agressor toque zonas de claro significado sexual (carícias nos seios ou nos genitais, coito vaginal, anal ou oral, entre outros). Os comportamentos que não incluam o contato físico, podem ter também um carácter de abuso, entre os quais podem-se destacar o exibicionismo, o pedido expresso de realização de atividades sexuais (Idem, 1999).

López & Fuertes (1999) referem que os *“abusos sexuais devem ser definidos a partir de dois grandes conceitos, o de coacção e o de assimetria. A coacção (através de força física, pressão ou engano) deve ser considerada em si mesma como critério suficiente sempre que tenha lugar uma pessoa menor. A assimetria de idade impede a verdadeira liberdade de decisão e impossibilita uma atividade sexual comum, já que os participantes têm exigências, graus de maturidade biológica e expectativas muito diferentes. Esta assimetria pressupõe, em si mesma, um poder que impede qualquer possibilidade de relação igualitária.”* Por consequência, os autores consideram ainda, que, sempre que exista coacção ou assimetria de idade, no sentido proposto, entre uma pessoa menor e qualquer outra, os comportamentos sexuais devem ser considerados de abuso.

Em relação aos abusos sexuais de que as pessoas com deficiência mental são vítimas, Murphy & Elias (2006) citados por Carneiro (2014), referem que os jovens com deficiência são 2,2 vezes mais abusadas sexualmente do que as pessoas *“ditas normais”* e que, mais de 90% dos indivíduos com deficiência irão sofrer algum tipo de abuso sexual durante as suas vidas (Furey, 1994 cit. in Silva, 2012). Silva (2012), após a observação de vários estudos constatou que há um reconhecimento crescente de que as pessoas com deficiência, incluindo crianças e adolescentes com deficiência mental são particularmente vulneráveis ao abuso sexual. De igual modo, a educação sexual pode ser preponderante para combater o abuso sexual, atendendo que, a pessoa com deficiência mental compreenderá mais facilmente o tema em questão (Embregts et al., 2010 cit. in Carneiro, 2014).

Tal entendimento sugere que *“a transmissão de conhecimentos na área da adequação social baseia-se, muitas vezes, no valor da obediência, não se trabalhando o aumento das competências assertivas. Este facto faz com que os jovens não questionem a pessoa que pede ou manda, sujeitando-os e tornando-os indefesos perante situações de assédio ou de abuso sexual”* (Santos, A. C. et al., 2001 cit. in Vieira, 2013).

Não obstante, Franco (2012) afirma que existem dados clínicos que comprovam que a grande parte dos abusadores são pessoas conhecidas ou mesmo familiares do indivíduo; um outro estudo recentemente realizado menciona que os principais abusadores são pais, padrastos, irmãos e professores (Pinho, Menezes & Cardoso, 2011 cit. in Carneiro, 2014). O certo é que as vítimas de abuso sexual não revelam, nem denunciam estas situações por incapacidade de discernimento e por sentirem “o abuso como uma manifestação do interesse especial de alguém por si” (Félix, 1995 cit. in Pereira, 2013).

Em uma contribuição ao entendimento desta questão, importa salientar que, um dos aspetos mais delicados em relação as pessoas com deficiência mental, diz respeito ao facto de estas serem uma parcela da população que se encontra mais desprotegida e propensa a abusos de ordem sexual. A OMS (2009) considera que, a pessoa com deficiência é facilmente persuadida e desprotegida no que concerne às doenças sexualmente transmissíveis, principalmente pela sua incapacidade intelectual de perceber possíveis comportamentos abusadores (Pereira, 2013). No caso do adolescente com deficiência, Avin et al (2002) consideram que eles são particularmente vulneráveis ao abuso sexual por existir uma fronteira muito tênue entre a afetividade, sensualidade e sexualidade (Bastos & Deslandes, 2005).

Refira-se no entanto que, é frequente os pais manifestarem preocupações acerca de possíveis abusos sexuais dado, a deficiência que os filhos possam apresentar. Ribeiro (1995) no seu estudo com pais, referia que estes relatavam que limitam o contacto dos seus filhos com adolescente sem deficiência, atendendo que, permanece o receio que possam vir a abusar sexualmente dos filhos. Neste mesmo estudo, verificou-se ainda que, os pais reconhecem os interesses e manifestações sexuais dos seus filhos, embora não saibam como lidar com esta situação, preferindo que estes nunca manifestem desejos sexuais (Ribeiro, 2001 cit. in Silva, 2013).

Para corroborar esta ideia, segundo um trabalho realizado por Glat (2004), a maioria dos pais, incluídos no estudo, referem orientar os seus filhos de modo a prevenir que os mesmos corram riscos e que saibam comportar-se na presença de estranhos (Silva, 2013).

Também Amaral (1995, cit. in Félix & Marques, 1995) considera que alguns pais, embora se apercebam das manifestações sexuais dos seus filhos, reprimem-nos por receios

de eventuais riscos de abuso, exploração sexual ou ainda, de marginalização social. No que se refere às raparigas, o principal medo dos pais é a hipótese de violação e de gravidez involuntária (Ramos, 2005).

Seguindo estas linhas orientadoras, é importante referir que *“os abusos sexuais são muito diferentes uns dos outros e é muito difícil propor um protocolo de atuação que sirva para todos eles”* (López & Fuertes, 1999). Diante deste panorama torna-se claro que é fundamental que os pais estejam conscientes desta problemática, explicando aos seus filhos quais os riscos, dando-lhes ao mesmo tempo uma visão positiva da sexualidade e orientação para que saibam reagir face ao abuso sexual (Idem, 1999).

2.10. SEXUALIDADE E RELIGIÃO

*“Assim como não se deve tentar curar os olhos sem a cabeça, ou a cabeça sem o corpo, também não se deve tentar curar o corpo sem a alma...
Pois uma parte nunca pode estar bem sem que o todo esteja bem.”*

PLATÃO.

Ao longo dos tempos, sexo, sexualidade, papéis, género e padrões normativos, foram objeto da dinâmica da mudança, mudança inexorável que transforma a paisagem social e individual onde cada um se movimenta (Rodrigues, 2009). Deste modo, como referem Guimarães (1995) e Chauí (1984) a sexualidade é construída social, histórica e culturalmente, e por causa da elaboração de regras e exigências em torno desta temática, as manifestações sexuais são consideradas tabus, ficando sujeitas à repressão sexual com grande significado para as pessoas com deficiência mental (Sprovieri & Assunção Jr., 2005). Nesta mesma linha, Sprovieri & Assunção Jr. (2005), acrescentam que, a sexualidade recebe influência da Igreja como sendo a instituição que estabelece normas e regras.

Um dos aspetos que parece influenciar fortemente a sexualidade e que tem vindo a ser referido e estudado por diversos autores ao longo dos tempos é a religião. Como refere Rodrigues (2009), é impossível dissociar o estudo acerca da sexualidade sem referenciar a religião, pois marca indelevelmente o modo como a sua vivência se processa. Assim, é

essencial considerar a religião como o elemento que dita valores morais e regula comportamentos sexuais (Reis & Vilar, 2004).

Na Idade Média, a igreja incentivava a castidade e o celibato, estabelecendo estritas normas de conduta moral e social. A partir da segunda metade do século XVIII, o comportamento espontâneo deixa de ser inibido, ainda que discretamente as pessoas sustentem nas suas mãos a condução das próprias vidas (Costa, 2003 cit. *in* Silva, 2012). Por outras palavras, segundo Semen (2006) citado por Silva (2012), a igreja desenvolve um discurso repressivo sobre o corpo e a sexualidade.

Só a partir do século XX é que a sexualidade passa a ser considerada como algo que não ocorre a partir do período da puberdade, mas sim desde o início da vida de cada um de nós (Silva, 2012).

Silva (s/d) citado por Vargem (2013) afirmava que a religião tem sido um fator preponderante na sexualidade humana, ora impondo regras rígidas ora procurando orientar a pessoa nesse âmbito. É sobretudo notável esta tendência nas religiões ocidentais, visto que, nas religiões orientais nomeadamente o Taoísmo e o Budismo não existe nenhuma tendência repressora.

Desde cedo, no que diz respeito à religião católica, foi incutida a virgindade e a abstinência sexual tanto para os homens como para as mulheres, desenvolvendo-se porém, uma hostilidade para o sexo (Vargem, 2013). Por seu turno, com a ideia da sexualidade associada ao pecado e tendo como principal objetivo a reprodução, Gudorf (1995) segundo Reis & Vilar (2004) considera que, continua a ser ensinado um código sexual baseado no “*medo do corpo*.” O mesmo autor alerta ainda para aspetos relacionados com a educação sexual vigente que fomentam a ignorância sexual. Um destes aspetos refere-se à pretensão de que o objetivo da educação sexual é promover a abstinência sexual entre os jovens. Face ao panorama mundial, constata-se que Portugal não tem sido uma exceção a estes movimentos.

A religião está presente tanto nas sociedades antigas como nas modernas. Dentro da religião católica, a discussão gira sobretudo em torno do uso dos diversos métodos contraceptivos. Na opinião de Vargem (2013), para a UNESCO, UNFPA, UNAIDS e para o IPPF (2008), a religião colocou algumas barreiras à educação sexual, nomeadamente, em alguns

casos, a igreja adotou uma posição contrária ao uso do preservativo. Por outro lado, algumas correntes religiosas proíbem a educação sexual, o que pode provocar alguns conflitos nos jovens por não terem liberdade na construção da sua identidade e escolhas pessoais de um modo geral, e conseqüentemente nas escolhas ligadas à sua sexualidade.

Muito embora a experiência religiosa seja um fenômeno universal ela assume características muito próprias que, embora possam ser distintas uma das outras, conduzem aos mesmos sentimentos e retratam os mesmos anseios. Tendo em conta a informação apresentada, é possível perceber a forte influência que a religião do indivíduo pode ter nos conhecimentos e manifestação nos comportamentos afetivos sexuais.

2.11. RECURSOS PESSOAIS E SOCIAIS DO *COPING*

“O stress representa a relação que se estabelece entre a “carga” sentida pelo ser humano e a resposta psicofisiológica que perante a mesma o indivíduo desencadeia.”

Lazarus (1993 e 1999).

Lazarus & Folkman (1984) referem que *coping* representa os reforços cognitivos e comportamentais realizados pelo sujeito para enfrentar com exigências específicas, internas ou externas, que são avaliadas como ultrapassando os seus recursos (Vaz Serra, 1999). Estes mesmos autores, desenvolveram o Modelo Transacional do Stress que tem como base as transações operadas entre o indivíduo e a situação. Não sendo unidirecional avalia os processos de *coping* perante eventos stressantes (Garrett, 2011). Os autores apontam como situações relevantes indutoras de stress **a ameaça, o dano e o desafio** (Idem, 2011).

Lazarus & Folkman (1980, 1985 cit. in Vaz Serra, 1999) consideram que as estratégias de *coping* podem ser orientadas para dois objetivos diferentes, nomeadamente a **resolução de problemas** (o indivíduo orienta os esforços para resolver a situação que lhe induziu stress) e o **controle das emoções** (o indivíduo tenta diminuir o estado de tensão emocional que foi suscitado anteriormente).

As reações ao stress estão diretamente interrelacionadas com os traços de personalidade de cada indivíduo, isto é, a forma como cada pessoa constrói ao longo do tempo o significado de cada situação e procede às reações adequadas é resultado do seu padrão de personalidade (Vaz Serra, 1999). Dito por outras palavras, a personalidade deve ser considerada parte integrante dos recursos pessoais do próprio indivíduo, sendo que, certos traços de personalidade têm sido reconhecidos como mediadores importantes de stress (Idem, 1999).

O desafio centra-se na proposta de evidenciar a sexualidade da pessoa com deficiência mental, sendo fundamental sensibilizar a sociedade e os pais, pois estes apresentam dúvidas, ansiedades e medos perante os comportamentos afetivos-sexuais dos filhos (Sprovieri & Assunção Jr., 2005). Seguindo esta perspetiva, Lazarus (1993, 1999) considera que a ansiedade, o medo, a culpabilidade e a vergonha correspondem usualmente a “emoções existenciais” na medida em que surgem quando o indivíduo é ameaçado na sua identidade como pessoa e na sociedade em que vive (Vaz Serra, 1999).

Ao longo dos anos a criança vê o mundo através dos olhos dos pais ou de outras pessoas significativas do seu meio ambiente. Aos poucos e poucos vai introjectando **valores e crenças** que irão permitir a formação de esquemas de autorregulação que a orientam, ou perturbam, ao longo do seu desenvolvimento. Os valores (influenciados pela cultura) e os sistemas de crenças (são determinados pela dinâmica da interação entre os diversos membros da família) também geram stress (Idem, 1999).

A este propósito podemos referir que, segundo Vaz Serra (1999), a boa atmosfera familiar ajuda a criança e, mais tarde, o adolescente a desenvolver-se de forma emocionalmente mais segura. Se o mesmo for julgado como competente e ajudado a tornar-se independente, terá mais facilidade na resolução dos problemas.

Da literatura consultada, nos recursos de ordem pessoal, encontramos assim as crenças de que o indivíduo tem acerca das suas próprias capacidades. O otimismo, o *locus* de controlo interno e as competências de auto eficácia são variáveis presentes (Lazarus, 1991 cit. in Garrett, 2011). Os recursos de ordem social apresentam-se como sendo a integração na sociedade e o suporte que pode obter dos seus pares no que diz respeito ao nível dos relacionamentos amorosos (Garrett, 2011). Assim, nas pessoas com deficiência mental as

dificuldades apresentadas nas relações interpessoais e sociais podem estar na base de comportamentos afetivos sexuais inadequados, por excesso ou por defeito (Vieira, 2013).

É de realçar que, as circunstâncias geradoras de stress e as dificuldades no funcionamento familiar podem interferir negativamente no desempenho do papel parental com efeitos prejudiciais a curto, médio e longo prazo, tanto para os pais como para os filhos com e sem deficiência.

CONCLUSÃO



CONCLUSÃO

“Sendo a Sexualidade uma dimensão da personalidade que segue a lógica e o ritmo do desenvolvimento global, reprimir ou ignorar a sua expressão nas crianças e nos jovens com Deficiência Mental seria dificultar o seu crescimento e o seu desenvolvimento enquanto Pessoas.”

Loureiro (1997).

Nesta fase final desta dissertação, torna-se imperativo efetuar um balanço, uma síntese, uma conclusão, provisória ou parcial que abarque a temática abordada. Esta pretendeu ser assim, mais uma contribuição para a compreensão da sexualidade na deficiência mental, bem como da importância da reflexão dos profissionais acerca das suas atitudes e o seu impacto no comportamento. Porém, a revisão da literatura permitiu-nos clarificar conceitos como “Sexualidade” e “Deficiência Mental”.

Falar sobre sexualidade continua a não ser fácil, uma vez que nem todas as pessoas a percebem e a vivenciam da mesma maneira. Falar do tema da deficiência mental, torna-se, ainda, muito difícil e divergente.

As pessoas com deficiência mental existiram em todas as sociedades e culturas mas, os estudos científicos sobre as causas e propostas pedagógicas para a integração social pertencem essencialmente ao séc. XX. Atualmente os estudos apresentam, ainda, a existência de algumas concepções estereotipadas e preconceituosas em relação a esta parcela da população, tanto por parte dos pais como dos profissionais.

A definição do conceito de deficiência mental evoluiu ao longo do tempo, tendo sofrido uma série de alterações inclusive no seu desígnio. Da mesma forma que a definição e o conceito foram atualizados, surgiu também uma alteração no seu paradigma. Ao longo da dissertação, optou-se pela utilização desta mesma designação pois vai ao encontro da sugestão dada por Goffman (1988), o qual afirma que as pessoas com deficiência mental devem ser chamadas pelos nomes que elas mesmas julguem conveniente. O termo “pessoa com deficiência mental” é o mais utilizado no âmbito técnico-científicos.

As regras sociais guiam e regulam as interações entre os indivíduos e dão configuração aos comportamentos padronizando-os. De um modo geral, ao negar-se aos

indivíduos a oportunidade para aprenderem as questões referentes à sexualidade desenvolverem relações sociais com outras pessoas, a sociedade está a negar-lhes o direito à sua autorrealização. A sociedade encara a sexualidade dos indivíduos com deficiência como redutora e enviesada, não aceitando, na prática, os seus direitos humanos universais baseados na liberdade, dignidade e igualdade inerentes a todos os seres humanos. O fato de se manter a pessoa com deficiência num estado de inércia quanto à sua sexualidade, significa que existe uma grande distância até poderem atingir a felicidade plena.

Podemos verificar que ainda hoje há pessoas que apresentam grande dificuldade em aceitar que a criança é um ser assexuado logo à nascença. Contudo, é importante que a pessoa com deficiência mental estabeleça relações com a restante comunidade, que se confronte com as frustrações, medos, ansiedades e encare os preconceitos destas pessoas, assim poderá aceitar de um modo realista as suas diferenças. Cabe pois à sociedade receber todos os cidadãos, incluindo-os com igualdade de oportunidades, de diretos e respeito.

Na sequência das investigações e definições mais recentes, a educação sexual deve fazer parte do processo de educação global da criança e do adolescente com deficiência mental, como para qualquer pessoa, com metodologia adequada à sua capacidade cognitiva e à faixa etária onde está inserido. É importante que pessoa com deficiência mental possa olhar e viver a sua sexualidade com o intuito de ajustar os seus comportamentos em função das situações que a vida lhe proporciona. Assim, a educação sexual deverá ser sempre associada à intenção de promover o desenvolvimento psicossocial na pessoa com deficiência, no âmbito do desenvolvimento psicológico global.

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. Como tal, a literatura demonstra que os pais apresentam ainda atitudes protetoras e tratam os seus filhos como seres assexuados, atendendo que, alguns simplesmente não estão preparados para responder às curiosidades dos seus filhos.

De igual modo, uma intervenção adequada deverá transformar as ameaças em desafios. Torna-se fundamental que os profissionais, ao intervirem com as pessoas com deficiência, (re)elaborem os planos de intervenção e os adaptem à luz destes novos conceitos. Por outro lado, pode dizer-se que, como pais, educadores, terapeutas e outros técnicos envolvidos no processo de intervenção/reabilitação da pessoa com deficiência, cabe a responsabilidade, de apoiar e orientar na tomada de decisões e não tomá-las no lugar destas.

É nossa sensação que muito ficou por dizer sobre este tema complexo que envolve a deficiência e a sexualidade. Esperamos ter conseguido de algum modo, dar um contributo para o debate construtivo, aberto e reflexivo, em relação ao contexto em estudo.

Considera-se igualmente importante que, no futuro, exista maior abertura, face à sexualidade, de forma a que estes indivíduos possam ter um desenvolvimento em todas as dimensões das suas vidas. É necessário que os profissionais trabalhem em conjunto para promover o correto crescimento interpessoal e equilíbrio afetivo da pessoa com deficiência mental aumentando, assim, a sua autoestima e qualidade de vida emocional e sexual.

Assim, a partir dos conhecimentos adquiridos neste trabalho, será pertinente concluir que é possível depreender-se a urgência e necessidade do desenvolvimento de intervenções centradas na promoção da sexualidade. É necessário que os profissionais trabalhem em conjunto para promover o correto crescimento interpessoal e o equilíbrio afetivo da pessoa com deficiência, aumentando, assim, a sua autoestima e qualidade de vida emocional e sexual.

A sexualidade está presente, de várias formas, em cada um de nós, e a pessoa com deficiência mental não é exceção...

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A

- Afonso, A. (2008). *Deficiência Mental e Qualidade de Vida: Avaliação de Funcionários e Utentes de um Centro de Formação e Reabilitação Profissional*. Dissertação de Mestrado apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica, disponível em <http://repositorio.ispa.pt>, acessado a 13/03/2016.
- Albuquerque, M. & Ramos, S. (2007). *A Sexualidade na Deficiência Mental Profunda – Um Estudo Descritivo Sobre Atitudes de Pais e Profissionais*, disponível em <http://www.psicologia.pt>, acessado a 10/06/2014.
- Albuquerque, M. C. (2000). *A Criança com Deficiência Mental Ligeira*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Albuquerque, Paloma Pegolo de, (2007) *A Sexualidade como Aspecto Inclusivo: Uma Proposta de Intervenção para Pais e Professores de Jovens com Deficiência Mental* Universidade Federal de S. Carlos, disponível em <http://www.btdt.ufscar.br>, acessado a 13/03/2016.
- Almeida, P. A. P. (2009). *A Educação Sexual na Deficiência Mental*. Pós-graduação. Porto: Escola Superior de Educação Paula Frassinetti, disponível em <http://repositorio.esepf.pt>, acessado a 29/06/2014.
- Almeida, P. (2010). *A Sexualidade na Deficiência Mental*, disponível em <http://revista.esepf.pt>, acessado a 29/06/2014.
- Amaral, M.C. (2004). *Sexualidade e Deficiência Mental: Impacto de um Programa de Orientação para Famílias*. Dissertação de Mestrado. São Carlos: Programa de Pós-Graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos.
- Anastácio, Z. (2007). *Educação Sexual no 1.ºCEB: Conceções, Obstáculos e Argumentos dos Professores para a sua (não) Consecução*. Tese de Doutoramento, Instituto de Estudos da Criança, Universidade do Minho, disponível em <https://repositorium.sdum.uminho.pt>, acessado a 10/06/2014.

Anastácio, Z. & Fernandes, G. (2011). *Educar para a Sexualidade na 1ªCEB: Conceções de Corpo e Identidade Sexual/Género*, disponível em <http://repositorium.sdum.uminho.pt>, acessado a 10/06/2014.

Aranha, M. (1995). Integração Social do Deficiente: Análise Conceitual e Metodológica. *Temas em Psicologia*, 2, 63-70.

Associação Psiquiátrica Americana. (2014) *DSM V. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi.

Assunção, M. (2010). *Educar para a Sexualidade. Um Imperativo Ético*. Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Mestre em Bioética, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt>, acessado a 10/06/2014.

B

Bairrão, J., Castanheira, J. L., Felgueiras, I., & Portela, H. (1980). Primeiros Resultados de um Estudo Epidemiológico da Deficiência Mental em Portugal. *Cadernos do Coomp*, pp. 11-20.

Bairrão, J. (1981). Sobre a Deficiência Mental. *Psicologia*, II 2/3.

Bastos, O. M; Deslandes, S. F. (2005). Sexualidade e o Adolescente com Deficiência Mental: Uma Revisão Bibliográfica, *Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, vol. 10, nº 2*, pp 1-13.

Baptista, C. R. & Bridi, F.R.S. (2014, Mai-Ago). Deficiência Mental: O Que Dizem Os Manuais Diagnósticos? *Revista Educação Especial*, 27,49,499-512.

Batista, C. & Morales, A. (2010). Compreensão da Sexualidade por Jovens com Diagnóstico de Deficiência Intelectual. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26, 235-244.

Belo, C., Cabral, L. Caridade. & Sousa, R. (2008, Out-Dez). Deficiência Intelectual: Terminología e Concetualização. *Revista Diversidades*, 22,4-8.

Brandão, M., & Craveirinha, F. (2011). Redes de apoio social em famílias multiculturais, acompanhadas no âmbito da intervenção precoce: Um estudo exploratório. *Análise Psicológica*, 1 (XXIX), 27-45.

Bragança, O. (2013). *Desinstitucionalização do Doente Mental*. Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Educação Social, disponível em <https://bibliotecadigital.ipb.pt>, acedido a 20/10/2016.

C

Cabo, A. (2016). *Perceção dos Professores do Ensino Regular Face à Inclusão e ao Processo de Ensino-Aprendizagem dos Alunos com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais (DID)*. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Superior João de Deus com Vista à obtenção do grau de mestre em Ciências da Educação na Especialidade de Educação Especial- Domínio Cognitivo e Motor, disponível em <https://comun.rcaap.pt>, acedido a 20/02/2017.

Carneiro, N. (2014). *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, disponível em <https://estudogeral.sib.uc.pt>, acedido a 22/03/2017.

Carvalho, E. & Maciel, D. (2003). Nova Conceção de Deficiência Mental Segundo a American Association on Mental Retardation - AAMR: Sistema 2002. *Temas em Psicologia da SBP*, 2, 147 – 156.

Carvalho, I. (2009). *Famílias com Filhos com Deficiência Mental*. Dissertação de Mestrado em Serviço Social, apresentada à Escola Superior de Altos Estudos do Instituto Miguel Torga, disponível em <http://repositorio.ismt.pt>, acedido a 20/10/2016.

Carrasco, L. (2013), *Avaliação da Satisfação com a Vida em Pessoas com Deficiência Intelectual em Processo de Envelhecimento*, Dissertação apresentada ao Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas UNIVERSIDADE DE LISBOA com vista à obtenção do grau de mestre em Política Social, disponível em <https://www.repository.utl.pt>, acedido a 19/01/2017.

Claudino, A. (1997), *A Orientação para a Formação Profissional de Jovens com Deficiência Intelectual*, Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade de Lisboa, Secretariado Nacional para a

Reabilitação e Integração de Pessoas com Deficiência, Lisboa.

Camossa, D. & Maia, A. (2003). Relatos de Jovens Deficientes Mentais Sobre a Sexualidade Através de Diferentes Estratégias. *Paidéia*, 12 (24), 205-214.

Coelho, L. & Coelho, R. (2001). Impacto Psicossocial da Deficiência Mental. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, vol. 3, núm. 1, pp. 123-143.

Correia, A. & Mesquita, A. (2013). *Mestrados & Doutoramentos - Estratégias para a Elaboração de Trabalhos Científicos: O Desafio da Excelência*. Porto: Vida Económica.

Costa, M.I.B.C. (sd) A Família com Filhos com Necessidades Educativas Especiais. *Escola Superior de Enfermagem de Viseu*. Pp: 74-100.

Costa, E., & Oliveira, K. (2011). A Sexualidade Segundo a Teoria Psicanalítica Freudiana e o Papel dos Pais Neste Processo. *Revista Eletrónica do Curso de Pedagogia do Campus Jataí*, 2, 11.

Costa, S. (2012). *O Impacto do Diagnóstico de Autismo nos Pais*. Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional das Beiras, para a obtenção do Grau de Mestre em Ciências da Educação na área científica de Educação Especial, disponível em <http://repositorio.ucp.pt>, acedido a 20/07/2014.

Coutinho, M. (2004). Apoio à Família e Formação Parental 1 (XXII). *Análise Psicológica*, 1 (XXII), 55-64.

Cunha, M. (2010). *Auto-Determinação e Inclusão Social das Pessoas com Deficiência Mental – Uma Intervenção Centrada no Sujeito*. Dissertação apresentada no Mestrado em Temas de Terapia Ocupacional, Área de especialização Crianças e Jovens da Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Instituto Politécnico do Porto, disponível <http://recipp.ipp.pt>, acedido a 20/03/2017.

Custódio, M. (2011). *Estudo da Qualidade de Vida de Jovens/Adultos com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental através da Aplicação da Escala de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-100)*. Dissertação apresentada a Faculdade de Motricidade Humana, da Universidade de Lisboa para à obtenção do Grau de Mestre em Reabilitação Psicomotora, disponível em <https://www.repository.utl.pt>, acedido a 20/06/2014.

D

- Dessen, M. A. & Silva, N. L. P. (2001). Deficiência Mental e Família: Implicações para o Desenvolvimento da Criança, *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Volume 17, (2), pp. 133-141.
- Dias, L. (2011). *Inclusão Social de Cidadãos Portadores de Deficiência(s) Residentes no Concelho de Miranda do Douro*. Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Educação de Bragança para a obtenção do Grau de Mestre em Educação Social, disponível em <https://bibliotecadigital.ipb.pt>, acedido a 18/05/2016.
- Dias, S. S., Oliveira, M.C.S.L, (2013). Deficiência Intelectual na Perspectiva Histórico-Cultural: Contribuições ao Estudo do Desenvolvimento Adulto. *Revista Brasileira. Edição Especial, Marília, vol. 19, nº 2*, pp. 169-182.
- Dias, S. (2014). *Capacitação de pais de pessoas com deficiência: Projeto Oficinas de Pais* (Dissertação de Doutoramento não publicada). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, disponível em <http://repositorio.ispa.pt>, acedido a 11/03/2017.
- Domingues, S. (2012). *Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental no 1º Ciclo- Estudo de Caso*. Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Castelo Branco para o cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Educação Especial-Domínio Cognitivo e Motor, disponível em <https://repositorio.ipcb.pt>, acedido a 20/06/2014.

F

- Farias, N. & Buchalla, C.M. (2005). A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Revista Brasileira Epidemiol*, 8(2): 187-193.
- Fazenda, I. (s/d). Empowerment e Participação, uma Estratégia de Mudança. Centro Português de Investigação e História e Trabalho Social, disponível em <http://www.cpihts.com>, acedido a 20/09/2015.
- Febrá, M. (2009). *Impactos da Deficiência Mental na Família*. Dissertação apresentada a Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública, disponível em <https://estudogeral.sib.uc.pt>, acedido a 20/09/2015.

- Félix I. (2003, Maio/Dezembro 37). As Atitudes dos Profissionais Face à Sexualidade das Pessoas Portadoras de Deficiência Mental. *Sexualidade & Planeamento Familiar*, pp. 18-23.
- Félix, I., & Marques, A.M. (1995). *E Nós... Somos Diferentes? Sexualidade e Educação Sexual na Deficiência Mental*. Lisboa: APF.
- Feldman, R. (2001). *Compreender a Psicologia*. (5ª ed). Amadora: Editora Mc Graw Hill.
- Ferreira, S. (2011). *Deficiência Mental Moderada: Estudo de um Caso*. Dissertação apresentada para a obtenção do Grau de Mestre em Ciências de Educação no Curso de Mestrado em Educação Especial conferido pela Escola Superior de Educação Almeida Garrett, disponível em <http://recil.grupolusofona.pt>, acedido a 02/06/2015.
- Fonseca, L., Soares, C. & Vaz, M. (Orgs.). (2003). *A Sexologia (Perspetiva Multidisciplinar)* (Vol. I). Coimbra: Quarteto.
- Fontes, F. (2009). Pessoas com Deficiência e Políticas sociais em Portugal da Caridade à Cidadania Social. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 86, pp. 73-93.
- França, D. (2013). Sexualidade da Pessoa Cega: Uma revisão Sistemática da Literatura. *Rev. Ciênc. Méd. Biol.* V.12, nº 1, pp. 101-105.
- Franco, D. (2010). *Atitudes Face à Afetividade e Sexualidade do Jovem com Deficiência Mental*. Dissertação apresentada à Universidade da Covilhã para obtenção do Grau de Mestre em Medicina, disponível em <http://www.fcsaude.ubi.pt>, acedido a 02/06/2014.
- Franco, J. R. (2012). *Sexualidade nas NEE – Trissomia 21: Perspetivas dos Docentes do Ensino Regular do 1º, 2º e 3º Ciclo*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Educação Almeida Garret, Lisboa.

G

- Gabriel, C. A. (2013). *Sexualidade da Pessoa com Deficiência Intelectual – Atitudes de Pais e Profissionais*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, disponível em <http://repositorio.ispa.pt>, acedido em 05/12/2014.
- Gama, A. (2015). *Atitudes e Crenças sobre a Sexualidade na Pessoa com Deficiência Mental - Um Estudo Comparativo de Familiares e Profissionais usando a Metodologia Q-Sorting*. Dissertação apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da

Universidade do Porto para obtenção do grau de Mestre em Temas da Psicologia, disponível em <http://www.pluralesingular.pt>, acedido a 10/01/2017.

Garcia, A. I. (2011). *O Deficiente Intelectual nos Centros de Atividades Ocupacionais da Região Autónoma da Madeira: Inclusão Social e Autonomia*. Dissertação apresentada a Universidade do Porto para a obtenção do Grau de Mestre em Educação Especial, no Curso de Mestrado em Ciências da Educação na Especialidade de Educação Especial, conferido pela Escola Superior de Educação Almeida Garrett, disponível em <http://recil.grupolusofona.pt>, acedido 28/06/2014.

Garrett, A. (2011). *Contributos para a Reabilitação da Sexualidade dos Lesionados Modelares: Elaboração de um Programa Reabilitador*. Dissertação apresentada a Universidade Fernando Pessoa para obtenção do Grau de Doutor em Ciências Sociais, disponível em <http://bdigital.ufp.pt>, acedido a 17/09/2014.

Giami, A. (2004). *O Anjo e a Fera: Sexualidade, Deficiência Mental, Instituição* (1ª ed.). São Paulo: Edições Casa do Psicólogo.

Glat, R. (1992). A Sexualidade da Pessoa com Deficiência Mental. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 1 (1): 65-79.

Gleitman, H. (2002). *Psicologia*. (5ª Ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

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

Gomes, A & Castilho, P. (2003). Sexualidade e Deficiência Mental. In Fonseca, Soares & Vaz (Coords), *A Sexologia – Perspetiva Multidisciplinar I* (pp 475-497). Coimbra: Quarteto Editores.

Gonçalves, P. (2014), *Comportamento Adaptativo e os Apoios*. Dissertação de Mestrado em Reabilitação Psicomotora apresentada Faculdade de Motricidade Humana – Universidade Técnica de Lisboa, disponível em <https://www.repository.utl.pt>, acedido 29/06/2016.

Guanilo, M., Takahashi, R., & Bertolozzi, M. (2011). Revisão Sistemática: Noções Gerais. *Rev. Esc. Enferm. USP* 45 (5): 1260-6.

Guimarães, R. (2009). *Programa de Intervenção na Deficiência Mental: Promoção Cognitiva*,

Social e Sexual. Dissertação de Mestrado apresentada a Universidade Fernando Pessoa para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, disponível <http://bdigital.ufp.pt>, acedido 28/06/2014.

Gusmão, F. & Moreira, L. M. A. (2002). Aspetos genéticos e sociais da sexualidade em pessoas com síndrome de Down. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 24, 94-9.

I

Instituto da Segurança Social. (2007). *Manual de Processos-Chave - Centro de Atividades Ocupacionais*, disponível em <http://www.seg-social.pt>, acedido a 30/11/2016.

IPPF (2009). *Direitos Sexuais: Uma Declaração da IPPF*. Rio de Janeiro: BEMFAM.

L

Lavrador, R. (2009). *A Utilidade da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) em Educação*. Dissertação de Mestrado apresentada a Universidade do Minho para obtenção do grau de Mestre em Educação Especial, Especialização em Dificuldade de Aprendizagens Específicas, disponível <https://repositorium.sdum.uminho.pt>, acedido 27/09/2016.

López, F. & Fuertes, A. (1999). *Para Compreender a Sexualidade*. Lisboa: Associação para o Planeamento da Familiar (APF).

Lopes, A. (2015). *As Necessidades e Redes de Apoio de Famílias de Pessoas com Perturbação do Espectro do Autismo*. Dissertação de Mestrado apresentada a Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Médicas, disponível <https://run.unl.pt>, acedido 11/03/2017.

Lopes, C. (2003, Maio/Dezembro 37). Direitos Sexuais e Reprodutivos das Pessoas Portadoras de Deficiência Mental. *Sexualidade & Planeamento Familiar*, pp. 13-18.

Lourenço, M. (2011). *Perspetiva dos Docentes acerca da Transição para a Vida Pós-Escolar de Alunos com Deficiência Mental*. Dissertação de Mestrado apresentada a Universidade Católica Portuguesa em Ciências da educação Especialização em Educação Especial Domínio Cognitivo e Motor, disponível <http://repositorio.ucp.pt>, acedido 15/11/2014.

M

- Mata, A. (2006). *Programa de Estimulação Cognitiva para Alunos com Necessidade Educativas Especiais*. Dissertação de Mestrado em Educação Especial, Área de Especialização em Dificuldades de Aprendizagem. Universidade do Minho, disponível <http://repositorium.sdum.uminho.pt> acedido 28/06/2014.
- Martins, E. (2013). *Hoje e Amanhã com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental num Lar de Idosos de uma IPSS*. Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Castelo Branco para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Educação Especial – Domínio Cognitivo e Motor, disponível <https://repositorio.ipcb.pt>, acedido a 29/01/2017.
- MTSS (2006), 1º Plano de Ação para a Integração das Pessoas com Deficiências ou Incapacidade. Lisboa: Instituto do Emprego e Formação Profissional/Gabinete de Comunicação.
- Minayo, M. C. S., Hartz, Z. M. A. & Buss, P. M. (2000). Qualidade de Vida em Saúde: Um Debate Necessário. *Ciência Saúde Coletiva*, 5, 7-18.
- Monteiro, J. (2012). *O contributo do Desporto Adaptado para a Integração Social da Pessoa com Deficiência Motora. A Situação dos Atletas Praticantes de Desporto Adaptado no Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro-Rovisco Pais*. Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Serviço Social, disponível <http://repositorio.ismt.pt>, acedido a 27/01/2017.
- Morales, A. S. e Batista, C. G. (2010). Compreensão da sexualidade por jovens com diagnóstico de deficiência intelectual, *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Volume 26, (2), pp. 235-244.
- Moreira, S. (2011). *Espiritualidade, Bem-Estar e Qualidade de Vida de Pessoas Idosas que Vivem SÓS no Domicílio Habitual*. Dissertação de Mestrado apresentada a Escola Superior de Enfermagem do Porto, disponível <https://comum.rcaap.pt>, acedido a 27/09/2016.

N

- Neves, A. (2011). *Conceções e Práticas de um Centro de Atividades Ocupacionais*. Dissertação

apresentada à Escola Superior de Educação de Lisboa para obtenção de grau de mestre em Ciências da Educação - Especialidade Educação Especial, disponível em <http://repositorio.ipl.pt>, acedido 11/03/2017.

O

Organização das Nações Unidas. (ONU, 1983). *Programa Mundial de Ação Relativo às Pessoas Deficientes*. Lisboa: Secretariado Nacional Reabilitação.

Organização das Nações Unidas. (ONU, 1995). *Normas sobre Igualdade de Oportunidades para Pessoas com Deficiência*. Cadernos SNR, 3, Lisboa: Secretariado Nacional Reabilitação.

Organização Mundial de Saúde (OMS, 1995). *Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (Handicaps). Um Manual de Classificação das Consequências das Doenças*. Livros SNR, 7, Lisboa: Secretariado Nacional Reabilitação.

Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (C.I.F.)*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

P

Pacheco, J. (2003). Sexualidade e Religião. In L. Fonseca, C. Soares, & J. M. Vaz, *A Sexologia - Perspetiva Multidisciplinar* (Vol. Volume II, pp. 44-51). Coimbra: Quarteto Editora.

Palha, M. (2017). Perturbação do Desenvolvimento Intelectual. *Revista Descubra as Diferenças*, Centro de Desenvolvimento Infantil DIFERENÇAS. Olho Clínico, nº15, disponível em <https://revistadescubraasdiferencasjaneiro2017.wordpress.com>, acedido a 02/02/2017.

Pan, J. (1997). *Afectividad y Sexualidad en la Persona con Deficiencia Mental*. Universidade Pontificia. Comilas. Madrid.

Pereira, M. (2013). *A Sexualidade na Deficiência Mental: Mitos e Tabus*. Dissertação de Mestrado em Ensino Especial: Domínio Cognitivo Motor apresentada à Escola Superior de Educação João de Deus, disponível em <https://sapiencia.ualg.pt>, acedido a 02/06/2014.

Pinho, J., Menezes, M & Cardoso, M. (2011). Educação Sexual da Pessoa com Deficiência

Mental: Uma Revisão Bibliográfica. *Revista Contemporânea da Educação* nº 11, pp. 202-216.

Pinto, J. (2011). *Saúde Sexual e Bem-Estar nas Pessoas com Deficiência Mental*. Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, disponível em <http://ria.ua.pt>, acedido 02/06/2014.

Pires, I. (2014). *Atitudes dos Alunos Face à Inclusão de Alunos com Deficiência, nas Aulas de Educação Física- Comparação em Alunos do 2º Ciclo e Secundário*. Dissertação de Mestrado apresentada à faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra com vista à obtenção de grau de Mestre Em Exercício e Saúde para Populações Especiais, disponível em <https://estudogeral.sib.uc.pt>, acedido 07/05/2015.

1º Plano de Ação para a Integração das Pessoas com Deficiências ou Incapacidade 20062009 (PAIPDI) (2006). Gabinete da Secretária de Estado Adjunta e da Reabilitação, Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência. Lisboa: Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.

R

Ragageles, V. (2012). *Inclusão e Inserção Socioprofissional das DID's no Concelho de Constância*. Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Castelo Branco para obtenção do grau de Mestre em Educação Especial – Domínio Cognitivo e Motor, disponível em <http://repositorio.ipcb.pt>, acedido 20/06/2014.

Ramos, M. L. P. (2005). *Sexualidade na Diversidade – Atitudes de Pais e Técnicos Face à Afetividade e Sexualidade do Jovem com Deficiência Mental*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.

Reis, M. H. & Vilar, D. (2004). A Implementação da Educação Sexual na Escola: Atitudes dos Professores. *Análise Psicológica*, 4, 737-745.

Ribeiro, J. L. P. (1994). A Importância da Qualidade de Vida para a Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, Vol. XII, n.º 2-3, (pp. 179-191).

Ribeiro, L. (2013). *Escola, Família e Educação na Sexualidade*. Dissertação apresentada para

a obtenção do Grau de Mestre em Ciências da Educação, área de especialização em Supervisão Pedagógica e Formação de Formadores, conferido pela Escola Superior de Educação Almeida Garret, disponível <http://recil.grupolusofona.pt>, acedido 20/04/2017.

Ribeiro, P. (2009). *Crenças e Atitudes Face à Sexualidade das Pessoas Portadoras de Deficiência Mental*. Dissertação de Mestrado apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica, disponível <https://repositorio.ispa.pt>, acedido 20/04/2017.

Rodrigues, A. (2009). *Os Jovens e a Sexualidade: Uma Visão Construcionista*. Dissertação apresentada à Universidade Fernando Pessoa de, para obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Educação e Intervenção Comunitária, disponível <http://bdigital.ufp.pt>, acedido 20/06/2014.

S

Santos, A. (2014). *Inserção Socioprofissional e Empregabilidade da Pessoa com Deficiência: Contributos das Ofertas de Formação*. Dissertação apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra para obtenção do grau de Mestre, disponível <https://estudogeral.sib.uc.pt>, acedido a 10/03/2016.

Santos, S. & Morato, P. (2002). *Comportamento Adaptativo*. Porto Editora.

Santos, S. (2007). *Estudo Psicométrico da Escala de Comportamento Adaptativo Versão Portuguesa – ECAP*. Dissertação apresentada com vista à obtenção do grau de Doutor no Ramo de Motricidade Humana, especialidade de Educação Especial Faculdade de Motricidade Humana. Universidade Técnica de Lisboa, disponível em <http://www.repository.utl.pt>, acedido 20/05/2014.

Schalock, R. (2009). La nueva definición de discapacidad intelectual, apoyos individuales y resultados personales. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*. 40 (229): 5-17.

Serrano, S. (2005). Os Técnicos de Saúde e a Sexualidade dos Doentes Oncológicos: Atitudes, Crenças e Intenções Comportamentais. *Análise Psicológica*, 2 (23), pp. 137-150.

Sequeira, M. (1990). Contributos e Limitações da Teoria de Piaget para a Educação em Ciências. *Revista Portuguesa da Educação*, 3 (2), pp. 21-35.

- Silva, A. (2013). *Atitudes Face à Sexualidade na Deficiência Intelectual - Importância da Formação em Educação Sexual*. Dissertação apresentada à Universidade do Algarve para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia da Educação, disponível em <https://sapientia.ualg.pt>, acedido a 02/06/2014.
- Silva, F. (2012). *Vivência da Sexualidade da Pessoa com Deficiência Mental Profunda: Perspetiva dos Pais e dos Profissionais*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra, disponível em <https://estudogeral.sib.uc.pt>, acedido a 02/06/2014.
- Silva, L. (2012). *Escola de Inclusão VS Sociedade Integradora*. Dissertação apresentada à Escola Superior e Educação João de Deus com vista à obtenção do grau de Mestre em Ciências da Educação na Especialidade de Educação Especial: Domínio Cognitivo e Motor, disponível em <https://comum.rcaap.pt>, acedido a 20/01/2017.
- Silva, M^a. O. & Coelho, F. (2014). Da Deficiência Mental à Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental. *Revista Lusófona de Educação*, 28, pp. 163-180.
- Silva, C., Nossa, P. & Silvério, J. (2000). *Incidentes Críticos na Sala de Aula-Análise Comportamental Aplicada (ACA)*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Sousa, J. (2007). *Mais Qualidade de Vida para as Pessoas com Deficiências e Incapacidades - Uma Estratégia para Portugal*. Vila Nova de Gaia: Centro de Reabilitação Profissional de Gaia (CRPG).
- Sousa, L. (2011). *A Educação Sexual na Deficiência Mental: Práticas e Percepções face à Afetividade e Sexualidade do Indivíduo com Deficiência Mental*. Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Educação Social, disponível em <https://bibliotecadigital.ipb.pt>, acedido a 20/06/2014.
- Sprovieri, M. & Assunção Jr., F. (2005). *Deficiência Mental: Sexualidade e Família*. Brasil: Editora Manole Lda.
- Steffen, L & Musskop, A. S. (2015). Direitos Sexuais e Direitos das Pessoas com Deficiência: Implicações Teológicas. *Mandrágora*, Vol.21. Nº. 2, p. 39-65.

T

Teixeira, E. (2012). *A Qualidade de Vida de Jovens e Adultos com Deficiência Mental*. Dissertação apresentada para a obtenção do Grau de Mestre em Temas de Psicologia (Especialização em Psicologia de Jovens e Adultos pela Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, disponível, <https://sigarra.up.pt>, acessado a 20/02/2017.

Tejeiro, A. (1994). *Introducción a la Psicología de la Deficiencia Mental*. Valencia: Editorial Promolibro.

Teles, A. (2011). *A Aplicabilidade da Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde*. Dissertação apresentada Universidade Católica Portuguesa- Departamento de Economia, Gestão e Ciências Sociais para obtenção do Grau de Mestre em Ciências da Educação Especialização em Educação Especial, disponível em <http://repositorio.ucp.pt/>, acessado a 20/03/2017.

V

Vargem, I. (2013). *Educação Sexual na Deficiência Mental*. Dissertação apresentada à Universidade do Algarve para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia da Educação, disponível em <https://sapientia.ualg.pt>, acessado a 02/06/2014.

Vaz Serra, A. (1999). *O Stress na Vida de Todos os Dias*. Coimbra: Vaz Serra.

Vieira, C. (2013). *Aspetos Genéticos e Sociais de Sexualidade em Jovens com Síndrome de Down*. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Superior João de Deus para obtenção do Grau de Mestre em Educação Especial: Domínio Cognitivo e Motor, disponível em <http://comum.rcaap.pt>, acessado a 02/06/2014.

Vieira, F. & Pereira, M. (Orgs.) (2003). *Se Houvera quem me Ensinará... A Educação de Pessoas com Deficiência Mental* (4ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

X

Xavier, A. (2011). *A Aprendizagem da Leitura na Criança com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental*. Dissertação apresentada á Escola Superior de Educação Almeida Garrett para a obtenção do grau de Mestre em Educação Especial no Curso de

Mestrado em Ciência da Educação na Especialidade de Educação Especial, conferido pela Escola Superior de Educação Almeida Garrett, 02/06/2014.

REFERÊNCIAS LEGISLATIVAS

- Constituição da República Portuguesa
- Declaração Universal dos Direitos do Homem, de 10 de Dezembro de 1948
- Lei nº 9/89 de 2 de Maio
- Resolução da Assembleia da República n.º 56/2009, de 30 de Julho – Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, 2009