

# **Saúde Mental em Utentes Institucionalizados: Conhecimentos dos Colaboradores sobre Sexualidade**

**Maria José Afonso Pires**

Relatório Final de Estágio de Natureza Profissional apresentado ao Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Comunitária

## **Orientadores:**

Professor Doutor Manuel Brás

Professora Doutora Eugénia Anes

**Bragança, outubro de 2022**

# **Saúde Mental em Utentes Institucionalizados: Conhecimentos dos Colaboradores sobre Sexualidade**

**Maria José Afonso Pires**

Relatório Final de Estágio de Natureza Profissional realizado pela mestrandia Maria José Afonso Pires, no âmbito da unidade curricular – Estágio II/Trabalho de Projeto, lecionada no Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

**Bragança, outubro de 2022**

*Only the human mind invents categories and tries to force facts into separated pigeon-holes. The living world is a continuum in each and every one of its aspects. The sooner we learn this concerning human sexual behaviour, the sooner we shall reach a sound understanding of the realities of sex.*

Kinsey, Pomeroy & Martin (1948, pp. 638-639)

*Eu não sou louco.  
A minha realidade é apenas diferente da tua.*

Carrol, L. (2010)

## Resumo

**Enquadramento:** A presente investigação aborda a temática Saúde Mental em Utentes Institucionalizados: Conhecimentos dos Colaboradores sobre Sexualidade, descrevendo de forma sucinta a evolução histórica do conceito de sexualidade, contextualizando-a até à atualidade. Ilustra-se o estado da arte sobre a saúde mental em Portugal. Relaciona-se o conceito da sexualidade com a saúde mental, evidenciando a contribuição de autores contemporâneos. Salienta-se ainda o papel do Enfermeiro no contexto da sexualidade na saúde mental, enquanto agente de intervenção multidisciplinar.

**Objetivos:** Reconhecer a perspetiva dos colaboradores acerca da Sexualidade na Saúde Mental em utentes institucionalizados, nas diferentes Instituições de Saúde Mental do Distrito de Bragança. Identificar as diferenças entre as variáveis sociodemográficas e a perspetiva dos colaboradores acerca da Sexualidade na Saúde Mental, em utentes institucionalizados nas diferentes Instituições de Saúde Mental do Distrito de Bragança.

**Metodologia:** De metodologia quantitativa, definiu-se o presente estudo como observacional-descriptivo-correlacional e transversal.

**Resultados:** A amostra apresenta maior frequência de respostas na faixa etária dos 30-40 anos, do sexo feminino, naturais de Bragança com residência em Bragança na tipologia Urbana, casados, com Nível Secundário, com a profissão de Auxiliar a exercer funções na ASCUDT em Bragança, há menos de 5 anos na Saúde Mental. A amostra considera a Educação Sexual importante e embora já tenha tido formação nesta área considera-a insuficiente, não é implementada no local de trabalho e não é discutida pela maioria dos utentes, embora alguns do sexo masculino questionem os colaboradores sobre sexualidade, necessidades formativas foram identificadas especialmente nos conteúdos Abuso sexual, Contraceção, Infeções transmitidas sexualmente e Comportamentos sexuais de risco. A amostra apresenta um *score* médio entre a expressão mais liberal e a expressão mais conservadora relativamente à sexualidade e saúde mental. Os resultados indicam uma amostra ciente da necessidade de melhorar a sua formação contínua quer nos aspetos gerais sobre a sexualidade quer nos aspetos que se relacionam diretamente com a sexualidade na deficiência intelectual. As hipóteses validadas indicam que existem diferenças estatísticas significativas entre a perspetiva dos colaboradores acerca da Sexualidade na Saúde Mental, em utentes institucionalizados nas diferentes Instituições de Saúde Mental do Distrito de Bragança e a Instituição onde exerce funções, segundo a questão “Há quanto tempo exerce funções na área da Saúde Mental?” com a questão “Já teve formação em Educação Sexual?” e a Importância da Educação Sexual na Saúde Mental.

**Conclusões:** Concluiu-se que a amostra reconhece a necessidade de mais formação no âmbito da sexualidade e saúde mental, apresentando-se, na mesma medida, com uma perspetiva liberal sobre a sexualidade e a saúde mental, mas identificando as lacunas sentidas no dia-a-dia da prática profissional. Salienta-se que a amostra exerce funções no distrito de Bragança em instituições públicas e privadas mas apresenta resultados que indicam uma necessidade global de formação contínua e adequada à temática particularmente no que diz respeito ao diálogo e comunicação com os utentes sobre os seus direitos em vivenciar e experienciar a sua sexualidade.

**Palavras-Chave:** Sexualidade, Saúde Mental, Enfermagem, Perturbação do Desenvolvimento Intelectual

## Abstract

**Background:** This research addresses the issue of Mental Health in Institutionalized Users: Employees' Knowledge about Sexuality, briefly describing the historical evolution of the concept of sexuality, contextualizing it to the present day. The state of the art on mental health in Portugal is illustrated. The concept of sexuality is related to mental health, highlighting the contribution of contemporary authors. The role of the Nurse in the context of sexuality in mental health is also highlighted, as an agent of multidisciplinary intervention.

**Objectives:** To recognize the employees' perspective on Sexuality in Mental Health in institutionalized users, in the different Mental Health Institutions in the District of Bragança. To identify the differences between the sociodemographic variables and the employees' perspective on Sexuality in Mental Health, in institutionalized users in the different Mental Health Institutions in the District of Bragança.

**Methodology:** The present study was defined as observational-descriptive, cross-sectional and correlational, using a quantitative methodology.

**Results:** The sample presents an age group with a higher frequency of answers in the age group of 30-40 years old, female, born in Bragança, residing in Bragança in the Urban typology, married, with Secondary Level, with the profession of Assistant to exercise functions at ASCUDT in Bragança, less than 5 years in Mental Health. The sample considers Sexual Education important and although it has already had training in this area, it is considered insufficient, it is not implemented in the workplace and is not discussed by most users, although some males question the employees about sexuality, training needs were identified especially in the contents Sexual Abuse, Contraception, Sexually Transmitted Infections and Risky Sexual Behaviors. The sample has an average score between the most liberal expression and the most conservative expression regarding sexuality and mental health. The results indicate a sample aware of the need to improve their continuing education, both in general aspects of sexuality and in aspects that are directly related to sexuality in intellectual disabilities. The validated hypotheses indicate that there are significant statistical differences between the employees' perspective on Sexuality in Mental Health, in institutionalized users in the different Mental Health Institutions of the District of Bragança and the Institution where they work, according to the question "How long have you been working in the area of Mental Health?", with the question "Have you had training in Sexual Education?" and the Importance of Sex Education in Mental Health.

**Conclusions:** It was concluded that the sample recognizes the need for more training in the field of sexuality and mental health, presenting itself, to the same extent, with a liberal perspective on sexuality and mental health but identifying the gaps felt in everyday life. -day of professional practice. It should be noted that the sample performs functions in the district of Bragança in public and private institutions, but presents results that indicate a global need for continuous and adequate training on the subject, particularly with regard to dialogue and communication with users about their rights to experience and experience their sexuality.

**Keywords:** Sexuality, Mental Health, Nursing, Intellectual Development Disorder

## Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

<b>&amp;</b>	e
<b><i>et al.</i></b>	e outros
<b>n.º</b>	número
<b>n</b>	amostra
<b>p</b>	probabilidade
<b>p.</b>	página
<b>ASCUDT</b>	Associação Socio Cultural dos Deficientes de Trás-os-Montes
<b>APA</b>	American Psychology Association
<b>APPADI</b>	Associação de Pais e Amigos do Diminuído Intelectual
<b>APPACDM</b>	Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental
<b>CCE</b>	Comissão das Comunidades Europeias
<b>CEE</b>	Centro de Educação Especial
<b>CERCIMAC</b>	Cooperativa de Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados
<b>CNS</b>	Conselho Nacional de Saúde
<b>DGS</b>	Direção Geral de Saúde
<b>DSM-V</b>	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
<b>OCDE</b>	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PDI</b>	Perturbação do Desenvolvimento Intelectual
<b>QI</b>	Quociente de Inteligência
<b>Sida</b>	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
<b>SMRAI</b>	Sexuality and Mentally Retarded Attitudes Inventory
<b>SPSS</b>	Statistical Package for Social Sciences
<b>UDEP</b>	Unidade de Doentes de Evolução Prolongada
<b>VIH</b>	Vírus da Imunodeficiência Humana
<b>WAS</b>	Associação Mundial de Saúde Sexual
<b>%</b>	percentagem
<b>&lt;</b>	menor
<b>&gt;</b>	maior
<b>≤</b>	menor ou igual
<b>1º</b>	primeiro
<b>2º</b>	segundo
<b>3º</b>	terceiro
<b>XII</b>	doze
<b>XV</b>	quinze
<b>XVII</b>	dezassete
<b>XVIII</b>	dezoito
<b>XIX</b>	dezanove
<b>XX</b>	vinte

## **Dedicatória**

**...a todos os Seres Humanos...**

**...pela sua complexidade...**

## Agradecimentos

A concretização desta Dissertação de Mestrado contou com o apoio de várias pessoas, cada uma com um papel fulcral na sua realização...

...Sem elas não seria possível o concretizar deste sonho.

Agradeço aos Professores Doutores Manuel Brás e Eugénia Anes pela sua paciência, disponibilidade, orientação, incentivo e pela presença ativa. Agradeço as críticas e opiniões construtivas e o incentivo, mesmo quando havia motivação nula da minha parte.

Agradeço aos utentes do C.E.E., pois a eles a escolha e identificação da importância da temática, através do convívio diário.

Um especial agradecimento à minha família, principalmente aos meus filhos Erica e Santiago que prescindiram do seu tempo para me focar na realização da dissertação.

Ao Eric, pelo apoio e paciência.

Aos meus pais, que sempre me incentivaram.

Aos meus amigos, pela compreensão e apoio, mesmo quando o tempo e vontade eram nulos.

Obrigada a todos, por fazerem parte da minha vida, e por me ajudarem a tentar ser um ser humano melhor.

## Índice

Introdução.....	11
Parte I – Enquadramento Teórico .....	16
1.1. Síntese Histórica da Sexualidade.....	16
1.2. Saúde Mental em Portugal .....	24
1.3. Sexualidade e Saúde Mental .....	31
1.4. Papel do Enfermeiro na Sexualidade e Saúde Mental.....	34
Parte II – Enquadramento Metodológico .....	38
2.1. Tipo de Estudo.....	38
2.2. Questão de Investigação/objetivos .....	39
2.3. Operacionalização das variáveis.....	39
2.3. Hipóteses/Variáveis .....	40
2.4. População/Amostra.....	42
2.5. Instrumentos de medida e/ou de recolha dos dados .....	42
2.7. Procedimentos de aplicação e recolha dos dados .....	44
2.8. Considerações éticas .....	44
Parte III – Apresentação, Análise e Discussão de Resultados.....	46
3.1. Apresentação e Análise de Resultados .....	46
3.2. Discussão de Resultados .....	57
Parte IV - Conclusões .....	65
Limitações .....	67
Sugestões.....	68
Referências Bibliográficas .....	69
ANEXOS.....	74
ANEXO 1 – Pedido de Autorização para Aplicação do Instrumento de Recolha de Dados .....	74
ANEXO 2 – Parecer da Comissão de Ética .....	75
ANEXO 3 – Instrumento de Recolha de Dados .....	76
ANEXO 4 – Relatório de Estágio.....	82
ANEXO 5 – Projeto de Intervenção Comunitária .....	1601

## Índice de Tabelas

Tabela 1 - Investigações relevantes sobre Sexualidade (após 1960) .....	22
Tabela 2 – Distribuição da amostra segundo a Caracterização Sociodemográfica .....	47
Tabela 3 – Distribuição da amostra segundo a Caracterização Profissional .....	48
Tabela 4 – Distribuição da amostra segundo a Formação Profissional .....	50
Tabela 5 – Distribuição da amostra segundo a Importância da Formação Profissional .....	50
Tabela 6 – Distribuição da amostra segundo a Importância da Formação Profissional .....	51
Tabela 7 – Distribuição da amostra segundo a Sexualidade na Saúde Mental .....	52
Tabela 8 – Distribuição da amostra segundo Perspetiva dos colaboradores relativamente à Sexualidade na Saúde Mental .....	53
Tabela 9 – Teste ANOVA - A perspetiva dos colaboradores acerca da Sexualidade na Saúde Mental é diferente segundo a idade .....	53
Tabela 10 – Teste T-STUDENT - A perspetiva dos colaboradores acerca da Sexualidade na Saúde Mental é diferente segundo o sexo. ....	54
Tabela 11 – Teste ANOVA - A perspetiva dos colaboradores acerca da Sexualidade na Saúde Mental é diferente segundo o estado civil. ....	54
Tabela 12 – Teste ANOVA - A perspetiva dos colaboradores acerca da Sexualidade na Saúde Mental é diferente segundo as habilitações literárias. ....	55
Tabela 13 – Teste ANOVA - A perspetiva dos colaboradores acerca da Sexualidade na Saúde Mental é diferente segundo a Instituição onde exerce funções. ....	55
Tabela 14 – Teste ANOVA - A perspetiva dos colaboradores acerca da Sexualidade na Saúde Mental é diferente segundo a questão “Há quanto tempo exerce funções na área da Saúde Mental?” .....	56
Tabela 15 – Teste ANOVA - A perspetiva dos colaboradores acerca da Sexualidade na Saúde Mental é diferente segundo a questão “Já teve formação em Educação Sexual?”. ....	57
Tabela 16 – Correlação de Pearson - A perspetiva dos colaboradores acerca da Sexualidade na Saúde Mental é diferente segundo a Importância da Educação Sexual na Saúde Mental. ....	57

## **Introdução**

Atualmente os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são os cuidados que mais contribuem para a melhoria do estado de saúde da população/comunidade, visam a identificação dos problemas existentes numa comunidade e por sua vez colaboram para a melhoria do estado de saúde das populações, portanto é fundamental continuar a investir nestes cuidados.

Os CSP são o pilar essencial do Serviço Nacional de Saúde pois proporcionam serviços com vista à de promoção e proteção da saúde, e prevenção da doença, cura e reabilitação consoante as necessidades identificadas. Fundamentam-se no aumento da capacidade do indivíduo de poder atuar sobre agentes determinantes da saúde individual e coletiva para a posterior adoção de comportamentos promotores da saúde (DGS, 2011).

A enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública, abarca o domínio dos cuidados de saúde primários, com o objetivo de criação de sistemas integrados globalizados que levem a uma melhoria progressiva de cuidados de saúde para o utente, família, grupos e comunidade, na promoção de saúde e prevenção da doença.

As alterações presentes ao nível do perfil demográfico, indicadores de morbilidade assim como as doenças crónicas refletem que as necessidades presentes na comunidade relativas à saúde estão a comportar modificações e por isso está a ser atribuída uma maior importância aos cuidados de saúde primários. Torna-se assim o papel do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública algo com extrema importância na perceção das respostas humanas aos diferentes processos de vida, aos problemas de saúde que surgem ao longo da mesma e revela elevada competência em responder às necessidades das pessoas grupos ou comunidades tendo sempre presente e proporcionando ganhos em saúde (OE, 2010).

A Rede de Cuidados de Saúde Primários funciona como um sistema de proximidade, continuidade e de acesso privilegiado sendo centrada no indivíduo, família e comunidade criando uma primeira linha no Sistema Nacional de Saúde (DGS, 2013).

No contexto atual dos Cuidados de Saúde Primários é de salientar a capacidade do enfermeiro pelo papel que desempenha e que deve fortalecer na vanguarda nos Cuidados de Saúde Primários e na inovação dos mesmos, é aqui que o enfermeiro integra o processo de promoção da saúde e prevenção da doença, distinguindo atividades de educação para a saúde, identificação de determinantes de problemas em saúde de grupos ou de uma comunidade, gestão e avaliação dos cuidados de saúde prestados, manutenção e restabelecimento da saúde.

É com a enfermagem comunitária que se desenvolve uma prática continuada e global centrada nos indivíduos/comunidade ao longo do ciclo vital e enquanto membros inseridos numa sociedade com vista a responder às necessidades humanas identificadas e respetiva intervenção com vista à melhoria contínua de vida e saúde das populações (Correia et al., 2001).

Verifica-se que é através dos avanços de investigação e da aplicação desses saberes que advém da investigação que se afirma a identidade de enfermagem enquanto profissão e que nos demonstra conhecimentos no domínio da elaboração de indicadores de Saúde. É assim pois que se inova, fortalece e melhoram os fundamentos teóricos da mesma, baseando a nossa prática na evidência científica com competências humana, técnica e relacional.

A sexualidade e a possibilidade de adquirir conhecimentos sobre esta temática é cada vez mais relevante, particularmente com a promoção da prevenção de comportamentos de risco em idades precoces (Lei n.º 60/2009; OMS, 2010; Portaria n.º 196-A/2010).

A Organização Mundial de Saúde (2010) define sexualidade como uma energia que promove a procura de afeto, contacto, prazer, ternura e intimidade e que se transmite pelos pensamentos, sentimentos, ações e interações dominando a saúde física e mental.

A este respeito a própria Organização Mundial de Saúde (2010) refere a necessidade de uma educação sexual que permita abordar todos os aspetos e contextos desta temática com o objetivo de promover o desenvolvimento da camada mais jovem da população, evitando decisões e escolhas sexuais incorretas, desinformadas e inseguras.

Nas idades precoces devem ser cultivadas as emoções, onde se destacam a amizade, intimidade e sexualidade e que se encontram completamente relacionadas com o contato interpessoal, acontecendo em todos os contextos pessoais, familiares e sociais, pelo que o âmbito da educação sexual deverá abranger todas as camadas populacionais, devendo ser ainda mais reforçada junto da área da Saúde Mental, essencialmente pelo reconhecimento mundial da negligência a que esta área da saúde tem sido votada (OMS, 2010).

De facto, a área da Saúde Mental é uma área diretamente relacionada com problemáticas da saúde pública, pois aproximadamente 30% da população mundial, anualmente, apresenta diagnósticos de alterações mentais em que dois terços destas patologias se mantêm sem tratamento e 14% apresentam diagnósticos de distúrbios mentais moderados, tendo tendência a aumentar nas próximas décadas (Nakkeeran & Nakkeeran, 2018).

O não reconhecimento da importância da Saúde Mental é uma problemática que se sente em todas as vertentes internacionais, nacionais, comunitárias, familiares e pessoais, pela alta prevalência de preconceitos e mitos associados, pelo não reconhecimento e não tratamento de doenças mentais e ainda pela falta de infraestruturas físicas e humanas que

permitam responder de forma célere a este tipo de situações (Nakkeeran & Nakkeeran, 2018; OMS, 2010).

De acordo com Carvalho, Pinheiro, Gouveia e Vilar (2017), o (re)conhecimento sobre a sexualidade na área da Saúde Mental, não implica que exista alteração dos comportamentos, no entanto quanto maior for o nível de conhecimentos sobre a sexualidade, menores serão os comportamentos de risco, pois exercem influência nas atitudes dos sujeitos.

Assim, será de todo relevante a temática que se pretende estudar na presente investigação que se relaciona com a “Saúde Mental em Utentes Institucionalizados: Conhecimentos dos Colaboradores sobre Sexualidade”.

De metodologia quantitativa, definiu-se o presente estudo como observacional, descritivo-correlacional e transversal. A nossa questão de investigação: “Qual a perspetiva dos colaboradores sobre a Sexualidade na Saúde Mental em utentes institucionalizados nas Instituições de Saúde Mental do Distrito de Bragança?”, para responder aos objetivos seguintes:

- Identificar a perspetiva dos colaboradores acerca da Sexualidade na Saúde Mental em utentes institucionalizados, nas diferentes Instituições de Saúde Mental do Distrito de Bragança.
- Analisar as diferenças entre as variáveis sociodemográficas e a perspetiva dos colaboradores acerca da Sexualidade na Saúde Mental, em utentes institucionalizados nas diferentes Instituições de Saúde Mental do Distrito de Bragança.

A concretização dos objetivos foi alcançada através da aplicação de um instrumento de recolha de dados, adaptado do Inventário de Atitudes sobre Sexualidade na Deficiência Mental (Sexuality and. Mentally Retarded Attitudes Inventory – SMRAI) construído e

validado por Félix (2001), a 124 colaboradores a exercer funções nas Instituições de Saúde Mental do Distrito de Bragança e que acederam participar do presente estudo.

Neste contexto, a presente investigação foi organizada em quatro partes autónomas, mas que se relacionam mutuamente, a primeira parte engloba a contextualização teórica sobre a perspectiva história da sexualidade, conceitos relacionados com a sexualidade e saúde mental e o papel do enfermeiro na sexualidade e saúde mental.

A segunda parte da investigação inclui o enquadramento metodológico, descrevendo-se o tipo de estudo, questão de investigação e objetivos, hipóteses e variáveis, população e amostra, instrumentos de medida e recolha de dados, as considerações éticas. Na terceira parte enquadram-se os resultados e a sua discussão. Na quarta e última parte apresentam-se as conclusões, limitações e sugestões futuras.

## **Parte I – Enquadramento Teórico**

Descreve-se neste enquadramento teórico o tema da investigação, procedendo-se à escolha e recolha de informação adequada e atualizada, com o propósito de dar a conhecer o estado atual da arte sobre esta temática.

Aborda-se de uma forma sucinta a evolução histórica do conceito de sexualidade, contextualizando-a até à atualidade. Ilustra-se o estado da arte sobre a saúde mental em Portugal. Relaciona-se o conceito da sexualidade com a saúde mental, evidenciando a contribuição de autores contemporâneos. Salienta-se ainda o papel do Enfermeiro no contexto da sexualidade na saúde mental, enquanto agente de intervenção multidisciplinar.

### **1.1. Síntese Histórica da Sexualidade**

O ser humano alia a sexualidade à sua própria existência, como um conceito extremamente complexo e que inclui questões sociais, culturais, religiosas e psicológicas no constructo histórico e que apresenta diferentes interpretações segundo cada sociedade, época ou contexto (Senem & Caramaschi, 2017; Lucas & Fox, 2018).

De acordo com Lucas e Fox (2018) a história da sexualidade humana é tão longa quanto a própria história humana - mais de 200.000 anos acompanhando a evolução do ser humano, no entanto, as pesquisas sobre esta temática remontam apenas aos finais do século XIX, primórdios do século XX, com a publicação das investigações de Ellis (1859-1939), Freud (1856-1939), Kinsey (1894-1956) e ainda Foucault (1926-1984) sendo atualmente uma temática largamente investigada por diferentes áreas do conhecimento como biologia, fisiologia, sociologia, antropologia, história e psicologia, com pressupostos distintos, com evidente existência de diferentes conceções teóricas.

Sendo o estudo da sexualidade recente, a maioria dos investigadores atuais distingue os termos sexo e sexualidade como dois conceitos que embora relacionados se distinguem na sua definição. O conceito sexo é utilizado para descrever a reprodução biológica, diretamente relacionada com os órgãos sexuais e com a anatomia dos corpos, sendo também utilizado para se referir ao ato sexual (Lucas & Fox, 2018).

De acordo com Senem e Caramaschi (2017) o conceito do termo sexo, ao longo da evolução do ser humano, tem vindo a ser reconhecido essencialmente pela genitalidade, tendo sido apenas no século XII que aparece pela primeira vez a palavra sexo, de etimologia latina, *secare*, que significa: corte, secção ou divisão.

Paralelamente, nasce o conceito género associado ao sexo biológico que apresenta distinção na sua definição pois descreve representações psicológicas ou a identidade de género e sociológicas ou o papel de género relacionadas com os normativos culturais do que é considerado masculino e feminino (Lucas & Fox, 2018).

Já o conceito de sexualidade surge apenas no século XIX e segundo Senem e Caramaschi (2017) utiliza-se na representação da qualidade e do significado do que é sexual, amplificando assim a ideia de sexo.

Segundo Barroso (2018), na cultura Greco-Romana o sexo permanecia ligado ao poder e à vida pública, em que os membros mais velhos desta cultura apresentavam os mais jovens à vida política e sexual. Posteriormente, com o Cristianismo, a Lei Canónica regulamentou as práticas sexuais, instituindo como o sexo benigno o que ocorria no seio do casamento com o propósito de conceber, a prática sexual enquanto prazer e apenas pelo prazer teria sido considerado com o sexo não benigno e devia ser evitado para que o povo não caísse em tentação, através do “pecado da luxúria.

De facto, Barroso (2018, p. 51) indica que no decorrer da Idade Média, a influência da Igreja defendia “uma sexualidade regrada, onde a abstinência sexual acontecia nos dias

Santos e Quaresma, durante o Verão e dias de indisposição feminina (menstruação e pós-parto).”, acompanhando estes comportamentos no decurso dos séculos XV a XVII, com uma alteração ainda mais radical de promoção “da castidade e do pudor” fazendo com que “a parte inferior do corpo [se tornasse] um mundo à parte, um território proibido.”

Para Oliveira (2016, p. 93) a partir do século XVIII, aparecem “quatro grandes conjuntos estratégicos, que desenvolvem dispositivos específicos de saber e poder a respeito do sexo. É a histerização do corpo da mulher, a pedagogização do sexo da criança, a socialização das condutas de procriação e a psiquiatrização do prazer perverso.”

Oliveira (2016, p. 94) refere ainda que o corpo da mulher “é vislumbrado como um elemento repleto de sexualidade; é relacionado a patologias e aos saberes médicos; é posto em comunicação com o corpo social e, dessa forma, faz-se necessário regular a fecundidade.”, acrescentando ainda que a responsabilidade da mulher prende-se com “com o corpo familiar (é um elemento funcional), além de ser ligado à vida da criança (a reprodução passa a ser de responsabilidade biológica e moral)”.

De acordo com Senem e Caramaschi (2017, p. 167) até ao século XVIII a mulher foi considerada como um homem inferior e invertido, “porque era compreendida como homem imperfeito, faltando-lhe a força e o calor vital; e invertido, porque seus órgãos sexuais eram os mesmos dos homens, porém voltados para dentro”.

O mesmo refere Barroso (2018, p. 52) pois “nas classes mais pobres, o casamento passou a ser baseado no amor e nos afetos, autorizando uma sexualidade pré-conjugal, facto não verificado nas classes mais altas, onde o casamento bebia um interesse de acumulação da riqueza”, particularmente durante o final do século XVII e início do século XVIII.

Acrescenta ainda Barroso (2018, p. 52) que nesta época “Duas condutas sexuais eram possíveis: Uma “aceitável” e a outra “repreensível”; a primeira defendia o casal e a fertilidade, a segunda baseava-se no prazer. As duas, não podiam coexistir”.

Posteriormente e já com o Iluminismo a sexualidade é aceite, mas apenas no contexto conjugal, no sentido de promover a felicidade dos casais, ocorrendo o oposto no Período Pós-romântico considerando-se a sexualidade como um conceito a reprimir em todos os contextos sociais. Em finais do século XIX os crimes sexuais apresentam-se como objeto de estudo e intervenção dos profissionais médicos em diversas áreas de investigação como a psiquiatria e pela visibilidade destes crimes, Krafft-Ebing (1840-1902) identifica o termo “perversão”, participando na “génese da sexologia” e apresentando conceitos que se mantêm atuais como “fetichismo, sadismo e masoquismo” enquanto tipologias possíveis da perversão, tendo publicado em 1886 a obra *Psychopathia Sexualis* onde conclui que existem diferenças entre comportamentos sexuais normais e não normais, considerando normal a relação heterossexual com fins reprodutivos (Barroso, 2018).

Já no século XX, aparece a Sexologia, defendida por Foucault (1926-1984) como o resultado da repressão e proibição de comportamentos sexuais e da necessidade de se alargar a discussão sobre esta temática ao campo da investigação, comprovando a importância da sexualidade como conceito com evidências científicas, essencialmente pelo contributo de Krafft-Ebing (1840-1902), Freud (1856-1939), Havelock Ellis (1859-1939), Hirschfeld (1868-1935), Bloch (1872-1922) ou ainda Kinsey (1894-1956).

Havelock Ellis (1859-1939) apresentou as suas primeiras investigações científicas sobre sexo utilizando o estudo de caso como metodologia observacional acerca de diversos tópicos dentro da sexualidade, incluindo a excitação e masturbação, tendo publicado as suas investigações num conjunto de sete volumes de livros, entre 1897 e 1923, cuja coletânea foi denominada como Estudos na Psicologia do Sexo.

Foi considerado um investigador notável por publicar pela primeira vez que as pessoas transexuais são diferentes das pessoas homossexuais, por ser um defensor da igualdade de direitos para as mulheres e da educação sexual humana abrangente nas escolas públicas

(Lucas *et al.*, 2017; Barroso, 2018; Freire, 2019). Já Freud (1856-1939) através da metodologia de estudo de caso foi considerado o primeiro cientista a vincular o sexo ao desenvolvimento saudável e a reconhecer os seres humanos como sendo sexuais ao longo de toda a sua vida, incluindo na infância, apresentando cinco estágios de desenvolvimento psicosexual: oral, anal, fálico, latente e genital, que são vivenciados de forma mais ou menos equilibrada, podendo, neste caso, desenvolver-se problemas psicológicos, como frigidez, impotência ou retenção anal (Lucas *et al.*, 2017; Barroso, 2018; Freire, 2019).

Kinsey (1894-1956) é identificado como o pai da investigação científica, na utilização do método de pesquisa, sobre a sexualidade humana, inicialmente era considerado um perito em vespas, alterando o seu objeto de investigação para o estudo dos humanos, pois considerou que o conhecimento sexual era produto de suposições e nunca tinha sido realmente estudado de forma sistemática ou imparcial. Concluiu ainda que a orientação sexual é tão diversa quanto a identidade de género, referindo que não se podem considerar apenas duas categorias - homossexual e heterossexual – mas sim um *continuum*, tendo sido apresentadas pesquisas posteriores que concordam com este autor, apresentando 18% a 39% de europeus e americanos com variações de orientações sexual entre heterossexuais e homossexuais, negando a exclusividade, defendendo ainda que a atividade sexual não seguia a filosofia puritana da época, quer na frequência de sexo, quer no tipo de práticas, que o orgasmo vaginal não passava de um mito, sendo dos primeiros investigadores a definir sexo prazeroso como sexo saudável (Lucas *et al.*, 2017; Barroso, 2018; Freire, 2019). No decorrer do século XX, o objeto de estudo da Sexologia foi variando entre o estudo das perversões e o estudo da sexualidade como um ato normalizado, realçando a importância do prazer sexual, o direito ao prazer sexual ou mesmo reforçando a importância do controlo da natalidade. Salienta-se que o século XX não foi um século consensual no contexto da sexualidade, variando entre o seu estudo por motivos científicos e o aproveitamento desta área para efeitos políticos ou religiosos, o

que se verificou durante 1910 e 1930 com a organização e implementação de campanhas contra a prostituição e promoção da pureza social. No entanto, com todas as vicissitudes, a investigação sobre a sexualidade manteve-se e aumentou, particularmente pelas descobertas associadas às consequências das duas Grandes Guerras Mundiais, nomeadamente a identificação e perceção relacionadas com o ciclo de fertilidade e a menopausa na mulher, as causas hormonais como justificativas da homossexualidade ou ainda a origem biológica e cultural do orgasmo (Freire, 2019; Barroso, 2018).

Para Giami (2015, p. 51) o século XX terá sido marcado por momentos mais “permissivos relacionados com a sexualidade”, que se traduziram em ganhos para a emancipação das mulheres, para o reconhecimento dos direitos civis de homossexuais e lésbicas, pela consagração de direitos sexuais para solteiros(as) e para jovens, com a diminuição da idade mínima de consentimento para a iniciação sexual, a aceitação relativamente a comportamentos sexuais menos normalizados e por outro lado, a tentativa de mudança comportamental relativamente aos tabus associados à sexualidade.

Até meados do século XX as investigações baseiam-se claramente no contexto mais físico e bioquímico da sexualidade, com o intuito de avaliar a hereditariedade, os mecanismos neurológicos ou hormonais enquanto possíveis fatores de explicação dos comportamentos humanos, particularmente evidenciados nas áreas de investigação da genética, fisiologia, endocrinologia e embriologia e sendo ainda hoje a base dos modelos biológicos explicativos da sexualidade humana (Senem e Caramaschi, 2017).

De facto, e a partir de 1960 as investigações sobre a sexualidade sucedem-se, em diversas áreas de estudo e com objetivos díspares, mas que contribuíram diretamente para a evolução célere dos conhecimentos científicos sobre a temática cujos autores mais relevantes se encontram identificados na tabela seguinte.

Tabela 1 - Investigações relevantes sobre Sexualidade (após 1960)

Autores	Objeto de estudo	Contributo
<b>1960</b> William Masters (1915-2001) e Virginia Johnson (1925-2013)	Descrever a sequência das alterações fisiológicas, que eram observadas e medidas no decurso de atividades sexuais, como a masturbação, e o coito, em regime laboratorial, e em resposta a uma estimulação sexual eficaz.	Criação do modelo do Ciclo da Reposta Sexual Humana (CRSH) e as suas fases: Excitação, planalto/plateau, orgasmo e resolução. Desenvolvimento da indústria de terapia sexual.
<b>1960</b> Gregory Pincus	Separação entre a sexualidade e a reprodução	Criação da pílula contracetiva
<b>1970</b> Helen Kaplan (1929-1995)	Completo o modelo de resposta sexual humana ao introduzir a componente de “desejo sexual”	Modelo trifásico, constituído por desejo, excitação e orgasmo
<b>1970</b> John Gagnon e William Simon	Teoria dos scripts sexuais, através da publicação da obra “Sexual Conduct”	Sexualidade é influenciada por condições económicas, religiosas, políticas familiares e sociais. Scripts intrapsíquicos, scripts interpessoais e cenários culturais
<b>1970</b> Tiefer	Crítico de Kaplan, pela exclusão da componente cultural do sexo.	Genitalização da sexualidade que traduzida no combate à disfunção respondeu a interesses comerciais.
<b>1980</b> Foucault	História da Sexualidade.	Regulação da sexualidade num contexto de mudança social e política, onde o pensamento feminino e homossexual influenciam a forma de ver e de viver a sexualidade

Fonte: Criação própria

No entanto, segundo Barroso (2018, p. 56), os estudos sobre a sexualidade entre 1980 e 1990, estagnaram muito fruto da “promiscuidade e do flagelo do VIH/Sida e outras infeções sexualmente transmissíveis. A liberdade transformou-se no medo, surgindo um novo conservadorismo no mundo ocidental.”, ocorrendo neste período a inclusão de comportamentos não normalizados em manuais de identificação e avaliação dos distúrbios mentais como o DMS publicado pela primeira vez em 1990, pela Associação Americana de Psicologia (APA) e que, atualmente apresenta já uma versão atualizada denominada DSM-V.

Neste contexto de evolução da sexualidade, Senem e Caramaschi (2017, p. 169 e 170) referem que “Além da dimensão íntima e pessoal, a sexualidade é continuamente influenciada pelo modo como as pessoas desenvolvem suas relações interpessoais.”, sendo claro que a vivência da sexualidade se relaciona diretamente com as dimensões culturais em que os indivíduos se inserem, influenciada pelos processos sociais de determinada época ou local.

Acrescentam ainda Senem e Caramaschi (2017, p. 169 e 170) que “Todo ambiente é “sexualizado”, não sendo possível falar de sexualidade sem considerar a influência que a mesma recebe das diversas culturas (...)”, facto comprovado pelos estudos históricos e sociológicos, no decurso dos tempos, que confirmam a sexualidade como algo mais que o “ato físico para aliviar tensões corpóreas”, caracterizando-a como “(...) a base para a moralidade e para a organização social, fazendo parte de um sistema simbólico.”

Ziliotto e Marcolan (2014, p. 967) referem que a sexualidade é um conceito complexo que depende da “sistematização dos códigos socioculturais que organizam a vida coletiva, não existindo, desta maneira, sexualidade que seja universal.”, sendo consensual que o referido conceito inclui a “identidade pessoal, afirmada nos componentes-chave de afeição, relacionamentos e intimidade.”, salientando ainda que a sexualidade inclui o “comportamento diante da vida, o ato sexual em si, a atração que sentimos por alguém, nossos desejos de felicidade e prazer, nossos preconceitos e valores morais, nosso corpo e o modo como o vemos.”

Senem e Caramaschi (2017, p.170) consideram que a “sexualidade humana possui influências biológicas, psicológicas e culturais, constituindo-se como uma experiência ampla e complexa, polimorfa e diversa.” Essencialmente pela sua complexidade, a sexualidade humana acompanha-nos em todos os contextos da nossa existência, sendo clara a sua importância para um desenvolvimento sexual saudável e equilibrado.

Neste sentido, dos variados estudos identificados, verifica-se a importância da sexualidade e embora alguns dos investigadores se tenham focado na relação entre sexualidade e saúde mental, esta área de investigação ainda se encontra pouco explorada pelo que de seguida se explora a temática da saúde mental no nosso país e posteriormente se relacionam ambos os conceitos.

## **1.2. Saúde Mental em Portugal**

A saúde mental em Portugal é uma área de estudo que se apresenta com raízes na Idade Média, pelo trabalho das ordens religiosas no acompanhamento e oferta de abrigo, assistência e apoio aos “alienados da sociedade”, no entanto, enquanto objeto de responsabilização governamental e coletiva, apenas a partir do século XIX é considerada uma área de intervenção necessária para a promoção do bem-estar e qualidade de vida do indivíduo (Barbosa, 2017; Palha & Palha, 2016; Palha & Costa, 2015; Monteiro, 2013).

De facto, Barbosa (2017, p. 11) refere que pelo seu medo do desconhecido, a “Humanidade tem-se deixado fazer refém” tornando-se difícil compreender o “mundo complexo e – muitas vezes – assustador da doença e das suas inevitáveis consequências.”, que, no caso da saúde mental, foi sempre aterrorizador pela “imagem criada da demência, mas também devido às consequências que dela advêm.”, essencialmente porque “os loucos sempre [foram] considerados um binómio: algo entre o 'caminho do divino' e o 'pacto com o demónio'.”, muito pela não existência de um tratamento específico e pela solução encontrada ter sido encerrar estas pessoas em “mosteiros e/ou asilos, deixados aos cuidados de ordens religiosas que ali residiam e que – por caridade – tentavam proporcionar-lhes a melhor assistência que conseguiam.”

Claramente, Barbosa (2017, p. 11) indica que antes do século XIX “as condições de vida destas pessoas eram tão deploráveis, quanto os métodos de contenção eram arcaicos.”, tendo sido com a investigação e preocupação por esta realidade que “Pinel irá – durante

o século XIX – dar início a uma 'demanda' de libertação destes pacientes, que começam a ser tratados como, efetivamente, deveriam: como pessoas com enfermidades que merecem e necessitam de ajuda para se curar.”

A OMS (2001, p. 22) indica que a doença mental, no contexto europeu, inicia o seu percurso na área da investigação científica, a partir do século XIX, através do aparecimento da psiquiatria como ciência com evidência científica relevante e da mudança de paradigma em que “os portadores de perturbação mental passaram a ser considerados pacientes da medicina.”

Acrescenta ainda Barbosa (2017, p. 12) que a partir da intervenção de Pinel foi-se conseguindo “ganhar poder para lutar pelos seus pacientes ao atribuir-lhes estatuto judicial, apoiado num conjunto de leis que permitia defender/assegurar os seus direitos.”, tendo sido o início de uma época altamente produtiva no âmbito da investigação “sobre os males que atormentavam estas pessoas tão-pouco – mesmo durante períodos de conflito. Muito pelo contrário, o período de estudo é, na sua grande maioria, marcado por avanços imensos no campo da investigação”.

Com a investigação alargada, consequência da Segunda Guerra Mundial, sobre psicotrópicos e medicamentos, foram desenvolvidos psicotrópicos que permitiram o tratamento de doenças do foro psiquiátrico e que ainda hoje nos “auxiliam no tratamento de pacientes com as mais diversas patologias.” (Barbosa, 2017, p. 12).

Nesta altura, em Portugal, “as políticas implementadas no sentido de possibilitar a construção de um novo hospital para alienados culminaram com a abertura do hospital Rilhafoles – antigo convento reaproveitado para o acolhimento destes doentes.” (Barbosa, 2017, p. 12).

No entanto, a capacidade do referido hospital depressa foi ultrapassada e constrói-se no Porto, o hospital Conde Ferreira, “de raiz, para exercer a sua função primordial:

proporcionar um local onde estes doentes pudessem ficar enquanto o processo de cura acontecia.” (Barbosa, 2017, p. 12).

Posteriormente e segundo Barbosa (2017, p. 12 e 13) concluiu-se que “Eram necessárias novas instalações, novos profissionais e novas técnicas de tratamento para auxiliar estes doentes.”, contribuindo para a pressão política e a sua necessária e evidente responsabilização “com a criação de novas leis – bem como as modificações do foro médico, com uma nova equipa de especialistas”.

Na altura da ditadura e “com a subida de Salazar ao poder (...) começou a instalar-se como que uma estagnação que levou à interrupção do processo durante alguns anos.” e só após várias tentativas e insistência é que se constrói o hospital de São João no Porto e posteriormente, o hospital Magalhães Lemos que ainda hoje se encontra em funcionamento (Barbosa, 2017, p. 13).

A mudança do paradigma da institucionalização para a desinstitucionalização acontece, essencialmente por três motivos que desencadearam estas alterações e contribuíram para realçar a importância dos cuidados de saúde mental, nomeadamente, o “progresso significativo na psicofarmacologia, com a descoberta de novas classes de medicamentos, especialmente agentes neurolépticos e antidepressivos, bem como o desenvolvimento de novas formas de intervenção psicossocial” bem como o termo relacionado com a saúde mental incluído na definição de saúde publicado pela OMS (OMS, 2001, p. 22).

Os motivos mencionados contribuíram diretamente para a gradual implementação de outras estratégias no contexto dos cuidados de saúde mental, substituindo a institucionalização “a favor de um tratamento, mais aberto e flexível, na comunidade.” (OMS, 2001, p. 22).

De facto, o insucesso da institucionalização deveu-se claramente a

repetidos casos de maus-tratos aos doentes, isolamento geográfico e profissional tanto das instituições quanto do seu pessoal, insuficiência dos procedimentos para notificação e prestação de contas, má administração e gestão ineficiente, má aplicação dos recursos financeiros, falta de formação do pessoal e procedimentos inadequados de inspeção e controlo da qualidade (OMS, 2001, p. 22).

Para colmatar as falhas encontradas nas instituições, apresenta-se uma perspetiva de cuidados baseados no alargamento e responsabilização comunitária, no sentido de proporcionar cuidados de saúde com qualidade, promovendo a autonomia e integração das pessoas com perturbação mental e comportamental (Barbosa, 2017; Palha & Palha, 2016; OMS, 2008; CCE, 2005; OMS, 2001).

Esta perspetiva, a partir dos anos 2000, engloba, segundo orientações da OMS (2001) a aplicação de serviços que garantam as funcionalidades das instituições não permitindo que se mantenham os aspetos negativos associados à institucionalização.

A OMS (2001, p. 23) considera que os cuidados comunitários no contexto da saúde mental devem incluir

- serviços situados perto do domicílio, inclusive os cuidados proporcionados por hospitais gerais na admissão de casos agudos, e instalações residenciais de longo prazo na comunidade;
- intervenções relacionadas tanto com as deficiências quanto com os sintomas;
- tratamento e outros cuidados específicos para o diagnóstico e resposta às necessidades de cada indivíduo;
- uma ampla gama de serviços que tem em conta as necessidades das pessoas com perturbações mentais e comportamentais;

- serviços que são combinados e coordenados entre profissionais de saúde mental e organismos da comunidade;
- serviços ambulatoriais e não estáticos, inclusive aqueles que podem oferecer tratamento no domicílio;
- parceria com os prestadores de cuidados e atendimento das suas necessidades;
- legislação de suporte a todos estes aspetos.

Assim, a aplicação destas orientações passou pela planificação, organização e gestão dos cuidados, das equipas e das medidas governamentais que em conjunto, deviam criar alternativas, a essa data, que permitissem uma mudança de paradigma temporalmente equilibrada, “de forma paulatina e bem coordenada.”, cumprindo integralmente as componentes de desinstitucionalização emanadas pela OMS (2001, p. 23), nomeadamente,

- prevenção das admissões impróprias em hospitais psiquiátricos, mediante o fornecimento de serviços comunitários;
- regresso à comunidade dos doentes institucionais de longo prazo, que tenham passado por uma preparação adequada;
- estabelecimento e manutenção de sistemas de apoio comunitário para doentes não institucionalizados.

Posteriormente com a publicação do Livro Verde da Comissão das Comunidades Europeias (CCE, 2005, p. 4), saúde mental define-se como uma “ferramenta individual” que “abre aos cidadãos as portas da realização intelectual e emocional, bem como da integração na escola, no trabalho e na sociedade.”, contribuindo diretamente para “a prosperidade, solidariedade e justiça social das nossas sociedades”.

No espectro oposto do conceito de saúde mental encontram-se as

perturbações mentais e comportamentais, condições clinicamente significativas caracterizadas por alterações do modo de pensar, no modo de sentir (humor, emoções) e no modo de agir, associados à deterioração do funcionamento numa ou mais esferas da vida (afetiva, familiar, laboral, social, entre outras) (Palha & Palha, 2016, p. 8).

Já segundo a OMS (2008, p. 21) “As doenças mentais não constituem apenas variações dentro da escala do “normal”, sendo antes fenómenos claramente anormais ou patológicos. (...)”.

Pese embora todas as orientações emanadas pelas instituições mundiais e nacionais de saúde, a mudança de paradigma ainda hoje se encontra aquém do esperado, muito embora esta área, segundo Palha e Palha (2016, p. 7) se apresente como um instrumento que contribui e radica na promoção do “bem-estar, da capacidade de enfrentar obstáculos e ser resiliente face às adversidades, de estar envolvido e interessado nas questões”.

Efetivamente, segundo Palha e Palha (2016, p. 8) desde a publicação do estudo Global Burden of Disease em 1996, concluindo que “as perturbações mentais contribuem, aproximadamente, em 12% para a carga global da doença e prevendo que este valor pudesse atingir os 15% em 2020” que se verificou o aumento da preocupação sobre a saúde mental a nível mundial e a sua revisão em 2010 indicou que “as perturbações depressivas eram já a terceira causa de carga global de doença (primeira nos países desenvolvidos), sendo que este cenário se tem vindo a agravar, sobretudo desde o início da crise económica dos últimos anos.” Os mesmos autores (2016, p. 8) identificam ainda que no nosso país, as conclusões do estudo epidemiológico, realizado entre 2008 e 2009 indicam que “as perturbações psiquiátricas afetam mais de um quinto da população, já que 22,9% da amostra apresentou uma perturbação psiquiátrica nos 12 meses anteriores ao estudo.” Posteriormente em 2013, com a publicação do documento Saúde Mental em Números, conclui-se o agravamento da situação já que “a saúde mental apresentou 5

patologias no top ten das entidades nosológicas responsáveis pela maior incapacidade para a atividade produtiva e psicossocial: a depressão major (em lugar cimeiro), os problemas ligados ao álcool, as perturbações esquizofrénicas, as doenças bipolares e as demências” (DGS, 2013, p. 90).

No ano de 2016, muito pela evidência científica comprovada até esse ano e pelas lacunas na aplicação da legislação emanada até esse momento, a saúde mental manteve-se como área da saúde prioritária, com objetivos publicados pelo documento Saúde 2020 (Despacho n.º 6401/2016).

Neste contexto legislativo é publicado no nosso país o Plano de Ação em Saúde Mental 2013-2020 da Organização Mundial da Saúde que delineou os princípios fundamentais da abordagem da saúde mental, definindo “estratégias para a área da saúde mental, incluindo a reforma dos serviços de saúde mental.”, no entanto manteve-se pouco implementado pela falta de “apoio político e os recursos financeiros necessários (...)” (CNS, 2019, p. 1).

De facto, embora seja uma área prioritária desde a publicação do referido plano e afete todos os contextos de vida é ainda um problema no nosso país associado a um forte estigma e discriminação. O tratamento adequado, seguimento, acompanhamento, reabilitação e o apoio social àqueles que vivem com doença mental bem como aos seus familiares e cuidadores, é fundamental para que possam ter uma participação plena na sociedade, no mercado de trabalho e na sua vida familiar. O combate ao estigma e à discriminação deve mobilizar toda a sociedade, sendo fundamental construir um ambiente propício para falar abertamente sobre o tema, sem tabus - nas escolas, nos locais de trabalho, na comunicação social, etc. (CNS, 2019, p. 1).

De acordo com o Conselho Nacional de Saúde (2019, p.1) a prevalência das perturbações psiquiátricas no nosso país é de “22,9%, colocando o país num preocupante segundo lugar

entre os países europeus. A depressão afeta 10% dos portugueses e, em 2017, o suicídio foi responsável por 14.628 anos potenciais de vida perdidos.”, acrescentando ainda que “a demência assume uma frequência de 20,8 por cada 1000 habitantes, o que posiciona Portugal em 4.º lugar entre os países da OCDE.” e que “no consumo de medicamentos antidepressores, Portugal está em 5.º na OCDE, apresentando também números preocupantes no consumo de ansiolíticos.”, sendo clara a necessidade e urgência em rever e adaptar a Lei de Saúde Mental, garantindo o respeito pela atual convenção sobre os direitos humanos, defendidos pelos princípios de justiça, equidade e respeito pelas pessoas que vivem com problemas de saúde mental.

Considerando os direitos identificados, a temática da sexualidade e saúde mental apresenta-se como muito relevante, porque se enquadra claramente no âmbito da convenção sobre os direitos humanos, pela sua importância enquanto fator intrínseco ao ser humano e pela necessidade de serem revistas as estratégias de intervenção, aceitação e (in)formação dos profissionais de saúde que prestam cuidados na saúde mental, abordando-se de seguida conceitos relacionados com a sexualidade e saúde mental e com o papel do enfermeiro neste contexto específico.

### **1.3. Sexualidade e Saúde Mental**

O Ser Humano manifesta necessidades, expressões, impulsos e desejos sexuais e segundo Aristóteles é um animal social que não foi feito para viver sozinho, isto é, necessitamos do contato de outros seres humanos para criar relações de amizade, apoio, reconhecimento, aceitação e sexo, o que proporciona experiências vivenciais mais efetivas, com mais saúde e por mais tempo (Le Gallez, Rix, Choong & Dewson, 2018).

Sobre a sexualidade, Nussbaum (2014) descreve-a como uma capacidade humana essencial pois promove a satisfação sexual e a tomada de decisão sobre a reprodução, o que é defendido também pela Associação Mundial de Saúde Sexual (WAS) cujos

objetivos se prendem com a promoção da saúde sexual desenvolvendo os direitos sexuais para todos, através da identificação de direitos à saúde sexual, incluindo o direito à privacidade, o direito à saúde sexual, o direito ao casamento e a constituir família, o direito de decidir sobre o número de crianças, o direito à informação e à educação, o direito à liberdade de opinião e expressão e o direito à proteção desses direitos.

A sexualidade deve ser uma parte positiva da experiência do ser humano, pelo que esses direitos são concedidos a todas as pessoas, incluindo aqueles com deficiência, pois têm sentimentos, necessidades e desejos sexuais que, no entanto, podem ser fundamentalmente diferentes e merecem atenção especial. De acordo com estimativas recentes, 1,04% da população global tem uma deficiência intelectual e apresenta-se com grande diversidade em termos de experiências sexuais, desejos, necessidades e conhecimento sexual (Maulik, Mascarenhas, Mathers, Dua & Saxena, 2011; Schaafsma, Kok, Stoffelen & Curfs, 2017).

A este respeito já a OMS (2006) referia que os direitos sexuais estão incluídos nos direitos humanos que já são reconhecidos em leis nacionais, documentos internacionais de direitos humanos e outras declarações de consenso, englobando o direito de procurar uma vida sexual satisfatória, segura e prazerosa.

Beauchamp e Childress (2013) consideram que o exercício de tais direitos depende da aplicação do princípio bioético fundamental do respeito à autonomia que deve cumprir dois critérios essenciais: liberdade ou independência de substâncias químicas e capacidade de ação intencional, isto é, autonomia implica a liberdade e a capacidade de fazer uma escolha. No entanto, quando a doença mental ou deficiência intelectual compromete a capacidade ou o exercício de um direito, como o direito de prosseguir uma vida sexual, pode ter de ser restringido no melhor interesse da pessoa. Para Le Gallez *et al.* (2018) as pessoas com transtornos mentais ou deficiência intelectual têm os mesmos

direitos que outros seres humanos e o direito à vida sexual existe independentemente da capacidade de exercer a autonomia, embora, se a capacidade for comprometida, isso possa afetar a extensão em que o direito pode ser exercido.

A respeito da saúde mental foi publicado o Manual de Diagnóstico Estatístico de Perturbações Mentais (DSM-V; American Psychiatric Association, 2014), que define que a deficiência intelectual ou Perturbação do Desenvolvimento Intelectual (PDI) é caracterizada por um prejuízo substancial no funcionamento cognitivo (um quociente intelectual ou QI abaixo de 70) e no comportamento adaptativo, originado no período de desenvolvimento (antes dos 18 anos) e que pode afetar uma variedade de habilidades, incluindo habilidades conceituais (como ler e escrever, entender dinheiro, tempo e números), habilidades sociais (como relações interpessoais, autoconfiança, obedecer a regras e leis, evitando a vitimização) e habilidades práticas de adaptação (incluindo atividades da vida diária, lidar com dinheiro, saúde e segurança) (Stoffelen, 2018, APA, 2014).

As definições da PDI foram evoluindo no decurso do tempo e de acordo com a OMS (2016) apresentam agora diferentes níveis de classificação, nomeadamente, PDI leve: QI 50/55-70; PDI moderada: QI 35 / 40-50 / 55; PDI grave: QI 20 / 25-35 / 40; PDI Profunda: QI abaixo de 20/25.

De acordo com Veltman e Brunner (2012) os fatores genéticos podem aumentar o risco de PDI e desempenham um papel importante no desenvolvimento de transtornos do desenvolvimento, em todas as tipologias da PDI, podendo interferir na prestação de cuidados e apoio eficazes às pessoas com uma perturbação específica.

Pela pertinência da temática e ainda pela investigação recente publicada, verifica-se a cada vez maior necessidade de intervenção precoce e aproximada junto, essencialmente, dos profissionais de saúde que acompanham e prestam cuidados constantes a pessoas com

PDI. A este respeito, Maidana Júnior, Viana, Siniak e Lipinski (2018) publicaram uma revisão integrativa acerca da sexualidade de pessoas com transtornos mentais no Brasil cujos resultados indicavam uma elevada fragilidade das equipas de saúde para lidarem com questões relacionadas à sexualidade das pessoas com transtorno mental. Além disso, notou-se a presença de preconceitos, tabus e a negação da existência da sexualidade não patológica nestas pessoas, orientando para a importância da sensibilização dos profissionais, para que as pessoas com transtornos mentais assumam o protagonismo da própria vida e vivam a sua sexualidade.

No mesmo contexto, também Timilsina (2018), identifica a necessidade de promover e aumentar os estudos relacionados com a saúde mental, com o objetivo de sensibilizar a comunidade em geral e, especificamente as instituições e recurso humanos que prestam cuidados de saúde, para se respeitar a sexualidade de pessoas com PDI, enquanto Direito Humano, garantindo serviços de saúde com mais qualidade e evitando o estigma e a discriminação em todos os contextos do Sistema Nacional de Saúde. O mesmo autor (2018) recomenda ainda que as instituições que prestam cuidados de saúde, de uma forma global, devem apostar na prevenção e educação para a saúde mental, garantindo o respeito pela sexualidade.

Considerando os estudos publicados, evidencia-se a importância do papel do enfermeiro, enquanto profissional de saúde diretamente envolvido na prestação de cuidados de saúde, particularmente no contexto da Enfermagem Comunitária, contribuindo diretamente para a promoção da saúde e da qualidade dos cuidados onde se integram a sexualidade e a saúde mental, temática que de seguida se aborda.

#### **1.4. Papel do Enfermeiro na Sexualidade e Saúde Mental**

Apesar das evidências emergentes de saúde sexual e necessidades de relacionamento, a área da saúde sexual em enfermagem de saúde mental tem recebido atenção limitada.

Hughes e Gray (2009) realizaram uma pesquisa com profissionais de saúde mental sobre os seus conhecimentos e práticas em relação ao HIV e à esquizofrenia numa instituição de prestação de cuidados de saúde mental no sul de Londres. A taxa de resposta foi de 44% (n = 283) e metade dos entrevistados eram enfermeiras registadas no Reino Unido. A maioria (80%) concordou que fazia parte do seu papel discutir saúde sexual e apenas 14% concordaram que não se sentiam à vontade em discutir questões de saúde sexual. Apesar disso, apenas 30% relataram que discutiam rotineiramente a saúde sexual. Houve uma série de respostas a cenários clínicos que sugeriram uma falta de consistência de abordagem na força de trabalho. Cerca de 2/3 dos entrevistados sentiram que precisavam de acesso a mais treino e informações sobre saúde sexual e os tópicos sugeridos incluíam atitudes desafiadoras em relação à saúde sexual, estratégias de comunicação para maior segurança no diálogo sobre saúde sexual, bem como mais informações sobre infeções como hepatite B e C, questões e dilemas éticos.

McCann (2010) realizou um estudo, que procurou explicitamente as visões e opiniões dos clientes dos serviços sobre relacionamentos íntimos num serviço de saúde mental no norte de Londres, Reino Unido. A maioria dos entrevistados (90%) sentiu que tinha necessidades em relação à expressão sexual e 83% estavam interessados em ter relacionamentos íntimos. Embora 43% da equipa não soubesse dizer se os seus clientes tinham necessidades de intimidade, os próprios clientes foram plenamente capazes de expressar as suas esperanças e expectativas sobre o assunto. Em termos de aspetos psicossociais da recuperação, as avaliações holísticas da necessidade devem incluir relacionamentos íntimos e abordar os desejos e vontades da pessoa em torno da formação e manutenção de relacionamentos significativos.

Quinn, Happell e Browne (2011) examinaram essa questão na Austrália e descobriram que (como os estudos de McCann e Hughes e Gray no Reino Unido) enfermeiros em

ambientes de saúde mental tendem a evitar iniciar um diálogo sobre saúde sexual e raramente abordam isso, embora estivessem cientes dos problemas de saúde sexual vivenciados.

No entanto, num estudo adicional, Quinn, Happell e Welch (2013) demonstraram que uma sessão de educação específica sobre saúde sexual pode ter impacto no comportamento dos enfermeiros, concluindo que após a sessão, aumentaram o diálogo sobre saúde sexual.

No contexto da prestação de cuidados de enfermagem a pessoas com PDI, Ziliotto e Marcolan em 2014 apresentam um estudo sobre a temática que concluiu que os profissionais de enfermagem percebiam a sexualidade enquanto orientação sexual, papel sexual ou manifestação do transtorno, sendo identificadas a disciplina e vigilância como formas de controlo de sexualidade manifestada em ambiente hospitalar. Concluíram ainda que os profissionais de enfermagem perceberam a sexualidade do portador de PDI de acordo com os seus próprios valores, tabus e preconceitos, denotando a falta de preparação dos profissionais frente à sexualidade do sujeito a ser cuidado.

Ainda neste contexto também Barbosa, Souza e Freitas (2015) referem, no seu estudo sobre as representações de profissionais de serviços de saúde mental acerca da sexualidade de pessoas com PDI que entre os profissionais, as representações foram de negação da sexualidade, entendendo-a como “fora do normal” e que deve ser reprimida. As autoras (2015) concluíram ainda que os profissionais não estão preparados para assistência integral, o que requer capacitação permanente nos serviços e inclusão do tema na formação básica nas carreiras da área da saúde, de forma interdisciplinar.

Em 2016, Wainberg, Cournos, Wall, Pala, Mann, Pinto, Pinho, e McKinnon realizaram um estudo sobre os estigmas associados à sexualidade e saúde mental e apresentam como conclusões que os clientes identificaram experiências estigmatizadoras relacionadas com

a sexualidade e a saúde mental, embora na sua maioria se sintam apoiados pela família e profissionais de saúde.

No mesmo ano também Detomini, Raserá e Peres (2016) apresentam uma revisão integrativa sobre a sexualidade e a saúde mental cujas conclusões indicam que a maior parte das referências aponta estigmas, preconceitos e negligência de instituições e profissionais de saúde em relação à sexualidade dos clientes de saúde mental, nomeadamente a não preparação qualificada dos profissionais sobre a sexualidade e a saúde mental. Realçam ainda os autores que a maioria das referências analisadas indicam a necessidade de apostar na qualificação dos seus profissionais de saúde, garantindo e promovendo os direitos dos clientes com problemáticas mentais, em viver plenamente a sua sexualidade.

Maidana Júnior, Viana, Siniak e Lipinski (2018) no seu estudo sobre sexualidade de pessoas com PDI, concluíram que as equipas de saúde apresentam dificuldades em lidar com as questões relacionadas com a sexualidade de pessoas com PDI e acrescentam ainda que o estudo permitiu identificar a presença de preconceitos, tabus e a negação da existência da sexualidade não patológica nestas pessoas. Como orientação final, os autores consideram imprescindível a sensibilização dos profissionais, para que as pessoas com transtornos mentais assumam o protagonismo da própria vida e vivam a sua sexualidade.

## Parte II – Enquadramento Metodológico

No seguinte ponto será apresentada a metodologia que conduz a presente investigação, referindo qual a questão de investigação, tipo de estudo realizado, objetivos do estudo escolha das variáveis assim como a sua operacionalização, caracterização da amostra, referência aos instrumentos de recolha de dados, procedimentos éticos e deontológicos, análise e tratamento dos dados.

É no uso da mais recente evidência científica que se baseia a prestação dos cuidados de saúde, procurando na constante investigação, o conhecimento para responder às questões com que diariamente o profissional se depara. A investigação fornece informação aos profissionais para que sejam analisadas as realidades e detetados os problemas, estabelecendo com base em programas de intervenção ajustados o empoderamento das comunidades.

### 2.1. Tipo de Estudo

De metodologia Quantitativa, define-se o presente estudo como observacional, descritivo-correlacional e transversal, sendo o observacional definido por Pais Ribeiro (2010, p. 30-31) como um tipo de estudo em que “(...) o investigador não intervém. Antes, desenvolve procedimentos para descrever os acontecimentos que ocorrem, naturalmente, sem a sua intervenção e quais os efeitos nos sujeitos em estudo.”. Descritivo, pois, para Pais Ribeiro (2010), fornece informação acerca da população em estudo e, transversal, porque se foca num grupo representativo da população em estudo, sendo os dados recolhidos num único momento, correlacional pois permite estabelecer ligações entre duas ocorrências e não uma relação causal.

Quanto à metodologia, de cunho quantitativo pois permite refletir uma análise dos dados que se distribuem por variáveis que são quantificáveis, e observáveis e que advêm de uma medição formal (Vaz Freixo, 2009).

## 2.2. Questão de Investigação/objetivos

Enquanto questão de partida definiu-se a seguinte: “Qual a perspetiva dos colaboradores sobre a Sexualidade na Saúde Mental em utentes institucionalizados nas Instituições de Saúde Mental do Distrito de Bragança?”, de forma a dar resposta aos objetivos seguintes:

- Identificar a perspetiva dos colaboradores acerca da Sexualidade na Saúde Mental em utentes institucionalizados, nas diferentes Instituições de Saúde Mental do Distrito de Bragança.
- Analisar as diferenças entre as variáveis sociodemográficas e a perspetiva dos colaboradores acerca da Sexualidade na Saúde Mental, em utentes institucionalizados nas diferentes Instituições de Saúde Mental do Distrito de Bragança.

Com o propósito de dar resposta aos objetivos definidos, foram operacionalizadas as variáveis e formuladas hipóteses de investigação.

## 2.3. Operacionalização das variáveis

As variáveis definidas para a recolha de dados (Pais Ribeiro, 2010), são:

Variável dependente: A variável dependente em estudo é a perspetiva dos colaboradores acerca da Sexualidade na Saúde Mental (instituições do Distrito de Bragança).

- A variável dependente foi codificada através de uma escala Likert de 5 pontos, num *continuum* que varia de 1 (discordo totalmente), 2 (discordo), 3 (nem discordo, nem concordo), 4 (concordo) e 5 (concordo totalmente).

Variáveis Independentes: As variáveis independentes são a idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, Instituição onde exerce funções, a questão “Há quanto tempo exerce funções na área da Saúde Mental?” e a questão sobre “Já teve formação em Educação Sexual?”.

As variáveis independentes foram operacionalizadas considerando os objetivos a serem validados, a saber:

- Idade, variável de resposta aberta, codificada em classes etárias, em que (1) 19-29 anos, (2) 30-40 anos, (3) 41-51 anos, (4) > 52 anos.

- Sexo, variável dicotómica, em que (1) Masculino, (2) Feminino.

- Estado civil, variável de resposta fechada, em que (1) Solteiro, (2) Casado, (3) União de facto, (4) Separado/Divorciado e (5) Viúvo.

- Habilitações literárias, variável de resposta fechada em que (1) 1º Ciclo do Ensino Básico, (2) 2º Ciclo do Ensino Básico, (3) 3º Ciclo do Ensino Básico, (4) Nível Secundário, (5) Licenciatura, (6) Mestrado, (7) Doutoramento.

- Instituição onde exerce funções, variável de resposta aberta, posteriormente codificada em (1) ASCUDT, (2) CERCIMAC, (3) APADI, (4) UDEP, (5) Psiquiatria, (6) APPACDM, (7) CEE.

- Há quanto tempo exerce funções na área da Saúde Mental? variável de resposta aberta, posteriormente codificada numa escala temporal, em que (1) <5 anos, (2) 6-11 anos, (3) 12-16 anos, (4) 17-21 anos e (5) >22 anos.

- Já teve formação em Educação Sexual?, variável dicotómica, em que (1) Sim e (2) Não.

- Importância da formação em Educação Sexual na Saúde Mental, variável de resposta fechada, codificada em (1) Muito importante, (2) Importante, (3) Razoavelmente importante, (4) Pouco importante, (5) Sem importância.

### **2.3. Hipóteses/Variáveis**

Para a concretização da investigação, foram definidas as seguintes hipóteses para validação.

### **Principais Hipóteses de Estudo:**

H1: A perspetiva dos colaboradores acerca da Sexualidade na Saúde Mental, em utentes institucionalizados nas Instituições de Saúde Mental do Distrito de Bragança é diferente segundo as variáveis de caracterização sociodemográfica.

H2: A perspetiva dos colaboradores acerca da Sexualidade na Saúde Mental, em utentes institucionalizados nas Instituições de Saúde Mental do Distrito de Bragança é diferente quando comparada com os Conhecimentos sobre Educação Sexual e Sexualidade.

### **Hipóteses Acessórias da Hipótese 1:**

H1a: A perspetiva dos colaboradores acerca da Sexualidade na Saúde Mental, em utentes institucionalizados nas diferentes Instituições de Saúde Mental do Distrito de Bragança é diferente segundo a idade.

H1b: A perspetiva dos colaboradores acerca da Sexualidade na Saúde Mental, em utentes institucionalizados nas diferentes Instituições de Saúde Mental do Distrito de Bragança é diferente segundo o sexo.

H1c: A perspetiva dos colaboradores acerca da Sexualidade na Saúde Mental, em utentes institucionalizados nas diferentes Instituições de Saúde Mental do Distrito de Bragança é diferente segundo o estado civil.

H1d: A perspetiva dos colaboradores acerca da Sexualidade na Saúde Mental, em utentes institucionalizados nas diferentes Instituições de Saúde Mental do Distrito de Bragança é diferente segundo as habilitações literárias.

H1e: A perspetiva dos colaboradores acerca da Sexualidade na Saúde Mental, em utentes institucionalizados nas diferentes Instituições de Saúde Mental do Distrito de Bragança é diferente segundo a profissão.

H1f: A perspetiva dos colaboradores acerca da Sexualidade na Saúde Mental, em utentes institucionalizados nas diferentes Instituições de Saúde Mental do Distrito de Bragança é diferente segundo a Instituição onde exerce funções.

H1g: A perspetiva dos colaboradores acerca da Sexualidade na Saúde Mental, em utentes institucionalizados nas diferentes Instituições de Saúde Mental do Distrito de Bragança é diferente segundo a questão “Há quanto tempo exerce funções na área da Saúde Mental?”

H1h: A perspetiva dos colaboradores acerca da Sexualidade na Saúde Mental, em utentes institucionalizados nas Instituições de Saúde Mental do Distrito de Bragança é diferente quando comparada com a questão “Já teve formação em Educação Sexual?”.

#### **2.4. População/Amostra**

A população afeta ao presente projeto engloba 250 colaboradores a exercer funções nas Instituições de Saúde Mental do Distrito de Bragança que acederam participar do presente estudo. A amostra é não probabilística e intencional, pelo que foram considerados válidos 124 questionários, essencialmente porque cumpriam o critério de inclusão de preenchimento integral.

#### **2.5. Instrumentos de medida e/ou de recolha dos dados**

Na concretização da presente investigação, foi elaborado um instrumento de recolha de dados que permitisse dar resposta aos objetivos e à questão de partida, previamente definidos, garantindo a planificação inicialmente prevista (anexo 1). Após apresentação à Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Bragança, foi aprovado para aplicação, conforme se observa do anexo 2.

O instrumento de recolha de dados foi organizado em três partes fundamentais, uma primeira parte onde se incluíram as variáveis sociodemográficas consideradas mais relevantes para o projeto (Idade, Sexo, Naturalidade, Residência, Estado civil,

Habilitações Literárias, Profissão, Instituição onde exerce funções, Localização da Instituição, Há quanto tempo trabalha na Instituição, Há quanto tempo exerce funções na área da Saúde Mental), uma segunda parte que englobou as variáveis relacionadas com os Conhecimentos sobre Educação Sexual e Sexualidade e uma terceira parte foram incluídas variáveis que se relacionam diretamente com a Perspetiva dos Colaboradores sobre a Sexualidade na Saúde Mental em utentes institucionalizados nas Instituições de Saúde Mental do Distrito de Bragança, conforme se ilustra no anexo 3, adaptado do Inventário de Atitudes sobre Sexualidade na Deficiência Mental (Sexuality and Mentally Retarded Attitudes Inventory – SMRAI) construído e validado por Félix (2001).

A escala identificada é divisível em duas sub-escalas com 20 itens cada, a primeira subescala abrange os itens 1, 2, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 14, 17, 18, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 31, 37, que abordam a expressão da sexualidade de uma forma geral, com questões como a educação sexual nas escolas, o sexo e a sexualidade, o controlo social da sexualidade, os diversos comportamentos sexuais e o acesso à contraceção. A segunda subescala está relacionada com a expressão da sexualidade nas pessoas com deficiência intelectual, com questões relacionadas com as normas referentes à sexualidade nas instituições que trabalham com estas pessoas e com as práticas dos profissionais dessas instituições, onde se incluem os itens 3, 4, 8, 12, 13, 15, 16, 19, 23, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 38, 39, 40. Sendo uma adaptação da escala original, foram acrescentadas duas questões, questão 41 e 42, relacionadas com a aceitação da sexualidade nas pessoas com deficiência intelectual pela sociedade. A pontuação da escala apresenta-se com uma escala Likert de 5 pontos, num *continuum* que varia de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente). No que se refere aos resultados da sua cotação, a pontuação varia entre os 42 e os 210 valores, em que resultados mais elevados representam uma perspetiva mais liberal, resultados mais baixos representam uma perspetiva mais conservadora no que se refere à

sexualidade na deficiência intelectual. A perspectiva mais conservadora apresenta um pensamento ligado ao tradicional, ou seja, um pensamento rígido e pouco flexível às mudanças, sendo a sexualidade caracterizada como uma função reprodutora no seio do casamento e não como um meio de comunicação, de transmissão de afetos entre duas pessoas, dificilmente aceitam o aborto, a sexualidade entre as pessoas portadoras de deficiência, a homossexualidade, ou outras variantes sexuais que não tenham como objetivo último a reprodução.

Já a perspectiva mais liberal apresenta a liberdade individual como um objetivo central, defende os direitos humanos no seu todo, sendo considerada a sexualidade como mais do que um meio reprodutivo onde a comunicação, a transmissão de afeto, o prazer entre duas pessoas é essencial, apresenta-se como mais tolerante e facilmente se adapta a mudanças.

## **2.7. Procedimentos de aplicação e recolha dos dados**

A presente investigação foi realizada no decorrer do ano de 2020, tendo sido inicialmente planificados os meses de março e abril de 2020 para a aplicação do instrumento de recolha de dados. No entanto, tendo em conta a pandemia por COVID19, a entrega e recolha dos questionários foi adiada e apenas em outubro de 2021, após diversos contactos, gerindo os *timings* e as regras de prevenção do COVID19 com as Instituições, foram recolhidos 124 questionários considerados válidos para a presente investigação. De realçar que os dados colhidos foram tratados de forma confidencial e anónima, sendo inseridos individualmente na ferramenta SPSS (Statistical Package for Social Sciences).

## **2.8. Considerações éticas**

O instrumento de recolha de dados foi utilizado apenas como registo próprio do investigador, após autorização para a realização do estudo (anexo 3) e preenchido tendo em conta o consentimento informado, salvaguardando o direito à autodeterminação; o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade e o direito a um

tratamento justo e equitativo na utilização dos dados recolhidos, respeitando os pressupostos emanados pela Declaração de Helsínquia e Tratado de Oviedo.

De realçar que as conclusões do presente estudo serão colocadas à disposição das instituições.

## **Parte III – Apresentação, Análise e Discussão de Resultados**

Com o propósito de validar a presente investigação, descrevem-se os resultados obtidos através da aplicação dos instrumentos de medida e da análise estatística, respeitando a estrutura do instrumento de recolha de dados e ilustrando os resultados obtidos em tabelas, para a sua melhor compreensão.

### **3.1. Apresentação e Análise de Resultados**

Para uma análise de dados ilustrativa da recolha efetuada, foi considerada a ferramenta informática SPSS (Statistical Package for Social Sciences, versão 22.00) que permitiu o cálculo dos dados relacionados com a estatística descritiva, através das frequências relativas e absolutas; medidas de tendência central e de dispersão.

Pela aceitação do Teorema do Limite Central em que se pressupõe normalidade quando  $n > 30$ , a presente investigação utilizou o teste de Correlação de Pearson, quando verificada a correlação entre variáveis quantitativas, o Teste T-Student, para verificar a relação entre duas amostras independentes e o teste ANOVA, para verificar a relação entre três ou mais amostras independentes, respeitando um nível de significância de 0.05.

A sua organização final foi definida de acordo com o instrumento de recolha de dados e ilustrada através de tabelas e gráficos que de seguida se apresentam.

Nas tabelas seguintes encontra-se a distribuição da amostra segundo a caracterização sociodemográfica e profissional, com a apresentação dos resultados mais relevantes.

Analisando a tabela 2, verifica-se que a amostra apresenta uma faixa etária com maior frequência de respostas que varia entre a idade dos 30-40 anos (30,6%) e a idade dos 41-51 anos (25,0%). A média de idades é de 41,25 anos, a mediana encontra-se nos 40,50 anos, com um Desvio Padrão de 11,380, com idade mínima de 19 anos e idade máxima

de 62 anos. Relativamente ao sexo, verifica-se que a amostra pertence, na sua maioria, ao sexo feminino (68,5%).

A naturalidade com maior frequência de respostas encontra-se na cidade de Bragança (60,5%), a residência apresenta-se maioritariamente na cidade de Bragança (70,2%), com a tipologia Urbana (83,9%).

O estado civil da amostra com maior frequência de respostas é o item Casado (46,8%) seguido do item Solteiro (29,8%).

Relativamente às habilitações literárias verifica-se que a amostra apresenta com maior frequência de respostas o Nível Secundário (40,3%) e a Licenciatura (37,9%).

**Tabela 2 – Distribuição da amostra segundo a Caracterização Sociodemográfica**

Caraterização Sociodemográfica		n	%	Medidas de Tendência central/dispersão
Idade	19-29 anos	25	20,2	Média=41,25 Mediana=40,50 Moda=54 Desvio Padrão=11,380 Mínimo=19, Máximo=62
	30-40 anos	38	30,6	
	41-51 anos	31	25,0	
	> 52 anos	30	24,2	
Sexo	Masculino	39	31,5	Moda=Feminino
	Feminino	85	68,5	
Naturalidade	Angola	3	2,4	Moda=Bragança
	Barcelos	1	0,8	
	Bragança	75	60,5	
	Brasil	1	0,8	
	Espanha	1	0,8	
	França	3	2,4	
	Lisboa	1	0,8	
	Macedo de Cavaleiros	22	17,7	
	Mirandela	11	8,9	
	Mogadouro	1	0,8	
	Porto	2	1,6	
	Vila Pouca de Aguiar	1	0,8	
	Vinhais	2	1,6	
Residência	Bragança	87	70,2	Moda=Bragança
	Carracedo	1	0,8	
	Cortiços	1	0,8	
	Fafe	1	0,8	
	Macedo de Cavaleiros	16	12,9	
	Mirandela	16	12,9	
	Mogadouro	1	0,8	
	Vinhais	1	0,8	
Residência	Rural	20	16,1	Moda=Urbana
	Urbana	104	83,9	
Estado civil:	Solteiro	37	29,8	Moda=Casado
	Casado	58	46,8	
	União de Facto	14	11,3	
	Separado/Divorciado	13	10,5	
	Viúvo	2	1,6	
Habilitações Literárias:	Não sabe ler nem escrever	0	0,0	Moda=Nível Secundário
	1º Ciclo do Ensino Básico	1	0,8	
	2º Ciclo do Ensino Básico	2	1,6	
	3º Ciclo do Ensino Básico	15	12,1	
	Nível Secundário	50	40,3	
	Licenciatura	47	37,9	
	Mestrado	9	7,3	
	Doutoramento	0	0,0	

Analisando a caracterização profissional, verifica-se que a amostra apresenta com maior frequência de respostas a profissão de Auxiliar (52,4%), as Instituições onde exercem funções os elementos da amostra, com maior frequência de respostas, são a ASCUDT

(31,5%) e o CEE (16,1%). A localização da Instituição é, predominantemente, a cidade de Bragança (73,4%). Relativamente à questão “Há quanto tempo trabalha na Instituição?” a amostra apresenta maior frequência de respostas no item “<5 anos” (44,3%) e “6-11 anos” (34,6%). O cálculo da média é 8,65 anos, a mediana apresenta-se nos 6,50 anos, o Desvio-padrão é de 8,573, o valor mínimo é 1 ano e o valor máximo é 39 anos. No que diz respeito à questão “Há quanto tempo exerce funções na área da Saúde Mental”, verifica-se que a amostra apresenta maior frequência de respostas no item “<5 anos” (45,1%) e no item “6-11 anos” (36,2%). O cálculo da média é de 7,65 anos, a mediana encontra-se nos 6,00 anos, o Desvio-padrão é de 6,949, o valor mínimo é 1 ano e o valor máximo é de 33 anos.

Tabela 3 – Distribuição da amostra segundo a Caracterização Profissional

Caraterísticas Profissionais	n	%	Medidas de Tendência central/dispersão
<b>Profissão</b>			
Animador/a Sócio-Cultural	2	1,6	Moda= Auxiliar
Assistente Social	2	1,6	
Auxiliar	65	52,4	
Cabeleireira	1	0,8	
Coordenadora Pedagógica	1	0,8	
Cozinheira	3	2,4	
Diretora	2	1,6	
Educador/a Social	2	1,6	
Enfermeiro/a	12	9,6	
Engenharia Química e Biológica	1	0,8	
Estagiária de Psicologia	1	0,8	
Fisioterapeuta	4	3,2	
Monitor	4	3,2	
Motorista	1	0,8	
Professor/a	4	3,2	
Psicólogo/a	4	3,2	
Psicomotricista	1	0,8	
Secretária Principal	1	0,8	
Técnica Alimentar	1	0,8	
Técnica de Análises Clínicas e Saúde Pública	1	0,8	
Técnica de Desporto	1	0,8	
Técnica de Qualidade	1	0,8	
Técnica de Reabilitação Psicomotora	3	2,4	
Técnico Superior de Educação Especial	1	0,8	
Terapeuta Ocupacional	1	0,8	
Vigilante	4	3,2	
<b>Instituição onde exerce funções</b>			
APADI	14	11,3	Moda= ASCUDT
APPACDM	17	13,7	
ASCUDT	39	31,5	
CEE	20	16,1	
CERCIMAC	16	12,9	
Psiquiatria	4	3,2	
UDEP	14	11,3	
<b>Localização da Instituição</b>			
Bragança	91	73,4	Moda= Bragança
Macedo de Cavaleiros	16	12,9	
Mirandela	17	13,7	
<b>Há quanto tempo trabalha na Instituição:</b>			
<5 anos	55	44,3	Média=8,65 Mediana=6,50 Moda=1 Desvio-padrão=8,573 Mínimo=1, Máximo=39
6-11 anos	43	34,6	
12-16 anos	10	8,0	
17-21 anos	4	3,2	
>22 anos	12	9,6	
<b>Há quanto tempo exerce funções na área da Saúde Mental</b>			
<5 anos	56	45,1	Média=7,65 Mediana=6,00 Moda=1 Desvio-padrão=6,949 Mínimo=1, Máximo=33
6-11 anos	45	36,2	
12-16 anos	13	10,4	
17-21 anos	3	2,4	
>22 anos	6	4,8	

Relativamente à questão “Considera importante a Educação Sexual?” a amostra apresenta maior frequência de respostas no item “Sim” (96,0%). No que diz respeito à questão “Já

teve em formação em Educação Sexual?” a amostra apresenta maior frequência de respostas no item “Sim” (96,0%). Da frequência de respostas ao item “Sim” na questão anterior, 44,4% dos participantes da amostra responderam ao item “Não sabe/Não respondeu”, 29,0% dos participantes responderam ao item “Ações de formação” e 12,1% dos participantes responderam ao item “Curso” e “Palestras/Colóquios”, quando questionada a amostra relativamente ao tipo de formação que possui no âmbito da Educação Sexual.

Relativamente à questão “Como classifica a sua formação em Educação Sexual?”, verifica-se que a amostra apresenta maior frequência de respostas no item “Suficiente” (40,3%) e no item “Boa” (33,1%).

No que diz respeito à questão “Está implementado algum programa de Educação Sexual na Instituição onde trabalha”, a amostra apresenta maior frequência de respostas no item “Não” (70,2%).

Quando questionada a amostra que respondeu sim à questão anterior, sobre a periodicidade da formação, verifica-se que apresenta maior frequência de respostas no item “Mensalmente” (20,2%).

Relativamente à questão “Os utentes desta instituição costumam questioná-lo(a) acerca da sexualidade?”, verifica-se que a amostra apresenta maior frequência de respostas no item “Poucas vezes” (33,9%) e no item “Nunca” (29,0%).

No que diz respeito à questão “Se sim, existem mais questões dos utentes do sexo”, verifica-se que a amostra apresenta maior frequência de respostas no item “Masculino” (62,1%).

Tabela 4 – Distribuição da amostra segundo a Formação Profissional

Formação Profissional	n	%	Medidas de Tendência central/dispersão
Considera importante a Educação Sexual?			
Sim	119	96,0	Moda=Sim
Não	5	4,0	
Já teve formação em Educação Sexual			
Sim	119	96,0	Moda=Sim
Não	5	4,0	
Se respondeu que sim, que tipo de Formação teve no âmbito da Educação Sexual			
Não sabe/Não respondeu	55	44,4	-----
Curso	15	12,1	
Ações de formação	36	29,0	
Palestras/Colóquios	15	12,1	
Outra	3	2,4	
Se respondeu outra, refira qual			
Geriatricia	1	0,8	-----
Não sabe/Não respondeu	123	99,2	
Como classifica a sua formação em Educação Sexual?			
Não sabe/Não respondeu	12	9,7	Moda=Suficiente
Muito boa	16	12,9	
Boa	41	33,1	
Suficiente	50	40,3	
Insuficiente	5	4,0	
Está implementado algum programa de Educação Sexual na Instituição onde trabalha			
Sim	37	29,8	Moda=Não
Não	87	70,2	
Se sim, com que periodicidade			
Não sabe/Não respondeu	84	67,7	-----
Mais de uma vez por semana	0	0,0	
Semanalmente	1	0,8	
Mensalmente	25	20,2	
Trimestral	2	1,6	
Anual	9	7,3	
Os utentes desta instituição costumam questioná-lo(a) acerca da sexualidade			
Muitas vezes	13	10,5	-----
Algumas vezes	33	26,6	
Poucas vezes	42	33,9	
Nunca	36	29,0	
Se sim, existem mais questões dos utentes do sexo			
Masculino	77	62,1	-----
Feminino	47	37,9	

Analisando a tabela seguinte, relativamente à Importância da Formação Profissional, verifica-se que a amostra apresenta maior frequência de respostas nos *scores* “Muito importante” e “Importante” para a maioria dos conteúdos a abordar neste tipo de formações, considerando as dificuldades da amostra. Os resultados mais relevantes encontram-se nos conteúdos “Abuso sexual” (71,8%), “Contraceção” (70,2%), “Infeções transmitidas sexualmente” (76,6%) e “Comportamentos sexuais de risco” (76,6%) cuja frequência de respostas é apresentada no *score* “Muito importante”.

Tabela 5 – Distribuição da amostra segundo a Importância da Formação Profissional

Na sua perspetiva o que considera mais importante abordar neste tipo de formação, tendo em conta as suas maiores dificuldades	Muito importante (1)		Importante (2)		Razoavelmente importante (3)		Pouco importante (4)		Sem importância (5)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Aborto	63	50,8	45	36,3	9	7,3	2	1,6	5	4,0
Abuso sexual	89	71,8	30	24,2	2	1,6	0	0,0	3	2,4
Amor	76	61,3	40	32,3	6	4,8	2	1,6	0	0,0
Comportamento sexual masculino	61	49,2	59	47,6	4	3,2	0	0,0	0	0,0
Comportamento sexual feminino	62	50,0	57	46,0	5	4,0	0	0,0	0	0,0
Contraceção	87	70,2	33	26,6	4	3,2	0	0,0	0	0,0
Comportamentos sexuais aceitáveis	68	54,8	48	38,7	7	5,6	1	0,8	0	0,0
Orientação sexual (Homossexualidade/bissexualidade/heterossexualidade)	57	46,0	50	40,3	12	9,7	4	3,2	1	0,8
Ejaculação	42	33,9	56	45,2	19	15,3	7	5,6	0	0,0
Ciclo menstrual	51	41,1	53	42,7	17	13,7	3	2,4	0	0,0
Infeções transmitidas sexualmente	95	76,6	26	21,0	1	0,8	2	1,6	0	0,0
Transformações na adolescência	60	48,4	53	42,7	8	6,5	2	1,6	1	0,8
Conceção e gravidez	79	63,7	38	30,6	4	3,2	2	1,6	1	0,8
Relações Sexuais	71	57,3	44	35,5	5	4,0	3	2,4	1	0,8
Comportamentos sexuais de risco	95	76,6	23	18,5	3	2,4	2	1,6	1	0,8
Masturbação	41	33,1	55	44,4	21	16,9	6	4,8	1	0,8
A primeira relação sexual	67	54,0	38	30,6	14	11,3	5	4,0	0	0,0
Decisões responsáveis	73	58,9	42	33,9	7	5,6	1	0,8	1	0,8
Contraceção de emergência	71	57,3	41	33,1	9	7,3	3	2,4	0	0,0
Consultas para jovens	73	58,9	38	30,6	7	5,6	4	3,2	2	1,6
Abstinência	39	31,5	53	42,7	17	13,7	9	7,3	6	4,8
Pomografia	41	33,1	41	33,1	22	17,7	6	4,8	0	0,0
Explicação de momentos e locais apropriados para a privacidade sexual	66	53,2	42	33,9	13	10,5	2	1,6	1	0,8

Quando analisados os resultados relativos à Importância da Formação Profissional verifica-se que a amostra apresenta um nível alto (59,7%), sendo ainda de salientar que 39,5% da amostra apresenta nível médio, relativamente à importância da formação profissional, conforme se observa na tabela 6.

**Tabela 6 – Distribuição da amostra segundo a Importância da Formação Profissional**

Importância da Formação Profissional	n	%
Nível alto ( $\leq 38$ pts)	74	59,7
Nível médio (39-77pts)	49	39,5
Nível baixo (77-115 pts)	1	0,8

Analisando a tabela 7, relativamente à distribuição da amostra segundo a escala sobre a Sexualidade na Saúde Mental, verifica-se que a amostra apresenta resultados que indicam uma perspectiva da expressão da sexualidade nas pessoas com deficiência intelectual, de uma forma geral, num *score* médio entre a expressão mais liberal e a expressão mais conservadora.

A este respeito realçam-se os resultados obtidos nas questões 4, 8, 10, 18, 19, 20, 23, 37 e 38, com maioria de respostas nos itens Discordo e Nem discordo Nem concordo e nas questões 40, 41, e 42 com respostas, na sua maioria, de carácter mais conservador, nos itens Discordo totalmente e Discordo.

Os resultados obtidos focam-se essencialmente nos aspetos que se relacionam com os direitos humanos (questões 4, 8, 10, 20 e 38), com a identidade sexual (questão 37), com a relação profissional da amostra com pessoas com deficiência intelectual (questões 18, 19, 23 e 40) e com aspetos sociais (questões 41 e 42).

Embora todas as restantes questões apresentem respostas de carácter mais liberal, salienta-se ainda que os resultados indicam uma amostra ciente da necessidade de melhorar a sua formação contínua quer nos aspetos gerais sobre a sexualidade (questão 30) quer nos

aspectos que se relacionam diretamente com a sexualidade na deficiência intelectual (questão 31), conforme se verifica da análise ilustrada na tabela seguinte.

**Tabela 7 – Distribuição da amostra segundo a Sexualidade na Saúde Mental**

Sexualidade na Saúde Mental	Discordo Totalmente (1)		Discordo (2)		Nem concordo nem discordo (3)		Concordo (4)		Concordo Totalmente (5)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Reconhece e aceita a sexualidade como uma dimensão importante da vida de todo o ser humano	4	3,2	2	1,6	7	5,6	47	<b>37,9</b>	64	<b>51,6</b>
2. As pessoas com deficiência intelectual necessitam de ter momentos para se encontrarem em privado com pessoas do sexo oposto	1	0,8	6	4,8	24	19,4	61	<b>49,2</b>	32	<b>25,8</b>
3. As pessoas com deficiência intelectual têm o direito de fazer escolhas próprias quanto à sua vida sexual	2	1,6	10	8,1	17	13,7	68	<b>54,8</b>	27	<b>21,8</b>
4. As pessoas com deficiência intelectual que não têm capacidade para viver sozinhas não se deveriam casar	9	7,3	35	<b>28,2</b>	35	<b>28,2</b>	33	26,6	12	9,7
5. Deveriam existir lares residenciais para pessoas portadoras de deficiência intelectual casadas	2	1,6	23	9,7	29	23,4	53	<b>42,7</b>	28	<b>22,6</b>
6. A maioria das pessoas com deficiência intelectual que eu conheço não têm capacidade para tomar decisões sobre questões de natureza sexual	0	0,0	32	25,8	27	21,8	54	<b>43,5</b>	11	<b>8,9</b>
7. Aceitaria a ideia de uma pessoa com deficiência intelectual vir a casar	1	0,8	11	8,9	20	16,1	71	<b>57,3</b>	21	<b>16,9</b>
8. Aceitaria a ideia de uma pessoa com deficiência intelectual vir a ter filhos	11	8,9	32	25,8	48	<b>38,7</b>	26	<b>21,0</b>	7	5,6
9. Uma pessoa com deficiência intelectual é capaz de tomar decisões sobre a sua própria vida	8	6,5	37	29,8	37	<b>29,8</b>	37	<b>29,8</b>	5	4,0
10. Uma pessoa com deficiência intelectual é capaz de se responsabilizar pelos seus próprios atos	8	6,5	43	<b>34,7</b>	42	<b>33,9</b>	28	22,6	3	2,4
11. As pessoas com deficiência intelectual têm, em geral, desejos sexuais superiores ao habitual	5	4,0	18	14,5	22	17,7	53	<b>42,7</b>	26	<b>21,0</b>
12. A maioria das pessoas com deficiência intelectual procurarão sempre alguma forma de obter prazer sexual	1	0,8	8	6,5	22	17,7	65	<b>52,4</b>	28	<b>22,6</b>
13. As pessoas com deficiência intelectual têm um desenvolvimento sexual menos intenso do que as outras pessoas	14	11,3	61	<b>49,2</b>	33	<b>26,6</b>	13	10,5	3	2,4
14. As pessoas com deficiência intelectual têm o direito de ter relações sexuais, se assim o desejarem	1	0,8	11	8,9	29	23,4	63	<b>50,8</b>	20	<b>16,1</b>
15. Considero que as pessoas com deficiência intelectual são mais infantis (imaturas) do que outras da sua idade, sob o ponto de vista das relações afetivas e sexuais.	1	0,8	15	12,1	27	21,8	64	<b>51,6</b>	17	<b>13,7</b>
16. As pessoas com deficiência intelectual não são capazes de controlar os seus impulsos sexuais	2	1,6	26	21,0	34	<b>27,4</b>	50	<b>40,3</b>	12	9,7
17. A masturbação é um comportamento saudável	2	1,6	4	3,2	25	<b>20,2</b>	75	<b>60,5</b>	18	14,5
18. Os profissionais deveriam impedir os utentes de se masturbarem	21	16,9	64	<b>51,6</b>	32	<b>25,8</b>	6	4,8	1	0,8
19. Quando encontradas pessoas com deficiência intelectual a ter relações sexuais devem ser mantidas separadas	9	7,3	53	<b>42,7</b>	44	<b>35,5</b>	17	13,7	1	0,8
20. Qualquer pessoa, portadora ou não de deficiência intelectual, tem o direito de ter filhos	6	4,8	31	<b>25,0</b>	51	<b>41,1</b>	29	23,4	7	5,6
21. Deveriam ser permitidos comportamentos homossexuais entre pessoas portadoras de deficiência intelectual	6	4,8	15	12,1	58	<b>46,8</b>	35	<b>28,2</b>	10	8,1
22. Desde que não se magoe o outro, as pessoas com deficiência intelectual têm o direito de viver a sua vida afetiva e sexual como desejarem	2	1,6	8	6,5	29	23,4	67	<b>54,0</b>	18	<b>14,5</b>
23. Nas instituições, os profissionais deveriam impedir os comportamentos homossexuais	15	12,1	52	<b>41,9</b>	39	<b>31,5</b>	15	12,1	3	2,4
24. Conhece as diferentes funções que pode ter a sexualidade: afeto, comunicação, prazer e reprodução	2	1,6	2	1,6	22	17,7	69	<b>55,6</b>	29	<b>23,4</b>
25. Necessita de encontrar formas de debater as questões da sexualidade com pessoas com deficiência intelectual	2	1,6	10	8,1	31	<b>25,0</b>	60	<b>48,4</b>	21	16,9
26. É difícil falar acerca de afetividade e sexualidade com pessoas portadoras de deficiência intelectual	5	4,0	35	<b>28,2</b>	28	22,6	44	<b>35,5</b>	14	9,7
27. Deveria existir um controlo mais eficaz do conteúdo dos filmes, revistas e livros	4	3,2	30	24,2	53	<b>42,7</b>	32	<b>25,8</b>	5	4,0
28. As pessoas com deficiência intelectual deveriam ter acesso a métodos contraceptivos quando desejassem	3	2,4	11	8,9	28	<b>22,6</b>	55	<b>44,4</b>	27	21,8
29. Os métodos contraceptivos deveriam ser explicados às pessoas com deficiência intelectual antes de serem sexualmente ativos	2	1,6	4	3,2	17	13,7	62	<b>50,0</b>	39	<b>31,5</b>
30. Necessito de adquirir ou melhorar a informação que tenho sobre os diferentes aspectos da sexualidade	5	4,0	26	21,0	24	<b>19,4</b>	51	<b>41,1</b>	18	14,5
31. Necessito adquirir ou melhorar a informação que tenho sobre a sexualidade das pessoas com deficiência intelectual	5	4,0	20	16,1	23	<b>18,5</b>	57	<b>46,0</b>	19	15,3
32. Considero importante que as pessoas com deficiência intelectual tenham informação no âmbito da educação sexual	0	0,0	7	5,6	18	14,5	55	<b>44,4</b>	44	<b>35,5</b>
33. Estou à vontade para responder a perguntas sobre a maior parte dos comportamentos sexuais	3	2,4	9	7,3	18	14,5	74	<b>59,7</b>	20	<b>16,1</b>
34. Sinto que estou bem informado/a sobre os factos e comportamentos de natureza sexual	1	0,8	8	6,5	27	<b>21,8</b>	73	<b>58,9</b>	15	12,1
35. O fato das pessoas com deficiência intelectual manifestarem interesse pelas questões relacionadas com a sexualidade pode torna-los mais facilmente vítimas de abuso sexuais	5	4,0	34	27,4	25	<b>20,2</b>	48	<b>38,7</b>	12	9,7
36. As pessoas com deficiência intelectual são mais frequentemente vítimas de abuso sexual do que outras não deficientes	4	3,2	27	21,8	33	<b>26,6</b>	40	<b>32,3</b>	20	16,1
37. As pessoas com deficiência intelectual, têm capacidade para distinguir as boas e más intenções dos outros	10	8,1	44	<b>35,5</b>	38	<b>30,6</b>	26	21,0	6	4,8
38. Uma pessoa com deficiência intelectual tem capacidade, em caso de necessidade, de agir em auto defesa	9	7,3	40	<b>32,3</b>	38	<b>30,6</b>	29	23,4	8	6,5
39. O fato de as pessoas com deficiência intelectual terem educação sexual e serem devidamente informados, pode contribuir para prevenir um possível abuso sexual	6	4,8	13	10,5	20	16,1	60	<b>48,4</b>	25	<b>20,2</b>
40. As instituições deveriam manter os utentes de cada sexo tão separados quanto possível	37	<b>29,8</b>	47	<b>37,9</b>	20	16,1	14	11,3	6	4,8
41. Ao nível da sexualidade, a pessoa com deficiência intelectual está mais sujeito à pressão social e à opinião dos outros	36	<b>29,0</b>	50	<b>40,3</b>	27	21,8	9	7,3	2	1,6
42. Considera que a sociedade em geral tem ideias preconceituosas sobre a sexualidade das pessoas com deficiência intelectual	55	<b>44,4</b>	49	<b>39,5</b>	11	8,9	8	6,5	1	0,8

Após análise e apresentação dos resultados relativamente à perspetiva geral dos colaboradores relativamente à Sexualidade na Saúde Mental, verifica-se que a amostra apresenta, de uma forma geral, uma perspetiva média entre a expressão liberal e

conservadora (63,74%), sendo de realçar ainda que 34,7% da amostra apresenta uma perspetiva alta, traduzindo-se numa expressão mais liberal relativamente à Sexualidade na Saúde Mental, conforme se observa na tabela 8.

**Tabela 8 – Distribuição da amostra segundo Perspetiva dos colaboradores relativamente à Sexualidade na Saúde Mental**

Perspetiva dos colaboradores relativamente à Sexualidade na Saúde Mental	n	%
Perspetiva baixa (mais conservadora: $\leq 70$ pts)	2	1,6
Perspetiva média (liberal/conservadora: 70-140pts)	79	63,7
Perspetiva alta (mais liberal: 140-210ts)	43	34,7

No sentido de concretizar os objetivos inicialmente propostos, de seguida se apresentam os resultados obtidos na validação das hipóteses.

H1a: A perspetiva dos colaboradores acerca da Sexualidade na Saúde Mental, em utentes institucionalizados nas diferentes Instituições de Saúde Mental do Distrito de Bragança é diferente segundo a idade.

Analisando a tabela 9 verifica-se que para um  $p \leq 0,05$ , quando relacionada a perspetiva acerca da Sexualidade na Saúde Mental com a idade, os resultados indicam um  $p=0,612$ . Assim, valida-se a hipótese nula, ou seja, não existe diferença estatística significativa entre a perspetiva dos colaboradores acerca da Sexualidade na Saúde Mental e a idade.

**Tabela 9 – Teste ANOVA - A perspetiva dos colaboradores acerca da Sexualidade na Saúde Mental é diferente segundo a idade.**

Perspetiva dos colaboradores/Idade	n	Média	Desvio Padrão	ANOVA	p
19-29 anos	25	139,00	11,779	0,606	<b>0,612</b>
30-40 anos	38	135,13	18,249		
41-51 anos	31	133,90	12,095		
> 52 anos	30	133,57	20,777		

H1b: A perspetiva dos colaboradores acerca da Sexualidade na Saúde Mental, em utentes institucionalizados nas diferentes Instituições de Saúde Mental do Distrito de Bragança é diferente segundo o sexo.

Da análise da tabela 10, verifica-se que para um  $p \leq 0,05$ , relativamente às diferenças entre a perspetiva dos colaboradores sobre sexualidade e saúde mental e o sexo, os resultados indicam  $p=0,262$ . Desta forma valida-se a hipótese nula, isto é, não há diferenças estatísticas significativas entre a perspetiva dos colaboradores sobre sexualidade e saúde mental e o sexo.

**Tabela 10 – Teste T-STUDENT - A perspetiva dos colaboradores acerca da Sexualidade na Saúde Mental é diferente segundo o sexo.**

	Sexo	n	Média	T-STUDENT	p
Perspetiva dos Colaboradores	Masculino	39	135,08	1,268	<b>0,262</b>
	Feminino	85	135,29		

H1c: A perspetiva dos colaboradores acerca da Sexualidade na Saúde Mental, em utentes institucionalizados nas diferentes Instituições de Saúde Mental do Distrito de Bragança é diferente segundo o estado civil.

A tabela 11 ilustra a aplicação do teste ANOVA para perceber se existem diferenças entre a perspetiva dos colaboradores sobre sexualidade e saúde mental e o estado civil, para um  $p \leq 0,05$ . Dos resultados obtidos temos que  $p=0,453$ , logo valida-se a hipótese nula, ou seja, não existem diferenças estatísticas significativas entre a perspetiva dos colaboradores acerca da sexualidade na saúde mental e o estado civil.

**Tabela 11 – Teste ANOVA - A perspetiva dos colaboradores acerca da Sexualidade na Saúde Mental é diferente segundo o estado civil.**

Perspetiva dos colaboradores/Estado Civil	n	Média	Desvio Padrão	ANOVA	p
Solteiro	37	138,05	13,536	0,923	<b>0,453</b>
Casado	58	133,03	17,991		
União de facto	14	133,00	18,909		
Separado/Divorciado	13	140,08	14,003		
Viúvo	2	130,50	3,536		

H1d: A perspetiva dos colaboradores acerca da Sexualidade na Saúde Mental, em utentes institucionalizados nas diferentes Instituições de Saúde Mental do Distrito de Bragança é diferente segundo as habilitações literárias.

Na tabela 12, observa-se a aplicação do teste ANOVA, no sentido de perceber se existem diferenças entre a perspetiva dos colaboradores acerca da sexualidade na saúde mental e as habilitações, para um  $p \leq 0,05$ . Os resultados obtidos indicam um  $p=0,092$ , validando-se assim a hipótese nula, isto é, não existem diferenças estatísticas significativas entre a perspetiva dos colaboradores acerca da sexualidade na saúde mental e as habilitações literárias.

**Tabela 12 – Teste ANOVA - A perspetiva dos colaboradores acerca da Sexualidade na Saúde Mental é diferente segundo as habilitações literárias.**

Perspetiva dos colaboradores/habilitações literárias	n	Média	ANOVA	p
1º Ciclo do Ensino Básico	1	122,00	1,947	<b>0,092</b>
2º Ciclo do Ensino Básico	2	102,00		
3º Ciclo do Ensino Básico	15	135,87		
Nível Secundário	50	135,02		
Licenciatura	47	136,87		
Mestrado	9	135,56		

H1e: A perspetiva dos colaboradores acerca da Sexualidade na Saúde Mental, em utentes institucionalizados nas diferentes Instituições de Saúde Mental do Distrito de Bragança é diferente segundo a Instituição onde exerce funções.

Da análise da tabela 13, verifica-se que para um  $p \leq 0,05$ , relativamente à diferença entre a perspetiva dos colaboradores acerca da sexualidade na saúde mental e a instituição onde exercem funções, os resultados indicam que  $p=0,002$ . Assim valida-se a hipótese 1e, isto é, existem diferenças estatísticas altamente significativas entre a perspetiva dos colaboradores acerca da sexualidade na saúde mental e a instituição onde exercem funções.

**Tabela 13 – Teste ANOVA - A perspetiva dos colaboradores acerca da Sexualidade na Saúde Mental é diferente segundo a Instituição onde exerce funções.**

	n	Média	ANOVA	p
ASCUDT	39	141,05	3,687	<b>0,002</b>
CERCIMAC	16	131,31		
APADI	14	126,07		
UDEP	14	123,93		
Psiquiatria	4	135,75		
APPACDM	17	135,18		
CEE	20	141,25		

H1f: A perspetiva dos colaboradores acerca da Sexualidade na Saúde Mental, em utentes institucionalizados nas diferentes Instituições de Saúde Mental do Distrito de Bragança é diferente segundo a questão “Há quanto tempo exerce funções na área da Saúde Mental?”

Analisando a tabela 14, para um  $p \leq 0,05$ , relativamente às diferenças entre a perspetiva dos colaboradores acerca da sexualidade na saúde mental e a questão relacionada com o tempo de exercício de funções na área da saúde mental, os resultados indicam que  $p=0,015$ , validando-se a hipótese 1f. Assim, os resultados indicam que existem diferenças estatísticas altamente significativas entre a perspetiva dos colaboradores acerca da sexualidade na saúde mental e o tempo de exercício de funções na área da saúde mental.

**Tabela 14 – Teste ANOVA - A perspetiva dos colaboradores acerca da Sexualidade na Saúde Mental é diferente segundo a questão “Há quanto tempo exerce funções na área da Saúde Mental?”.**

	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	ANOVA	p
Perspetiva dos Colaboradores / “Há quanto tempo exerce funções na área da Saúde Mental?”	10411,415	24	433,809	1,897	<b>0,015</b>

H1g: A perspetiva dos colaboradores acerca da Sexualidade na Saúde Mental, em utentes institucionalizados nas Instituições de Saúde Mental do Distrito de Bragança é diferente quando comparada com a questão “Já teve formação em Educação Sexual?”.

A tabela 15 apresenta os resultados relativos às diferenças entre a perspetiva dos colaboradores acerca da sexualidade na saúde mental e a formação em Educação Sexual, respeitando um  $p \leq 0,05$ . Dos resultados obtidos verifica-se que  $p=0,057$ , validando-se a hipótese 1g. Desta forma, os resultados indicam que existem diferenças estatísticas altamente significativas entre a perspetiva dos colaboradores acerca da sexualidade na saúde mental e a formação em Educação Sexual.

**Tabela 15 – Teste ANOVA - A perspetiva dos colaboradores acerca da Sexualidade na Saúde Mental é diferente segundo a questão “Já teve formação em Educação Sexual?”.**

	n	Média	ANOVA	p
Sim	66	137,85	3,691	<b>0,057</b>
Não	58	132,24		

H2: A perspetiva dos colaboradores acerca da Sexualidade na Saúde Mental, em utentes institucionalizados nas Instituições de Saúde Mental do Distrito de Bragança é diferente quando comparada com a Importância da Educação Sexual na Saúde Mental.

Analisando a tabela 16, verifica-se que, para um  $p \leq 0,05$ , relativamente às diferenças entre a perspetiva dos colaboradores acerca da sexualidade na saúde mental e a importância da Educação Sexual na saúde mental,  $p=0,053$ . Assim, valida-se a hipótese 2, ou seja, existem diferenças estatísticas altamente significativas entre a perspetiva dos colaboradores acerca da sexualidade na saúde mental e a importância da Educação Sexual na saúde mental.

**Tabela 16 – Correlação de Pearson - A perspetiva dos colaboradores acerca da Sexualidade na Saúde Mental é diferente segundo a Importância da Educação Sexual na Saúde Mental.**

	n	Correlação de Pearson	p
Perspetiva dos Colaboradores/Importância da Educação Sexual na Saúde Mental	124	-0.174	<b>0,053</b>

Considerando que os resultados obtidos se relacionam diretamente com a presente investigação e no sentido de serem enquadrados e analisados à luz do estado da arte, de seguida se apresenta a discussão dos resultados.

### 3.2. Discussão de Resultados

A amostra apresenta uma faixa etária com maior frequência de respostas na faixa etária dos 30-40 anos (30,6%). Relativamente ao sexo, verifica-se que a amostra pertence, na sua maioria, ao sexo feminino (68,5%). A naturalidade com maior frequência de respostas encontra-se na cidade de Bragança (60,5%), a residência apresenta-se maioritariamente

na cidade de Bragança (70,2%), com a tipologia Urbana (83,9%). O estado civil da amostra com maior frequência de respostas é o item Casado (46,8%). Relativamente às habilitações literárias verifica-se que a amostra apresenta com maior frequência de respostas o Nível Secundário (40,3%).

Analisando a caracterização profissional, verifica-se que a amostra apresenta com maior frequência de respostas a profissão de Auxiliar (52,4%), a Instituição onde exercem funções os elementos da amostra, com maior frequência de respostas, é a ASCUDT (31,5%). A localização da Instituição é, predominantemente, a cidade de Bragança (73,4%). Relativamente à questão “Há quanto tempo trabalha na Instituição?” a amostra apresenta maior frequência de respostas no item “<5 anos” (44,3%). No que diz respeito à questão “Há quanto tempo exerce funções na área da Saúde Mental”, verifica-se que a amostra apresenta maior frequência de respostas no item “<5 anos” (45,1%). Os dados apresentados relativamente à caracterização sociodemográfica e profissional vão ao encontro dos resultados obtidos no estudo da CNS (2019) relativamente à caracterização da Saúde Mental em Portugal, realçando esta publicação a urgência e necessidade em se apostar no reforço dos recursos humanos especializados em todas as vertentes dos cuidados de saúde mental, no sentido de proporcionar cuidados de qualidade.

Relativamente à questão “Considera importante a Educação Sexual?” a amostra apresenta maior frequência de respostas no item “Sim” (96,0%). No que diz respeito à questão “Já teve formação em Educação Sexual?” a amostra apresenta maior frequência de respostas no item “Sim” (96,0%). Da frequência de respostas ao item “Sim” na questão anterior, 44,4% dos participantes da amostra responderam ao item “Não sabe/Não respondeu”.

Relativamente à questão “Como classifica a sua formação em Educação Sexual?”, verifica-se que a amostra apresenta maior frequência de respostas no item “Suficiente” (40,3%). No que diz respeito à questão “Está implementado algum programa de Educação

Sexual na Instituição onde trabalha”, a amostra apresenta maior frequência de respostas no item “Não” (70,2%). Quando questionada a amostra que respondeu sim à questão anterior, sobre a periodicidade da formação, verifica-se que apresenta maior frequência de respostas no item “Mensalmente” (20,2%).

Os resultados são similares aos de Wainberg *et al* (2016) concluindo que os clientes identificaram experiências estigmatizadoras relacionadas com a sexualidade e a saúde mental, embora na sua maioria se sintam apoiados pela família e profissionais de saúde, sendo clara a necessidade de apostar, como referem Detomini, Rasera e Peres (2016) na preparação qualificada dos profissionais sobre a sexualidade e a saúde mental no sentido de prevenir e evitar estigmas, preconceitos e negligência de instituições e profissionais de saúde em relação à sexualidade dos clientes de saúde mental.

Relativamente à questão “Os utentes desta instituição costumam questioná-lo(a) acerca da sexualidade?”, verifica-se que a amostra apresenta maior frequência de respostas no item “Poucas vezes” (33,9%). No que diz respeito à questão “Se sim, existem mais questões dos utentes do sexo”, verifica-se que a amostra apresenta maior frequência de respostas no item “Masculino” (62,1%). Os resultados obtidos são similares aos apresentados por Hughes e Gray (2009) que no seu estudo concluíram que as funções dos profissionais de saúde incluíam discutir a saúde sexual, no entanto alguns referiram não se sentir à vontade em discutir questões de saúde sexual e um terço da amostra referiu discutir rotineiramente a saúde sexual. O mesmo concluiu McCann (2010) referindo que 43% da equipa multidisciplinar de saúde não sabia dizer se os seus clientes tinham necessidades de intimidade, sendo essa informação disponibilizada pelos próprios clientes que foram plenamente capazes de expressar as suas esperanças e expectativas sobre o assunto. As mesmas conclusões são identificadas por Quinn e colegas (2011) quando referem que as enfermeiras em ambientes de saúde mental tendem a evitar iniciar

um diálogo sobre saúde sexual e raramente a abordam no exercício das suas funções, embora cientes dos problemas de saúde sexual vivenciados.

Relativamente à Importância da Formação Profissional, verifica-se que a amostra apresenta maior frequência de respostas nos *scores* “Muito importante” e “Importante”, em que os resultados mais relevantes encontram-se nos conteúdos “Abuso sexual” (71,8%), “Contraceção” (70,2%), “Infeções transmitidas sexualmente” (76,6%) e “Comportamentos sexuais de risco” (76,6%). Quando analisados os resultados relativos à Importância da Formação Profissional verifica-se que a amostra apresenta maior frequência de respostas no nível alto (59,7%).

Os resultados obtidos vão ao encontro do estudo de Hughes e Gray (2009) em que os resultados indicavam que os profissionais de saúde consideravam, na sua maioria, que fazia parte do seu papel discutir saúde sexual, no entanto apenas 30% relataram que discutiam rotineiramente a saúde sexual e cerca de 2/3 dos entrevistados sentiram que precisavam de acesso a mais treino e informações sobre saúde sexual. O mesmo concluíram Quinn et al., (2013), realçando a importância da formação profissional contínua, após a implementação de uma sessão de educação específica sobre saúde sexual em que, após o término da formação os enfermeiros aumentaram o diálogo sobre saúde sexual.

Também Detomini, Rasera e Peres (2016) referem a necessidade de apostar na qualificação dos profissionais de saúde, garantindo e promovendo os direitos dos clientes com problemáticas mentais, em viver plenamente a sua sexualidade.

Relativamente à distribuição da amostra segundo a escala sobre a Sexualidade na Saúde Mental, verifica-se que a amostra apresenta resultados que indicam uma perspectiva da expressão da sexualidade nas pessoas com deficiência intelectual, de uma forma geral, num *score* médio entre a expressão mais liberal e a expressão mais conservadora

(63,74%). Os resultados indicam uma amostra ciente da necessidade de melhorar a sua formação contínua quer nos aspetos gerais sobre a sexualidade quer nos aspetos que se relacionam diretamente com a sexualidade na deficiência intelectual.

Os resultados são opostos aos do estudo de Barbosa, Souza e Freitas (2015) que concluíram no seu estudo que entre os profissionais, as representações foram de negação da sexualidade, entendendo-a como “fora do normal” e que deve ser reprimida e ainda que os profissionais não estão preparados para assistência integral, sugerindo que deverá ser implementada formação permanente nos serviços e inclusão do tema na formação básica nas carreiras da área da saúde, de forma interdisciplinar.

H1a: A perspetiva dos colaboradores acerca da Sexualidade na Saúde Mental, em utentes institucionalizados nas diferentes Instituições de Saúde Mental do Distrito de Bragança é diferente segundo a idade:  $p=0,612$  – **validada hipótese nula.**

H1b: A perspetiva dos colaboradores acerca da Sexualidade na Saúde Mental, em utentes institucionalizados nas diferentes Instituições de Saúde Mental do Distrito de Bragança é diferente segundo o sexo:  $p=0,262$  – **validada hipótese nula.**

H1c: A perspetiva dos colaboradores acerca da Sexualidade na Saúde Mental, em utentes institucionalizados nas diferentes Instituições de Saúde Mental do Distrito de Bragança é diferente segundo o estado civil:  $p=0,453$  – **validada hipótese nula.**

H1d: A perspetiva dos colaboradores acerca da Sexualidade na Saúde Mental, em utentes institucionalizados nas diferentes Instituições de Saúde Mental do Distrito de Bragança é diferente segundo as habilitações literárias:  $p=0,092$  – **validada hipótese nula.**

Os resultados obtidos são similares aos de Detomini, Rasera e Peres (2016) que apresentam uma revisão integrativa sobre a sexualidade e a saúde mental cujas conclusões

indicam que a maior parte das referências aponta estigmas, preconceitos e negligência de instituições e profissionais de saúde em relação à sexualidade dos clientes de saúde mental, nomeadamente a não preparação qualificada dos profissionais sobre a sexualidade e a saúde mental. Realçam ainda os autores que a maioria das referências analisadas indicam a necessidade de apostar na qualificação dos seus profissionais de saúde, garantindo e promovendo os direitos dos clientes com problemáticas mentais, em viver plenamente a sua sexualidade.

H1e: A perspetiva dos colaboradores acerca da Sexualidade na Saúde Mental, em utentes institucionalizados nas diferentes Instituições de Saúde Mental do Distrito de Bragança é diferente segundo a Instituição onde exerce funções: **p=0,002 – validada a H1e.**

H1f: A perspetiva dos colaboradores acerca da Sexualidade na Saúde Mental, em utentes institucionalizados nas diferentes Instituições de Saúde Mental do Distrito de Bragança é diferente segundo a questão “Há quanto tempo exerce funções na área da Saúde Mental?": **p=0,015 – validada a H1f.**

H1g: A perspetiva dos colaboradores acerca da Sexualidade na Saúde Mental, em utentes institucionalizados nas Instituições de Saúde Mental do Distrito de Bragança é diferente quando comparada com a questão “Já teve formação em Educação Sexual?": **p=0,057 – validada a H1g.**

Os resultados obtidos são similares aos de Hughes e Gray (2009) que no seu estudo concluíram que 2/3 dos entrevistados sentiram que precisavam de acesso a mais treino e informações sobre saúde sexual e os tópicos sugeridos incluíam atitudes desafiadoras em relação à saúde sexual, estratégias de comunicação para maior segurança no diálogo sobre saúde sexual, bem como mais informações sobre infeções como hepatite B e C, questões e dilemas éticos.

Quinn, Happell e Browne (2011) e Quinn, Happell e Welch (2013) apresentam resultados similares nos seus estudos que indicaram por um lado as dificuldades dos profissionais de saúde em iniciar diálogo sobre saúde sexual e por outro lado, a aplicabilidade e mais-valia que sessões de educação específica sobre saúde sexual pode ter impacto no comportamento dos enfermeiros, concluindo que após a sessão, aumentaram o diálogo sobre saúde sexual.

H2: A perspetiva dos colaboradores acerca da Sexualidade na Saúde Mental, em utentes institucionalizados nas Instituições de Saúde Mental do Distrito de Bragança é diferente quando comparada com a Importância da Educação Sexual na Saúde Mental: **p=0,053 – validada a H2.**

Os resultados obtidos na validação das hipóteses indicam uma amostra com conhecimentos acerca da sexualidade e saúde mental, identificando a importância da formação nesta temática e reconhecendo a necessidade de adquirir mais conhecimentos que promovam cuidados de qualidade, apresentando-se como opostos aos de Ziliotto e Marcolan (2014) que concluíram no seu estudo que a disciplina e vigilância são utilizadas como formas de controlo de sexualidade manifestada em ambiente hospitalar. Concluíram ainda que os profissionais de enfermagem perceberam a sexualidade do portador de PDI de acordo com os seus próprios valores, tabus e preconceitos, denotando a falta de preparação dos profissionais frente à sexualidade do sujeito a ser cuidado.

Na mesma linha de raciocínio, Barbosa, Souza e Freitas (2015) concluíram que entre os profissionais, as representações foram de negação da sexualidade, entendendo-a como “fora do normal” e que deve ser reprimida, denotando falta de preparação para assistência integral, o que requer capacitação permanente nos serviços e inclusão do tema na formação básica nas carreiras da área da saúde, de forma interdisciplinar.

Em 2016, Wainberg, Cournos, Wall, Pala, Mann, Pinto, Pinho, e McKinnon realizaram um estudo sobre os estigmas associados à sexualidade e saúde mental e apresentam como conclusões que os clientes identificaram experiências estigmatizadoras relacionadas com a sexualidade e a saúde mental, embora na sua maioria se sintam apoiados pela família e profissionais de saúde.

Maidana Júnior, Viana, Siniak e Lipinski (2018) no seu estudo sobre sexualidade de pessoas com PDI, concluíram que as equipas de saúde apresentam dificuldades em lidar com as questões relacionadas com a sexualidade de pessoas com PDI e acrescentam ainda que o estudo permitiu identificar a presença de preconceitos, tabus e a negação da existência da sexualidade não patológica nestas pessoas. Como orientação final, os autores consideram imprescindível a sensibilização dos profissionais, para que as pessoas com transtornos mentais assumam o protagonismo da própria vida e vivam a sua sexualidade.

## Parte IV - Conclusões

Pretende-se com as conclusões, limitações e sugestões, encerrar a presente investigação, destacando sucintamente os resultados mais relevantes aliados à reflexão crítica, reconhecendo também eventuais diretrizes que podem contribuir para outra futura fase académica.

Considerando a questão de partida definida concluiu-se que a amostra apresenta uma perspetiva liberal sobre a Sexualidade na Saúde Mental em utentes institucionalizados nas Instituições de Saúde Mental do Distrito de Bragança, no entanto, a maioria dos colaboradores ainda apresenta uma perspetiva média - entre o liberal e o conservador - relativamente à temática.

Na concretização dos objetivos concluiu-se que a amostra considera importante a Educação Sexual e que teve formação nesta área, no entanto consideram a sua formação nesta área específica apenas como suficiente, realçando que na instituição onde exercem funções não há grande resposta formativa sobre Educação Sexual.

Da mesma forma, os resultados permitiram concluir que a amostra é questionada poucas vezes sobre sexualidade, para além dos utentes institucionalizados masculinos.

Concluiu-se, ainda que a amostra apresenta resultados indicadores de um nível alto de valorização da formação profissional sobre a sexualidade, particularmente nos itens “Abuso sexual”, “Contraceção”, “Infeções transmitidas sexualmente” e “Comportamentos sexuais de risco”.

Os resultados indicam uma amostra ciente da necessidade de melhorar a sua formação contínua quer nos aspetos gerais sobre a sexualidade quer nos aspetos que se relacionam diretamente com a sexualidade na deficiência intelectual.

No que diz respeito à validação das hipóteses, concluiu-se que foram validadas as hipóteses acessórias da hipótese 1, apresentando diferenças estatísticas significativas entre a perspectiva dos colaboradores acerca da Sexualidade na Saúde Mental, em utentes institucionalizados nas diferentes Instituições de Saúde Mental do Distrito de Bragança e a Instituição onde exerce funções; segundo a questão “Há quanto tempo exerce funções na área da Saúde Mental? e quando comparada com a questão “Já teve formação em Educação Sexual?”.

Da mesma forma foi validada a hipótese 2, apresentando diferenças estatísticas significativas entre a perspectiva dos colaboradores acerca da Sexualidade na Saúde Mental, em utentes institucionalizados nas Instituições de Saúde Mental do Distrito de Bragança e a Importância da Educação Sexual na Saúde Mental.

Os resultados apresentados são opostos aos de alguns dos autores identificados no estado da arte, realçando o reconhecimento pela amostra da necessidade de mais formação no âmbito da sexualidade e saúde mental, apresentando-se, na mesma medida, com uma perspectiva liberal sobre a sexualidade e a saúde mental, mas identificando as lacunas sentidas no dia-a-dia da prática profissional.

Salienta-se que a amostra exerce funções no distrito de Bragança em instituições públicas e privadas, mas apresenta resultados que indicam uma necessidade global de formação contínua e adequada à temática particularmente no que diz respeito ao diálogo e comunicação com os utentes sobre os seus direitos em vivenciar e experienciar a sua sexualidade.

## **Limitações**

No decorrer da investigação, as limitações evidenciadas prenderam-se, obviamente, com as restrições associadas à pandemia por COVID-19, que alongou no tempo a sua concretização, particularmente nos procedimentos de entrega e recolha do instrumento de recolha de dados.

Foram ainda sentidas dificuldades em conciliar os aspetos pessoais, familiares e profissionais com a concretização temporal da investigação.

Da mesma forma o tamanho da amostra não permite a extrapolação dos resultados para a população geral.

## Sugestões

Alterar o tipo de estudo para um estudo comparativo, alterando a amostra, no sentido de comparar os resultados obtidos com outras instituições de saúde e serviços, permitindo a identificação de boas práticas sobre a temática, adequando o instrumento de recolha de dados ao tipo de estudo, redefinindo variáveis, com o objetivo de comparar resultados.

Implementar o Projeto de Intervenção Comunitária, durante o ano de 2023, no sentido de melhorar a formação profissional no âmbito da sexualidade na saúde mental, dos colaboradores das Instituições de Saúde Mental do Distrito de Bragança e envolver a comunidade em sessões de Educação para a Saúde Mental e Sexualidade (anexo 5).

De realçar que as conclusões do presente estudo serão colocadas à disposição das instituições.

## Referências Bibliográficas

- Barbosa, B. (2017). *Dos Asilos aos Centros de Saúde Mental: o Caso do Porto*. Dissertação realizada no âmbito do Mestrado em História Contemporânea, da Faculdade de Letras da Universidade do Porto.
- Barbosa, J. A. G.; Souza, M. C. M. R. & Freitas, M. I. F. (2015). A abordagem da sexualidade como aspecto essencial da atenção integral de pessoas com transtornos mentais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(7), 2165-2172.
- Barroso, A. M. (2018). *Sexualidade num Portugal Multicultural – Estudo transcultural entre portugueses e imigrantes*. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Sexologia - Especialização Sexualidade Humana, da Escola de Psicologia e Ciências da Vida da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa.
- Carrol, L. (2010). *Alice no país das maravilhas*. Lisboa: Ed. Nelson de Matos.
- Carvalho, C. P. de; Pinheiro, M. do R. M.; Gouveia, J. P. & Vilar, D. R. (2017). Conhecimentos sobre sexualidade: Construção e validação de um instrumento de avaliação para adolescentes em contexto escolar. *Revista Portuguesa de Educação*, 30(2), pp. 249-274 doi:10.21814/rpe.9032.
- Comissão das Comunidades Europeias (CCE) (2005). Livro verde: melhorar a saúde mental da população. Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia. Bruxelas.
- Conselho Nacional de Saúde (2019). Sem mais tempo a perder – Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década. Lisboa: CNS.

Detomini, V.C.; Raser, E. F. & Peres, R. S. (2016). Sexualidade e saúde mental: vivências, serviços e estigmas. SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo. *Revista da SPAGESP*, 17(2), 81-95.

Despacho n.º 6401/2016 de 16 de maio – DGS cria o Programa de Saúde Prioritário na área Saúde Mental, que integra a Plataforma para a Saúde Mental.

Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional para a Saúde Mental. Portugal. Saúde Mental em Números*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Félix, I. (2001). Contributos para o estudo das atitudes dos profissionais face à sexualidade das pessoas portadoras de deficiência mental. Alcoitão: Escola Superior de Saúde de Alcoitão, Monografia de Licenciatura.

Freire, I. M. (2019). Cidadania da sexualidade na imprensa portuguesa do pós-Revolução dos Cravos. *Perspectiva*, Florianópolis, v. 37, n. 1, p. 140-159.

Giami, A. (2015). Les thérapies de la libération sexuelle en France: entre politique et psychologie. In: Giami, A.; Hekma, G. (org.). *Révolutions sexuelles*. Paris: La Musardine, p. 161-196.

Le Gallez, I.; Rix, K. J. B.; Choong, K. A. & Dewson, H. (2018). Sexual rights, mental disorder and intellectual disability: principles and law. *BJPsych Advances*, 24 (5). pp. 334-345. ISSN 20564678.

Lei 60/2009 de 6 de Agosto - Estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar.

Havelock, E. (1927) *Studies in the Psychology of Sex*. Gutenberg, 6 volumes of the 3<sup>o</sup> edition.

- Hughes, E. & Gray, R. (2009). HIV prevention for people with serious mental illness: a survey of mental health workers' attitudes, knowledge and practice. *Journal of Clinical Nursing*, 18(4).
- Krafft-Ebing, R. (1894). *Psychopathia Sexualis with Especial Reference to Contrary Sexual Instinct: A Medico-Legal Study*. Traduzido por Charles Gilbert Chaddock, FA Davis Company (tradução da 7ª edição alemã).
- Lucas, D. & Fox, J. (2018). *The psychology of human sexuality*. In R. Biswas-Diener & E. Diener (Eds), *Noba textbook series: Psychology*. Champaign, IL: DEF publishers. Disponível no URL: <http://nobaproject.com/textbooks/introduction-to-psychology-the-full-nobacollection/modules/the-psychology-of-human-sexuality>
- Lucas, D. R., Hanich, Z., Gurian, A., Lee, S., & Sanchez, A. (2017). Measuring Sex, Gender, and Orientation on a True Continuum. Apresentação na Reunião Annual da Associação de Psicologia do Sudoeste, San Antonio, Texas.
- McCann, E. (2010). The sexual and relationship needs of people who experience psychosis: quantitative findings of a UK study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(4), pp.295-303
- Maidana Júnior, J.N.; Viana, D.R.; Siniak, D.S.; Lipinski, J.M. (2018). Sexualidade e saúde mental: uma revisão integrativa. *J Nurse Health*, 8(3):e188304.
- Monteiro, A. (2013). *Do Asilo aos Cuidados Comunitários: Evolução da Enfermagem Psiquiátrica Em Portugal. Modelos do cuidar em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria/Contributos da reflexão sociológica*. Comunicação apresentada nas IV Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental, Sociedade

de História Interdisciplinar da Saúde - SHIS Coimbra, Maio. Disponível no URL:  
[http://www.uc.pt/iii/ceis20/PDFs/Programa\\_IV\\_JIHPSM](http://www.uc.pt/iii/ceis20/PDFs/Programa_IV_JIHPSM).

Nakkeeran, N. & Nakkeeran, B. (2018). Disability, mental health, sexual orientation and gender identity: understanding health inequity through experience and difference. *Health Research Policy and Systems*, 16(Suppl 1):97. Disponível no URL:  
<https://doi.org/10.1186/s12961-018-0366-1>.

Oliveira, E. A. S. de (2016). O conceito de dispositivo de sexualidade na obra foucaultiana A vontade de saber. *Kalagatos - Revista de Filosofia*. Fortaleza, CE, v. 12 n. 24, p. 89-108.

Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO) (2001). The World Health Report 2001. *Mental Health: New Understanding, New Hope*.

Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO) (2010). Measuring sexual health: Conceptual and practical considerations and related indicators. Obtido de [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/who\\_rhr\\_10.12/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/who_rhr_10.12/en/).

Palha, F. & Costa, N. (2015). *Trajétoias pelos cuidados de saúde mental. Parte I – O processo de “desinstitucionalização” psiquiátrica em Portugal: da análise objetiva dos factos às perceções de utentes, familiares/ cuidadores e técnicos*. Porto: Encontrar+Se.

Palha, J. & Palha, F. (2016). Perspetiva sobre a Saúde Mental em Portugal. *Gazeta Médica*, n.º 2, vol. 3.

Pais Ribeiro, J. (2010). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Placebo, Editora, Lda.

Portaria n.º 196-A/2010, de 09 de Abril - Orientações Curriculares Respeitantes aos Conteúdos da Educação Sexual.

Quinn, C., Happell, B. and Browne, G. (2011). Talking or avoiding? Mental Health nurses' views about discussing sexual health with consumers. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20(1), pp.21-28.

Quinn, C., Happell, B. and Welch, A. (2013). The 5-As Framework for Including Sexual Concerns in Mental Health Nursing Practice. *Issues in Mental Health Nursing*, 34(1), pp.17-24.

Senem, C. J. & Caramaschi, S. (2017). Concepção de Sexo e Sexualidade no Ocidente: Origem, História e Atualidade. *Barbarói*, Santa Cruz do Sul, n.49, p. 166-189, jan./jun.

Stoffelen, J. J. M. T. (2018). Sexuality and intellectual disability. *Datawyse/ Universitaire Pers Maastricht*.

Vaz Freixo, M. J. V. (2009). Metodologia Científica, Fundamentos, Métodos e Técnicas. Instituto Piaget: Lisboa.

Veltman J.A., & Brunner H.G. (2012). The new mutations in human genetic disease. *Nature Reviews Genetics*, 13, 8, 565-75.

Wainberg, M. L.; Cournos, F.; Wall, M. M.; Pala, A. N.; Mann, C. G.; Pinto, D.; Pinho, V. & McKinnon, K. (2016). Mental Illness Sexual Stigma: Implications for Health and Recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, June ; 39(2): 90–96.

Ziliotto, G. C. & Marcolan, J. F. (2014). Representações sociais da enfermagem: a sexualidade de portadores de transtornos mentais. *Rev Min Enferm.* out/dez; 18(4): 966-972.

## **ANEXOS**

### **ANEXO 1 – Pedido de Autorização para Aplicação do Instrumento de Recolha de Dados**

Exmos. Srs. Diretores das Instituições  
de Saúde Mental do Distrito de Bragança

Maria José Pires, na qualidade de aluna do Mestrado em Enfermagem Comunitária, lecionado pela Escola Superior de Saúde, no Instituto Politécnico de Bragança, cujo tema do Projeto de Investigação se prende com os “Conhecimentos dos Colaboradores sobre a Sexualidade na Saúde Mental em Utentes Institucionalizados nas Instituições de Saúde Mental do Distrito de Bragança”, dirige-se a V.<sup>a</sup> Ex.<sup>a</sup> com o propósito de solicitar permissão para proceder à realização de um estudo na instituição que V.<sup>a</sup> Ex.<sup>a</sup> dirige, com os seguintes objetivos:

- Reconhecer o nível de conhecimentos dos colaboradores acerca da Sexualidade na Saúde Mental, das Instituições de Saúde Mental do Distrito de Bragança.

- Referir as diferenças no nível de conhecimentos dos colaboradores acerca da Sexualidade na Saúde Mental, nas diferentes Instituições de Saúde Mental do Distrito de Bragança.

- Identificar a associação entre as variáveis sociodemográficas e o nível de conhecimentos dos colaboradores acerca da Sexualidade na Saúde Mental, nas diferentes Instituições de Saúde Mental do Distrito de Bragança.

Será realizado um estudo observacional, descritivo, analítico e comparativo, com uma metodologia de carácter quantitativo, anónimo, não existindo qualquer tipo de identificação ou de ligação entre o respondente e os dados recolhidos, salvaguardando as questões éticas e deontológicas inerentes à profissão de Enfermagem.

Agradecendo, desde já, toda a atenção que puder ser dispensada à solicitação, colocando-se os resultados e conclusões constantes do trabalho de investigação, que se propõe realizar, à disposição da instituição.

Com os melhores cumprimentos,

Bragança, dezembro de 2019

---

(Maria José Pires)

## ANEXO 2 – Parecer da Comissão de Ética



### Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Bragança

#### PARECER N.º 10/2020

Sobre o processo: Título do assunto: Estudo sobre “A Sexualidade em Saúde Mental: a perspetiva dos colaboradores de utentes institucionalizados no distrito de Bragança”.

Número: RI001-2020/01012

A - Questões com eventuais implicações éticas.

B – Conclusões

1 Face ao exposto a Comissão de Ética do IPB decide emitir Parecer:

- Deferido  
 Indeferido  
 Condicional

Aprovado em reunião do dia 17/04/2020, por unanimidade.

A Presidente da Comissão de Ética do IPB

Teresa E. G. Correia

**ANEXO 3 – Instrumento de Recolha de Dados**

**Mestrado em Enfermagem Comunitária**

**Saúde Mental em Utentes Institucionalizados: Conhecimentos dos  
Colaboradores sobre Sexualidade.**

**Maria José Pires**

Este questionário destina-se a uma investigação no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.

Os questionários são anónimos, garantindo-se a sua total confidencialidade.

A sua colaboração é fundamental, pelo que agradecemos antecipadamente o seu contributo para melhor entendimento desta temática.

Nas afirmações onde existir quadrícula, deve assinalar com uma cruz (X) e nas questões em que houver um traço (\_\_\_\_), deve responder o mais legível possível, sem que restem dúvidas.

No final, por favor, certifique-se que respondeu a todas as questões.

# QUESTIONÁRIO

## Parte I – Caracterização Sociodemográfica

1 - **Idade:** \_\_\_\_\_ anos

2 - **Sexo:** M  F

3 - **Naturalidade:** \_\_\_\_\_

4 - **Residência:** \_\_\_\_\_ Rural  Urbana

5 - **Estado civil:**

Solteiro  Separado/Divorciado

Casado  Viúvo

União de Facto

6 - **Habilitações Literárias:**

Nível Secundário

1º Ciclo do Ensino Básico  Licenciatura

2º Ciclo do Ensino Básico  Mestrado

3º Ciclo do Ensino Básico  Doutoramento

7 - **Profissão:** \_\_\_\_\_

8 - **Instituição onde exerce funções:** \_\_\_\_\_

9 - **Localização da Instituição:** \_\_\_\_\_

10 - **Há quanto tempo trabalha na Instituição:** \_\_\_\_\_ Anos

11 - **Há quanto tempo exerce funções na área da Saúde Mental:** \_\_\_\_\_ Anos

## Parte II – Formação profissional sobre Educação Sexual e Sexualidade

1. Considera importante a Educação Sexual: Sim  Não

2 - Já teve formação em Educação Sexual: Sim  Não

2.1 - Se respondeu que sim, que tipo de Formação teve no âmbito da Educação Sexual:

- Curso
- Ações de Formação
- Palestras/Colóquios
- Outra  Qual? \_\_\_\_\_

3. Como classifica a sua formação em Educação Sexual?

- Muito Boa
- Boa
- Suficiente
- Insuficiente

4 - Na sua perspetiva o que considera mais importante abordar neste tipo de formação, tendo em conta as suas maiores dificuldades (assinale com uma cruz a opção que considera ser mais pertinente, de acordo com as dificuldades que sente sobre a temática):

	Nenhuma dificuldade (1)	Alguma dificuldade (2)	Dificuldade (3)	Muita dificuldade (4)	Bastante dificuldade (5)
Aborto					
Abuso sexual					
Amor					
Comportamento sexual masculino					
Comportamento sexual feminino					
Contraceção					
Comportamentos sexuais aceitáveis					
Orientação sexual (Homossexualidade/bissexualidade/heterossexualidade)					
Ejaculação					
Ciclo menstrual					
Infeções transmitidas sexualmente					
Transformações na adolescência					
Conceção e gravidez					
Relações Sexuais					
Comportamentos sexuais de risco					
Masturbação					
A primeira relação sexual					
Decisões responsáveis					
Contraceção de emergência					
Consultas para jovens					
Abstinência					
Pornografia					
Explicação de momentos e locais apropriados para a privacidade sexual					

**5. Está implementado algum programa de Educação Sexual na Instituição onde trabalha:**

Sim  Não

**5.1 - Se sim com que periodicidade:**

Mais de uma vez por semana

Semanalmente

Mensalmente

Trimestral

Semestral

Anual

**6. Os utentes desta instituição costumam questioná-lo(a) acerca da sexualidade:**

Muitas vezes

Algumas vezes

Poucas vezes

Nunca

**6.1. Se sim, existem mais questões dos utentes do sexo:**

Masculino

Feminino

### Parte III – Sexualidade na Saúde Mental

Assinale com uma cruz (X) a sua opinião em relação a cada uma das seguintes frases, considerando a seguinte escala de avaliação: 1 - Discordo Totalmente; 2 - Discordo; 3 - Nem concordo nem discordo; 4 - Concordo; 5 - Concordo Totalmente.

	Discordo Totalmente (1)	Discordo (2)	Nem concordo nem discordo (3)	Concordo (4)	Concordo Totalmente (5)
1. Reconhece e aceita a sexualidade como uma dimensão importante da vida de todo o ser humano					
2. As pessoas com deficiência intelectual necessitam de ter momentos para se encontrarem em privado com pessoas do sexo oposto					
3. As pessoas com deficiência intelectual têm o direito de fazer escolhas próprias quanto à sua vida sexual					
4. As pessoas com deficiência intelectual que não têm capacidade para viver sozinhas não se deveriam casar					
5. Deveriam existir lares residenciais para pessoas portadoras de deficiência intelectual casadas					
6. A maioria das pessoas com deficiência intelectual que eu conheço não têm capacidade para tomar decisões sobre questões de natureza sexual					
7. Aceitaria a ideia de uma pessoa com deficiência intelectual vir a casar					
8. Aceitaria a ideia de uma pessoa com deficiência intelectual vir a ter filhos					
9. Uma pessoa com deficiência intelectual é capaz de tomar decisões sobre a sua própria vida					
10. Uma pessoa com deficiência intelectual é capaz de se responsabilizar pelos seus próprios atos					
11. As pessoas com deficiência intelectual têm, em geral, desejos sexuais superiores ao habitual					
12. A maioria das pessoas com deficiência intelectual procurarão sempre alguma forma de obter prazer sexual					
13. As pessoas com deficiência intelectual têm um desenvolvimento sexual menos intenso do que as outras pessoas					
14. As pessoas com deficiência intelectual têm o direito de ter relações sexuais, se assim o desejarem					
15. Considero que as pessoas com deficiência intelectual são mais infantis (imaturos) do que outras da sua idade, sob o ponto de vista das relações afetivas e sexuais.					
16. As pessoas com deficiência intelectual não são capazes de controlar os seus impulsos sexuais					
17. A masturbação é um comportamento saudável					
18. Os profissionais deveriam impedir os utentes de se masturbarem					
19. Quando encontradas pessoas com deficiência intelectual a ter relações sexuais devem ser mantidas separadas					
20. Qualquer pessoa, portadora ou não de deficiência intelectual, tem o direito de ter filhos					
21. Deveriam ser permitidos comportamentos homossexuais entre pessoas portadoras de deficiência intelectual					
22. Desde que não se magoe o outro, as pessoas com deficiência intelectual têm o direito de viver a sua vida afetiva e sexual como desejarem					

	Discordo Totalmente (1)	Discordo (2)	Nem concordo nem discordo (3)	Concordo (4)	Concordo Totalmente (5)
23. Nas instituições, os profissionais deveriam impedir os comportamentos homossexuais					
24. Conhece as diferentes funções que pode ter a sexualidade: afeto, comunicação, prazer e reprodução					
25. Necessita de encontrar formas de debater as questões da sexualidade com pessoas com deficiência intelectual					
26. É difícil falar acerca de afetividade e sexualidade com pessoas portadoras de deficiência intelectual					
27. Deveria existir um controlo mais eficaz do conteúdo dos filmes, revistas e livros					
28. As pessoas com deficiência intelectual deveriam ter acesso a métodos contraceptivos quando desejassem					
29. Os métodos contraceptivos deveriam ser explicados às pessoas com deficiência intelectual antes de serem sexualmente ativos					
30. Necessito de adquirir ou melhorar a informação que tenho sobre os diferentes aspetos da sexualidade					
31. Necessito adquirir ou melhorar a informação que tenho sobre a sexualidade das pessoas com deficiência intelectual					
32. Considero importante que as pessoas com deficiência intelectual tenham informação no âmbito da educação sexual					
33. Estou à vontade para responder a perguntas sobre a maior parte dos comportamentos sexuais					
34. Sinto que estou bem informado/a sobre os factos e comportamentos de natureza sexual					
35. O fato das pessoas com deficiência intelectual manifestarem interesse pelas questões relacionadas com a sexualidade pode torna-los mais facilmente vítimas de abuso sexuais					
36. As pessoas com deficiência intelectual são mais frequentemente vítimas de abuso sexual do que outras não deficientes					
37. As pessoas com deficiência intelectual, têm capacidade para distinguir as boas e más intenções dos outros					
38. Uma pessoa com deficiência intelectual tem capacidade, em caso de necessidade, de agir em auto defesa					
39. O fato de as pessoas com deficiência intelectual terem educação sexual e serem devidamente informados, pode contribuir para prevenir um possível abuso sexual					
40. As instituições deveriam manter os utentes de cada sexo tão separados quanto possível					
41. Ao nível da sexualidade, a pessoa com deficiência intelectual está mais sujeito à pressão social e à opinião dos outros					
42. Considera que a sociedade em geral tem ideias preconceituosas sobre a sexualidade das pessoas com deficiência intelectual					

**Obrigada pela atenção!**

**ANEXO 4 – Relatório de Estágio**

**Mestrado em Enfermagem Comunitária**

**Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados na  
Comunidade de Bragança - Unidade de Saúde Santa Maria**

**Maria José Afonso Pires**

**Orientador: Professor Manuel Brás**

**Bragança, setembro 2019**

## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

ACES	Agrupamento dos Centros de Saúde
ASCJR	Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco
CPCJ	Comissão de proteção de crianças e jovens
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DGS	Direção Geral de Saúde
ECCI	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
ECL	Entidade Coordenadora Local
GASJ	Gabinete de Apoio à Sexualidade Juvenil
IPB	Instituto Politécnico de Bragança
IPJ	Instituto Português da Juventude
OE	Ordem dos Enfermeiros
PASSE	Programa Alimentação Saudável em Saúde Escolar
PNSE	Programa Nacional Saúde Escolar
PRESSE	Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SAM	Sistema de Apoio ao Médico
SAPE	Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem.
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SINUS	Sistema de Informação Nacional dos Cuidados de Saúde Primários
SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
ULSNE	Unidade Local de Saúde do Nordeste
USP	Unidade de Saúde Pública
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana

## Índice

<b>Introdução .....</b>	<b>1</b>
<b>1. Contextualização do local de estágio .....</b>	<b>4</b>
<b>1.1. Área de influência .....</b>	<b>5</b>
<b>1.2. População Inscrita.....</b>	<b>5</b>
<b>1.3. A equipa .....</b>	<b>6</b>
<b>1.4. Serviços da UCC.....</b>	<b>7</b>
<b>1.5. Instalações da UCC.....</b>	<b>9</b>
<b>1.6. Relações Interinstitucionais.....</b>	<b>10</b>
<b>2. Atividades Desenvolvidas em Estágio.....</b>	<b>11</b>
<b>3. Análise Crítica e Considerações Finais .....</b>	<b>14</b>
<b>Referências Bibliográficas .....</b>	<b>16</b>

## Índice de Figuras

Figura 1. Utentes abrangidos por freguesia .....	4
Figura 2. Pirâmide etária dos utentes abrangidos .....	5
Figura 3. Constituição da equipa multidisciplinar da UCC .....	6

## **Introdução**

No âmbito da Unidade Curricular do Estágio I - Trabalho de Projeto, desenvolvido nas Unidades funcionais Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e Unidade de Saúde Pública (USP), foi elaborado o projeto de investigação que, conduziria ao Diagnóstico de situação de saúde sobre a temática “Sexualidade em Saúde Mental, Perspetiva dos Colaboradores de Utentes Institucionalizados no Distrito de Bragança” integrado na Unidade Curricular do Estágio II - Trabalho de Projeto no 2.º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola de Saúde de Bragança, que dá corpo ao Relatório de Estágio para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária.

O presente relatório incide sobre o trabalho desenvolvido ao longo do estágio, as competências alcançadas, refletindo sobre as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária. Foram, portanto, desenvolvidas várias atividades em diversos domínios da Enfermagem Comunitária inseridas no plano de atividades da UCC e USP, parte destas terão continuidade no tempo. O desenvolvimento deste estágio teve subjacente à definição dos objetivos e competências a adquirir, competências estas descritas no guia orientador de estágio.

O estágio decorreu entre Dezembro de 2019 e Setembro de 2020, perfazendo um total de 480 horas, conforme previsto no plano curricular.

A elaboração deste relatório de estágio tem como propósito elaborar e descrever de uma forma objetiva as atividades desenvolvidas no decorrer do estágio; dar resposta a uma exigência curricular e servir de instrumento de avaliação.

Ao longo do estágio é permitida e incentivada a reflexão e aquisição de competências a nível instrumental e interpessoal, levando a um crescimento pessoal e profissional que levará futuramente à melhoria dos cuidados prestados e à identificação de necessidades do indivíduo/ população/comunidade.

O relatório encontra-se estruturado em três partes sendo elas: Primeira parte: introdução e contextualização do local de estágio. Segunda parte: descrição das atividades realizadas em estágio. Terceira parte: análise das competências adquiridas durante o processo formativo, análise crítica do estágio.

A metodologia para a elaboração deste documento baseia-se na análise descritiva, crítica e reflexiva, utilizando como estratégias/recursos a pesquisa bibliográfica para

fundamentação das atividades; a utilização do Guia Orientador de Estágio, o plano de ação da Unidade de Cuidados da Comunidade (UCC), os esclarecimentos/orientações do Professor Orientador visando a orientação científica e a acuidade crítica no decurso do estágio, o recurso permanente à relação comparativa entre as atividades desenvolvidas e os objetivos fixados e as normas de execução de trabalhos escritos.

## 1. Contextualização do local de estágio

O estágio desenvolveu-se essencialmente na Unidade de Cuidados da Comunidade (UCC) *Domus* que é uma Unidade funcional do Centro de Saúde de Bragança, integrado na unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE).

Tem por missão:

- ✓ Contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, tendo com objetivo os ganhos em saúde;
- ✓ Prestar cuidados de saúde e apoio social ao nível domiciliário e comunitário às pessoas grupos e famílias em situações de risco ou dependência física e funcional ou doença, fazer educação para a saúde, pela integração de redes de apoio à família;
- ✓ Participar na formação de grupos profissionais (nas diferentes fases, pré-graduada, pós graduada e continua)
- ✓ Constituir equipas de cuidados continuados integrados

A UCC *Domus* orienta a sua ação de acordo com o plano de ação, o regulamento interno e a carta de qualidade, tendo em consideração o rigoroso cumprimento de atividades de promoção, proteção da saúde, prevenção e controlo da doença. Concomitantemente tem definido um plano de formação e de melhoria contínua, contemplando a articulação com as outras unidades funcionais da ULSNE, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e outras instituições/parcerias comunitárias.

O Centro de Saúde de Bragança é composto por duas unidades:

- A Unidade da Sé, localizada na Rua Engenheiro Amaro da Costa e integra uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e a Unidade de Saúde Pública (USP);
- A Unidade de Santa Maria, localizada na Avenida Cidade de Leon e integra duas UCSP e a UCC.

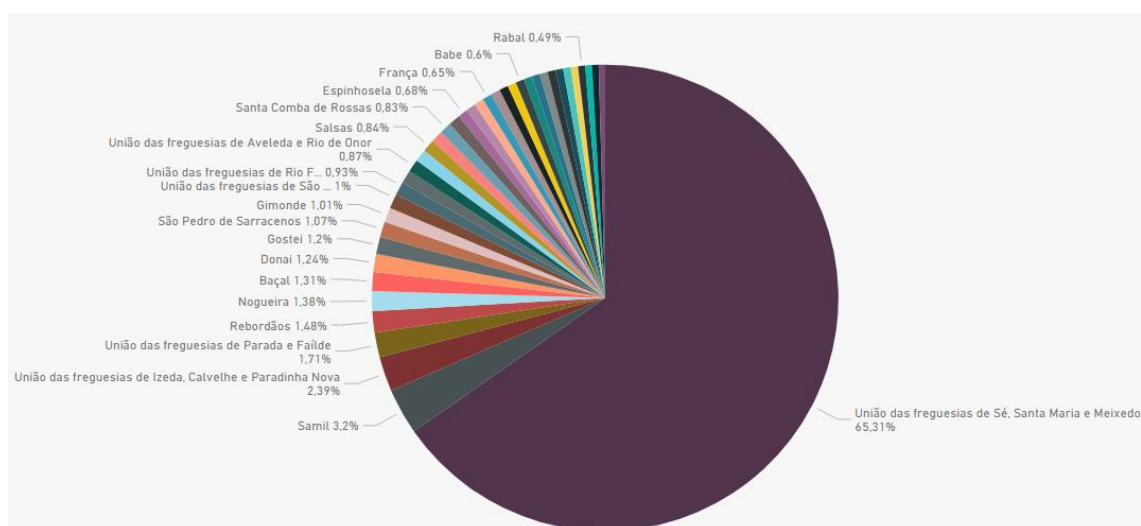
O horário de funcionamento da UCC *Domus* que se encontra na Unidade de Santa Maria é: Dias úteis das 8h às 20h; Fins-de-semana e feriados das 9h às 17h (para a Equipa de

Cuidados Continuados Integrados); após as 20h, apenas em atividades programadas em programas em que a população – alvo e que justifique o horário pós-laboral.

## 1.1 Área de influência

Sendo Bragança um dos maiores concelhos do país, é com grande esforço e dedicação que as equipas da UCC desenvolvem a sua atividade numa tão vasta área que tem uma extensão aproximada de 1.173,57 km<sup>2</sup>, 34.589 habitantes, correspondendo a uma densidade populacional de 29,5 habitantes por km<sup>2</sup>, distribuídos por 39 freguesias, cento e catorze aldeias, uma vila e a cidade.

**Figura 1.** Utentes abrangidos por freguesia



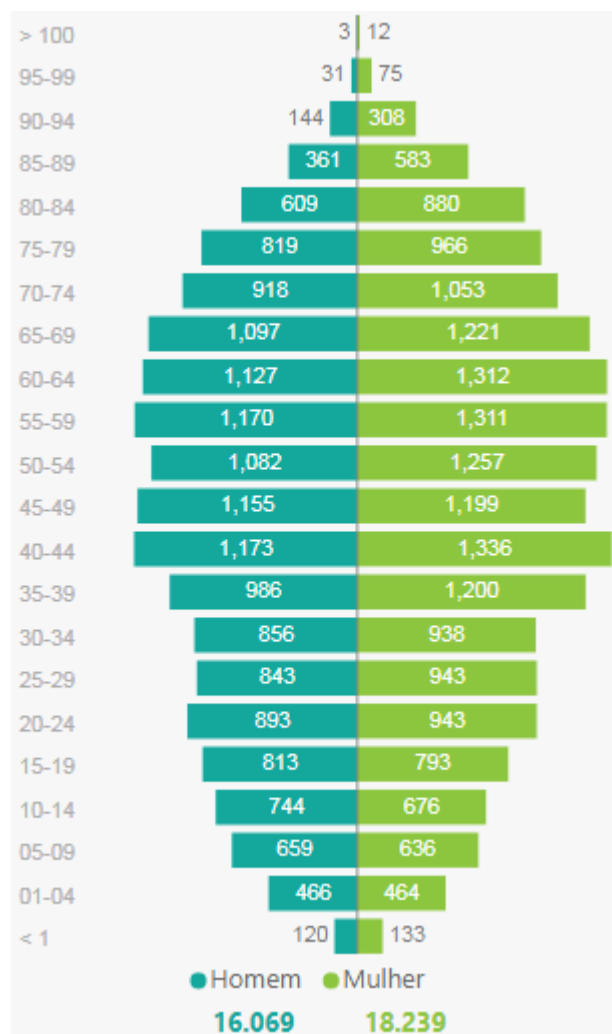
**Fonte:** Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (SNS, 2018)

## 1.2 População Inscrita

O Centro de Saúde de Bragança com as suas duas unidades funcionais conta com um total de 34308 utentes inscritos tendo estes uma distribuição de 12530 utentes inscritos na unidade de saúde da Sé e 21327 na unidade de saúde de Santa Maria.

A população inscrita nestas unidades é uma população envelhecida e com necessidades próprias do seu grupo etário que têm merecido toda a atenção por parte das equipas das unidades de saúde.

**Figura 2.** Pirâmide etária dos utentes abrangidos



**Fonte:** Bilhete de identidade dos cuidados de saúde primários (SNS, 2018)

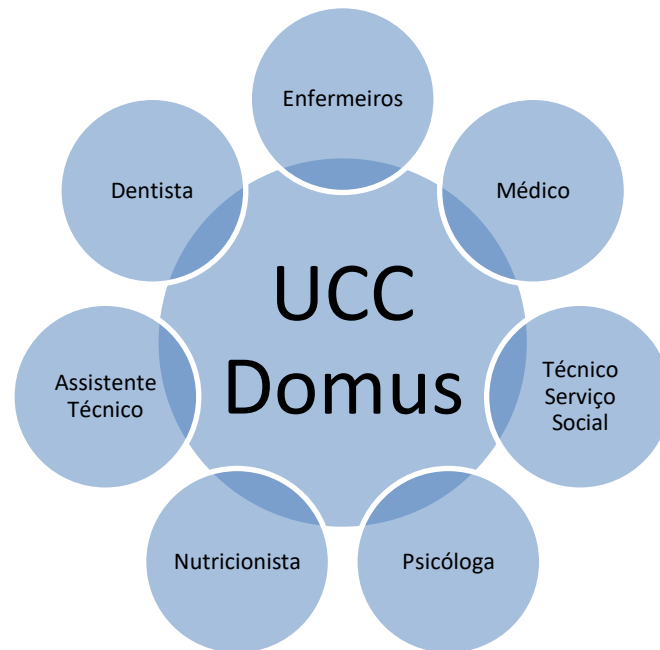
### 1.3 A equipa

Constituída por uma equipa multiprofissional possui como área geodemográfica de atuação o concelho de Bragança, desenvolve as atividades de acordo com o seu Plano de Ação, em articulação com as restantes Unidades Funcionais e colaboração das diferentes entidades da comunidade.

As crescentes exigências ao nível da saúde levam à necessidade de os vários profissionais de saúde se especializarem em diversas áreas. Este processo tem contribuído para

aprofundar o conhecimento e as intervenções do saber específico nas diversas áreas tendo como grande propósito a eficiência e eficácia na qualidade dos cuidados prestados.

As equipas multidisciplinares possuem uma relação entre os diversos profissionais que têm como centro das suas inquietações o doente., tendo assim uma atitude humanizada e uma abordagem mais ampla e resolutive do cuidado.



**Figura 3.** Constituição da equipa multidisciplinar da UCC

#### **1.4 Serviços da UCC**

As atividades desenvolvidas pela UCC passam pelo diagnóstico de saúde da comunidade assim como todas as estratégias de intervenção definidas pelo Plano Nacional de Saúde. Essas ações integram-se no plano de ação do Agrupamento dos Centros de Saúde (ACES) com a colaboração de todas as unidades funcionais do centro de saúde contando sempre com as orientações técnicas do conselho clínico.

A UCC Domus abrange atualmente os seguintes serviços:

- Como parte do **Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE)** :
  - Gabinete de apoio ao aluno
  - Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar (PASSE)
  - Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar (PRESSE)

- Saúde Oral
- Saúde Mental
- Crescer em Segurança: Prevenção de acidentes
- Gabinete de Apoio à Sexualidade Juvenil (GASJ)
- Como parte do **Programa Nacional de Saúde Reprodutiva:**
  - “**Nascer Saudável**”
  - “**Amamentar dá saúde**”
  - “**Laços de Ternura**”
- **Atendendo a “Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco” (ASCJR)**
  - Núcleo de apoio a crianças e jovens em risco /
  - Comissão de proteção de crianças e jovens (CPCJ)
  - **Sistema Nacional de Intervenção precoce**
- **Como parte do Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas:**
  - **Envelhecer Ativo**
  - **Entardecer no concelho de Bragança**
  - **AVC: Reabilitar e Readaptar**
  - **Respire Qualidade de Vida**
- Núcleo Local de Inserção / Rendimento Social de Inserção
- **Rede social**
- **Equipa de cuidados continuados integrados (ECCI)**
- Operacionalização de projetos comunitários em parceria com a rede social direcionados à terceira idade (Envelhecer Saudável e Cuidando o Cuidador);

### **Outras Valências**

- Radiologia;
- Psicologia;
- Medicina Dentária;
- Podologia;
- Nutrição;
- Serviço Social;

- CDP;
- Tabagismo.

## 1.5 Instalações da UCC

A localização da UCC Domus é na Unidade de Santa Maria no rés-do-chão.

Esta comporta:

- 1 hall que representa a sala de espera
- 2 salas de preparação para o parto (distribuídas pela unidade de Santa Maria e Sé)
- 4 gabinetes de enfermagem
- 1 sala /armazém de material necessário à prática
- 2 casas de banho

Todos os gabinetes de enfermagem se encontram dotados de computadores (embora insuficientes face ao número de profissionais) de forma a poder responder às exigências a nível de registos de trabalho.

Contam ainda com os programas e sistemas informáticos como o Sistema de Informação Nacional dos Cuidados de Saúde Primários (**SINUS**), que permite fazer a gestão de utentes (dados demográficos, inscrição na unidade de saúde, atribuição de médico e enfermeiro de família, gestão do processo de família); o agendamento de contactos programados e registo de contactos não programados (agendamento de consultas e atos de enfermagem, efetivação, remarcação, gestão de ausências); a cobrança de taxas (cálculo de isenções e dispensas de taxas moderadoras e taxas sanitárias, motor de regras para cálculo da cobrança); assim como a gestão de utilizadores, gestão de profissionais, geração de agendas e ainda possibilita a consulta de estatísticas e listagens.

O **SCLínico** Cuidados de Saúde Primários (CSP) que é mais um sistema de informação evolutivo, desenvolvido pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) criado a partir da utilização e duas outras aplicações usadas na saúde o SAM (Sistema de Apoio ao Médico) e o SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem). Esta tem como objetivo ser uma aplicação que reúne informação do doente e que pode ser consultada em qualquer altura por parte de todos os prestadores de cuidados de saúde.

O SClínico insere-se na estratégia definida pelo Ministério da Saúde para a área de informatização clínica do SNS, que prevê a uniformização dos procedimentos dos registos clínicos, de forma a garantir a normalização da informação.

O acesso à informação clínica variada do utente, a utilização e partilha dos dados com profissionais de saúde de diversas áreas e a sistematização dos mesmos, permitirá homogeneizar as práticas e a informação recolhida a nível nacional, tornando a atuação dos profissionais de saúde mais eficaz e eficiente, fazendo com que desempenhem melhor o seu papel na equipa multidisciplinar, possibilitando, desta forma, um melhor apoio, assistência e acompanhamento ao utente.

### **1.6 Relações Interinstitucionais**

A UCC colabora com entidades externas, públicas e privadas: Camara Municipal, Agrupamentos de Escolas, Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), Instituto Politécnico de Bragança (IPB), Instituto Português da Juventude (IPJ), Cento de Atendimento a Toxicodependentes (CAT), Centro de Aconselhamento e Detecção de Vírus de Imunodeficiência Humana/Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (VIH/SIDA - CAD) e Juntas de Freguesia.

A equipa da UCC desenvolve a sua atividade na comunidade, em articulação/ligação, complementaridade e partilha de cuidados e informação com as equipas de outras unidades funcionais do CS de Bragança (UCSP, USP), e com a ECL, no âmbito da RNCCI e Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos, bem como, em articulação com os parceiros da comunidade, cooperação entre todos os elementos da equipa para a concretização dos objetivos da acessibilidade, da globalidade e da continuidade dos cuidados de saúde.

## **2. Atividades Desenvolvidas em Estágio**

No âmbito da unidade curricular Estágio II/Trabalho de Projeto, foi proposto intervir na comunidade, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, assim como contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades e ainda integrar as intervenções, nos planos de atividades da UCC com base em diagnósticos de saúde.

Aqui é feita a descrição e reflexão acerca das atividades desenvolvidas ao longo do estágio e que contribuíram para a aprendizagem, enriquecimento profissional e pessoal tendo em conta os objetivos preconizados no Guia Orientador de Estágio.

Ao longo do estágio foi possível a intervenção e o desenvolvimento de múltiplas atividades inseridas nos vários programas desenvolvidos pela UCC.

Além das atividades descritas que decorreram no estágio, teve ainda como objetivo principal a elaboração de um diagnóstico de saúde de uma comunidade e o estabelecimento de um projeto de intervenção comunitária, mercê do diagnóstico de situação de saúde. O diagnóstico realizado integrou 581 idosos do distrito de Bragança que atendiam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos e a quem foi aplicado o instrumento de recolha de dados (por entrevista). A aplicação dos questionários por entrevista atendeu a todas as considerações éticas e deontológicas explicando sempre previamente ao participante os objetivos do estudo.

Os objetivos definidos foram:

- Caraterizar o perfil dos idosos não institucionalizados do distrito de Bragança.
- Avaliar e analisar o estado cognitivo dos idosos não institucionalizados do distrito de Bragança.
- Identificar a prevalência de alterações cognitivas dos idosos não institucionalizados do distrito de Bragança.
- Relacionar o estado cognitivo com as variáveis sociodemográficas, avaliação sensorial, hábitos de vida, estado de saúde, e o estado afetivo (depressão) dos idosos não institucionalizados do distrito de Bragança.
- Realizar um plano de intervenção comunitário no âmbito da estimulação cognitiva no distrito de Bragança, intervindo nas potenciais problemáticas identificadas com a presente investigação.

Com a elaboração do diagnóstico de saúde pôde estabelecer-se um projeto de intervenção comunitária com vista à intervenção e resolução dos problemas identificados e ao qual se deu o nome de “Saudável Mente”. O intuito do desenvolvimento deste projeto de intervenção, além de se constituir como uma exigência curricular, é sem dúvida o de poder contribuir de forma sustentada para o desenvolvimento da enfermagem comunitária podendo assim melhorar os cuidados disponíveis prestados à população.

O projeto “Saudável Mente” visa essencialmente intervir ao nível da prevenção do declínio cognitivo nos idosos do distrito de Bragança, intervindo ao nível da estimulação cognitiva, procurando assim ganhos em saúde e a qualidade de vida do idoso. Este projeto abrange intervenções específicas para cada área de intervenção que se pretende trabalhar

nomeadamente nas áreas em que o envelhecimento cognitivo sofre mais alterações, na memória e na atenção, não descuidando a estimulação noutras áreas como a linguagem. O planeamento das atividades que sustentam o projeto de intervenção foi feito com a colaboração de todos os intervenientes assim como com a equipa da UCC.

É ao enfermeiro que cabe a importante missão de identificar e avaliar as necessidades da pessoa agindo posteriormente em conformidade e estabelecendo uma relação empática com a pessoa contribuindo para a aceitação dos cuidados a serem prestados sempre com o intuito de promover a saúde da pessoa/doente/utente.

Face ao exposto e atendendo às competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, nomeadamente na integração e coordenação dos Programas de Saúde no âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde pudemos integrar várias ações de formação para além deste projeto de intervenção:

- Dezembro a Março de 2019-2020 - Realização de avaliação e intervenção familiar.
- Dezembro de 2019 – Realização de ação de formação em contexto escolar sobre “Escovagem dos Dentes”, inserido do programa “Sorri Branquinho” com a colaboração da CMB e entrega de kits de escovagem dos dentes;
- Janeiro de 2020 - Realização de ação de formação em contexto escolar sobre “Hábitos de vida saudáveis”, com o apoio do CRI;
- Março de 2020 – Realização de ação de sensibilização em contexto escolar sobre “Segurança alimentar”.
- Março de 2020- Realização de ação de sensibilização sobre “Lanches Saudáveis”
- Abril de 2020 – Debate aberto a toda a comunidade acerca de “Alimentação saudável e interpretação de rótulos”.
- Maio de 2020 - Realização de ação de sensibilização sobre “Tabagismo” a alunos do 9º ano da Escola Emídio Garcia.

### **3. Análise Crítica e Considerações Finais**

O relatório permiti descrever, analisar, informar e refletir acerca das atividades que foram desenvolvidas durante os períodos de estágio, particularmente no estágio II, realizado na UCC Domus, na Unidade de Santa Maria, Bragança, como capacitar as competências adquiridas ao longo do mesmo.

O presente estágio tem como objetivo principal a consolidação de competências exigidas ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, principalmente no que diz respeito ao diagnóstico do estado de saúde da comunidade, no que diz respeito à capacitação de grupos, coordenação de Programas de Saúde no âmbito comunitário e na cooperação e realização de vigilância epidemiológica.

Os programas de saúde nomeadamente o Programa Nacional Para a Saúde das Pessoas Idosas assim como as propostas feitas pela Direção Geral de Saúde e apresentadas como “Estratégia Nacional Para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025”, (DGS,2017), são fundamentais uma vez que planificam estratégias fundamentais para o envelhecimento ativo e saudável. A deteção precoce de alterações cognitivas e a intervenção nesta área deverá constituir assim uma preocupação dos profissionais de saúde e da comunidade em geral.

Consideramos, ainda, que as atividades realizadas no âmbito deste estágio destacam a necessidade de uma aprendizagem ininterrupta ao longo da vida, que deverá assistir sempre o desenvolvimento de qualquer profissional de saúde e, concretamente o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.

O estágio em questão foi bastante produtivo pois permitiu a aquisição de novos conhecimentos teóricos e práticos bem como o enriquecimento de outros anteriormente adquiridos, relativamente aos cuidados de saúde primários principalmente no que concerne ao respeito pela promoção da saúde e prevenção da doença do indivíduo e comunidade. Foi durante este que se procedeu à aplicação do instrumento de recolha de dados que serviu de base ao estudo. Considera-se que o êxito deste estágio deve-se não só ao esforço e entrega a nível pessoal e individual, mas também com a evidente aceitação e hospitalidade dada pelas equipas, nomeadamente à equipa da UCC pela oportunidade de aceitação e envolvimento, em grande parte dos projetos desenvolvidos durante a permanência no local de estágio.

Devido à inerente complexidade de Enfermagem comunitária, existe uma dificuldade em descrever de forma objetiva e sucinta as atividades/intervenções decorridas no estágio, uma vez que o campo de ação da enfermagem comunitária é dotado de um conjunto de estratégias diversas para colmatar os problemas identificados na comunidade. A jornada até aqui desenvolvida tem como base diversas aprendizagens, que por si só refletem o desenvolvimento das competências específicas de forma a consolidar o desenvolvimento de boas práticas no que diz respeito ao planeamento, investigação e intervenção no âmbito da Enfermagem Comunitária.

Pelo referido previamente considera-se que o presente estágio além de enriquecedor, promoveu a consciencialização e a consolidação de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária principalmente na capacitação de indivíduos, grupos e comunidade; na cooperação e na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico; na integração dos Programas de Saúde de âmbito comunitário; na execução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde bem como a avaliação do estado de saúde da comunidade.

## Referências Bibliográficas

- Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2017, Março). *Contratualização nos cuidados de saúde primários 2017*. Lisboa.
- Câmara Municipal de Bragança (2014). Bragança Município. Consultado a 25 de fevereiro de 2018 disponível em: <http://www.cm-braganca.pt/pages/315>
- Conselho internacional de enfermeiros (2008, Maio). *Servir a comunidade e garantir a qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários*. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/kit\\_die\\_2008.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/kit_die_2008.pdf)
- Correia, C., Dias, F., Coelho, M., Page, P., Vitorino, P. (2001). Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. *Revista de Saúde Pública*, 2, 75-82.
- DGS - Direção-Geral da Saúde (2015). Plano nacional de saúde revisão e extensão a 2020. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Diário da República, 2.ª série, N.º 74 de 16 de Abril de 2009. *Regulamento da Organização e do Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade*.
- Direção Geral de Saúde. (Maio de 2015). *Plano Nacional de Saúde revisão e extensão a 2020*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção Geral de Saúde. (Março de 2011). *Orientações para a Organização e Funcionamento das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizado*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2010.) *Desafios em tempo de crise Relatório de Primavera 2010*. Disponível em [http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/RelatorioPrimavera2010\\_OPSS-FT.pdf](http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/RelatorioPrimavera2010_OPSS-FT.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual - Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Organização Mundial da Saúde. (2008). *Relatório mundial de saúde 2008, cuidados de saúde primários, agora mais que nunca*. Disponível em [http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_pr.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf).

Organização Mundial de Saúde (1978). Declaração de Alma-Ata. *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde: Saúde para todos no ano 2000*. Disponível em: <http://www.saudepublica.wb.pt> .

Regulamento n.º 128/2011 de 18 de fevereiro. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. *Diário da República n.º 35 - Série II*, de 18 de fevereiro de 2011

Serviço Nacional de Saúde (2018). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10031/1040255/Pages/default.aspx>



**Saúde Mental em Utentes Institucionalizados:  
Conhecimentos dos Colaboradores sobre  
Sexualidade**

**Projeto de Intervenção Comunitária**

Projeto elaborado no âmbito da unidade curricular de Projeto de Investigação, do 1º curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária.

Discente: Maria José Afonso Pires

Bragança, Outubro de 2022

## **1 - ÂMBITO**

A sexualidade e a possibilidade de adquirir conhecimentos sobre esta temática, é cada vez mais relevante, particularmente com a promoção da prevenção de comportamentos de risco em idades precoces (Lei nº. 60/2009; Ministério da Educação, 2000; OMS, 2010; Portaria n.º 196-A/2010).

A Organização Mundial de Saúde (2010) define sexualidade como uma energia promove a procura de afeto, contacto, prazer, ternura e intimidade e que se transmite pelos pensamentos, sentimentos, ações e interações dominando a saúde física e mental.

A este respeito a própria Organização Mundial de Saúde (2010) refere a necessidade de uma educação sexual que permita abordar todos os aspetos e contextos desta temática com o objetivo de promover o desenvolvimento da camada mais jovem da população, evitando decisões e escolhas sexuais incorrectas, desinformadas e inseguras.

Será em idades precoces que se deverão cultivar as emoções, onde se destacam a amizade, intimidade e sexualidade e que se encontram completamente relacionadas com o contato interpessoal, acontecendo em todos os contextos pessoais, familiares e sociais, pelo que o âmbito da educação sexual deverá abranger todas as camadas populacionais, devendo ser ainda mais reforçada junto da área da Saúde Mental, essencialmente pelo reconhecimento mundial da negligência a que esta área da saúde tem sido votada (OMS, 2010).

De facto, a área da Saúde Mental é uma área diretamente relacionada com problemáticas da saúde pública, pois aproximadamente 30% da população mundial, anualmente, apresenta diagnósticos de alterações mentais em que dois terços destas patologias se mantêm sem tratamento e 14% apresentam diagnósticos de distúrbios mentais moderados, tendo tendência a aumentar nas próximas décadas (Nakkeeran & Nakkeeran, 2018).

O não reconhecimento da importância da Saúde Mental é uma problemática que se sente em todas as vertentes internacionais, nacionais, comunitárias, familiares e pessoais, pela alta prevalência de preconceitos e mitos associados, pelo não reconhecimento e não tratamento de doenças mentais e ainda pela falta de infraestruturas físicas e humanas que

permitam responder de forma célere a este tipo de situações (Nakkeeran & Nakkeeran, 2018; OMS, 2010).

De acordo com Carvalho et al (2017), o (re)conhecimento sobre a sexualidade na área da Saúde Mental, não implica que exista alteração dos comportamentos, no entanto quanto maior for o nível de conhecimentos sobre a sexualidade, menores serão os comportamentos de risco, pois exercem influência nas atitudes dos sujeitos.

Um projeto é uma etapa muito importante depois de realizado o diagnóstico, há a necessidade de definir o espaço e o tempo em que vai ser realizada a intervenção. Na definição do campo de intervenção é necessário ponderar a sua dimensão, é através do estabelecimento correto do âmbito que se evitam atrasos e incorreções, devendo estabelecer-se por isso muito bem a que é que se quer dar resposta (Carvalhosa, Domingos & Sequeira, 2010).

Desta forma este projeto é um projeto de intervenção em saúde comunitária, ao nível da educação para a saúde, mais concretamente na área da sexualidade e saúde mental junto dos colaboradores de utentes institucionalizados, sendo a sua intervenção direcionada para as Instituições de Saúde Mental do Distrito de Bragança.

Enquanto enfermeiros e de modo particular, os especialistas em enfermagem comunitária têm de trabalhar na e com a comunidade, constituindo o centro e razão dos seus cuidados. Deste modo, ao intervirmos na comunidade estamos a promover o conceito de saúde que, por englobar várias vertentes (física, psicológica, social...) implica obrigatoriamente o envolvimento de vários parceiros comunitários no sentido de dar uma resposta efetiva aos problemas/necessidades identificadas na comunidade (Regulamento nº 128/2011).

Nesta linha de pensamento, o presente projeto desenvolver-se-á nas Instituições de Saúde Mental do Distrito de Bragança.

## **2 - ENQUADRAMENTO**

De acordo com Carvalho et al (2018), a sexualidade inicia-se muito precocemente, logo no nascimento, e o seu desenvolvimento saudável depende, das experiências de amor e partilha de carinho que se vivenciam ao longo da infância promovendo a confiança no outro e apreendendo formas de partilhar o que se também se recebe.

Respeitando este pressuposto de que a sexualidade é inerente a todo o ser humano, a OMS (2010) considera que as pessoas com deficiência e as pessoas “ditas normais” apresentam as mesmas necessidades de saúde sexual e reprodutiva, no entanto, experiência sexual das pessoas com deficiência não é igual à de pessoas sem deficiência e a conduta sexual varia conforme o nível de deficiência apresentado.

De facto, a sexualidade na deficiência ou em situações de alterações mentais tem sido vista com algum preconceito muito baseado num imaginário social que constrói a sexualidade da pessoa com deficiência a partir de um conjunto de representações relativas à monstruosidade e à anormalidade, ficando a cargo das famílias e dos cuidadores nas instituições, a educação e o controle da sua manifestação (Detomini et al, 2016).

Este não reconhecimento ou associação a preconceitos, influencia e limita a liberdade de expressão sexual destes seres humanos, apesar das necessidades que apresentam e, em consequência, promove um menor conhecimento sobre sexualidade das pessoas com estas alterações mentais, o que se traduz em menos discussão sobre questões sexuais em família e, não sendo um assunto discutido, será menor a probabilidade de ser normalizado (Detomini et al, 2016).

A escassez de estudos de cariz científico sobre a sexualidade e a saúde mental, é congruente com a visão de que estas pessoas não têm sexualidade e por isso, não é relevante. Sendo assim, qualquer avanço no sentido de perceber, compreender e predizer comportamentos, contribui para criar estratégias e programas, colmatando as lacunas nas vidas destes seres humanos com direitos garantidos (Detomini et al, 2016).

O Ser Humano manifesta necessidades, expressões, impulsos e desejos sexuais e segundo Aristóteles é um animal social que não foi feito para viver sozinho, isto é, necessitamos do contato de outros seres humanos para criar relações de amizade, apoio,

reconhecimento, aceitação e sexo, o que proporciona experiências vivenciais mais efetivas, com mais saúde e por mais tempo (Le Gallez, Rix, Choong & Dewson, 2018).

Sobre a sexualidade, Nussbaum (2014) descreve-a como uma capacidade humana essencial pois promove a satisfação sexual e a tomada de decisão sobre a reprodução, o que é defendido também pela Associação Mundial de Saúde Sexual (WAS) cujos objetivos se prendem com a promoção da saúde sexual desenvolvendo os direitos sexuais para todos, através da identificação de direitos à saúde sexual, incluindo o direito à privacidade, o direito à saúde sexual, o direito ao casamento e a constituir família, o direito de decidir sobre o número de crianças, o direito à informação e à educação, o direito à liberdade de opinião e expressão e o direito à proteção desses direitos.

A sexualidade deve ser uma parte positiva da experiência do ser humano, pelo que esses direitos são concedidos a todas as pessoas, incluindo aqueles com deficiência, pois têm sentimentos, necessidades e desejos sexuais que, no entanto, podem ser fundamentalmente diferentes e merecem atenção especial. De acordo com estimativas recentes, 1,04% da população global tem uma deficiência intelectual e apresenta-se com grande diversidade em termos de experiências sexuais, desejos, necessidades e conhecimento sexual (Maulik, Mascarenhas, Mathers, Dua & Saxena, 2011; Schaafsma, Kok, Stoffelen & Curfs, 2017).

A este respeito já a OMS (2006) referia que os direitos sexuais estão incluídos nos direitos humanos que já são reconhecidos em leis nacionais, documentos internacionais de direitos humanos e outras declarações de consenso, englobando o direito de procurar uma vida sexual satisfatória, segura e prazerosa.

Beauchamp e Childress (2013) consideram que o exercício de tais direitos depende da aplicação do princípio bioético fundamental do respeito à autonomia que deve cumprir dois critérios essenciais: liberdade ou independência de substâncias químicas e capacidade de ação intencional, isto é, autonomia implica a liberdade e a capacidade de fazer uma escolha. No entanto, quando a doença mental ou deficiência intelectual compromete a capacidade ou o exercício de um direito, como o direito de prosseguir uma vida sexual, pode ter de ser restringido no melhor interesse da pessoa. Para Le Gallez et al. (2018) as pessoas com transtornos mentais ou deficiência intelectual têm os mesmos direitos que outros seres humanos e o direito à vida sexual existe independentemente da

capacidade de exercer a autonomia, embora, se a capacidade for comprometida, isso possa afetar a extensão em que o direito pode ser exercido.

A respeito da saúde mental foi publicado o Manual de Diagnóstico Estatístico de Perturbações Mentais (DSM-V; American Psychiatric Association, 2014), que define que a deficiência intelectual ou Perturbação do Desenvolvimento Intelectual (PDI) é caracterizada por um prejuízo substancial no funcionamento cognitivo (um quociente intelectual ou QI abaixo de 70) e no comportamento adaptativo, originado no período de desenvolvimento (antes dos 18 anos) e que pode afetar uma variedade de habilidades, incluindo habilidades conceituais (como ler e escrever, entender dinheiro, tempo e números), habilidades sociais (como relações interpessoais, autoconfiança, obedecer a regras e leis, evitando a vitimização) e habilidades práticas de adaptação (incluindo atividades da vida diária, lidar com dinheiro, saúde e segurança) (Stoffelen, 2018, APA, 2014).

As definições da PDI foram evoluindo no decurso do tempo e de acordo com a OMS (2016) apresentam agora diferentes níveis de classificação, nomeadamente, PDI leve: QI 50/55-70; PDI moderada: QI 35 / 40-50 / 55; PDI grave: QI 20 / 25-35 / 40; PDI Profunda: QI abaixo de 20/25.

De acordo com Veltman e Brunner (2012) os fatores genéticos podem aumentar o risco de PDI e desempenham um papel importante no desenvolvimento de transtornos do desenvolvimento, em todas as tipologias da PDI, podendo interferir na prestação de cuidados e apoio eficazes às pessoas com uma perturbação específica.

Pela pertinência da temática e ainda pela investigação recente publicada, verifica-se a cada vez maior necessidade de intervenção precoce e aproximada junto, essencialmente, dos profissionais de saúde que acompanham e prestam cuidados constantes a pessoas com PDI. A este respeito, Maidana Júnior, Viana, Siniak e Lipinski (2018) publicaram uma revisão integrativa acerca da sexualidade de pessoas com transtornos mentais no Brasil cujos resultados indicavam uma elevada fragilidade das equipas de saúde para lidarem com questões relacionadas à sexualidade das pessoas com transtorno mental. Além disso, notou-se a presença de preconceitos, tabus e a negação da existência da sexualidade não patológica nestas pessoas, orientando para a importância da sensibilização dos

profissionais, para que as pessoas com transtornos mentais assumam o protagonismo da própria vida e vivam a sua sexualidade.

No mesmo contexto, também Timilsina (2018), identifica a necessidade de promover e aumentar os estudos relacionados com a saúde mental, com o objetivo de sensibilizar a comunidade em geral e, especificamente as instituições e recurso humanos que prestam cuidados de saúde, para se respeitar a sexualidade de pessoas com PDI, enquanto Direito Humano, garantindo serviços de saúde com mais qualidade e evitando o estigma e a discriminação em todos os contextos do Sistema Nacional de Saúde. O mesmo autor (2018) recomenda ainda que as instituições que prestam cuidados de saúde, de uma forma global, devem apostar na prevenção e educação para a saúde mental, garantindo o respeito pela sexualidade.

Considerando os estudos publicados, evidencia-se a importância do papel do enfermeiro, enquanto profissional de saúde diretamente envolvido na prestação de cuidados de saúde, particularmente no contexto da Enfermagem Comunitária, contribuindo diretamente para a promoção da saúde e da qualidade dos cuidados onde se integram a sexualidade e a saúde mental, particularmente na área geográfica do projeto, o Distrito de Bragança, onde ainda se consideram diversos contextos da sexualidade e da saúde mental, como áreas de difícil discussão, aceitação e atuação.

### **3 - INTEGRAÇÃO**

Este projeto é transversal aos cuidados de saúde, com especial enfoque na Intervenção Comunitária e Saúde Pública, Saúde Mental e Educação para a Sexualidade.

Integra-se nas diretrizes da OMS (2006 e 2010), da DGS (2013), da Lei n.º 60/2009 e Portaria n.º 196-A/2010, relativamente à educação para a sexualidade, no contexto da saúde mental.

Pretende-se solicitar às Instituições de Saúde Mental do Distrito de Bragança, a sua colaboração no sentido de prestar Ensinos para a Sexualidade dos Utentes Institucionalizados, aos colaboradores de todas as instituições, no sentido da melhoria contínua da prestação dos Cuidados de Saúde.

#### **4. ORGANIZAÇÃO E PARCERIAS**

**Gestores do projeto:** Maria José Afonso Pires, Manuel Brás e Eugénia Anes (Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança)

**Cliente/Utilizador:** Colaboradores das Instituições de Saúde Mental do Distrito de Bragança, a saber, UDEP, Serviço de Psiquiatria da ULSNE, Centro de Educação Especial, ASCUDT, APADI, CERCIMAC, APPCDM.

**Intervenientes:**

Coordenadores do projeto: Maria José Afonso Pires, Manuel Brás e Eugénia Anes

Parcerias: UDEP, Serviço de Psiquiatria da ULSNE, Centro de Educação Especial, ASCUDT, APADI, CERCIMAC, APPCDM

## **5. PERÍODO DE INTERVENÇÃO**

Início: Fevereiro de 2023.

Fim: Maio de 2023.

## 6. PLANO DE AÇÃO

“Saúde Mental em Utentes Institucionalizados: Conhecimentos dos Colaboradores sobre Sexualidade”				
Finalidade: Aumentar o nível de conhecimentos sobre sexualidade na saúde mental, dos colaboradores das Instituições de Saúde Mental do Distrito de Bragança				
População-alvo: Colaboradores das Instituições de Saúde Mental do Distrito de Bragança (250 a exercer funções)				
Objetivo geral	- Melhorar os conhecimentos dos colaboradores acerca da Sexualidade na Saúde Mental em utentes institucionalizados, nas diferentes Instituições de Saúde Mental do Distrito de Bragança.			
Objetivos específicos	Atividades	Onde	N.º ações previstas	Quando
Efetuar reuniões de esclarecimento e sensibilização com os colaboradores das Instituições de Saúde Mental do Distrito de Bragança	Realização de reuniões de esclarecimento com os colaboradores das Instituições de Saúde Mental do Distrito de Bragança, motivando a participação nas sessões para a educação relativas à intervenção na sexualidade e saúde mental dos utentes institucionalizados	UDEP, S. Psiquiatria da ULSNE, CEE, ASCUDT, APADI, CERCI MAC, APPCDM	7 sessões	Fevereiro de 2023
Realizar sessões educativas no âmbito da educação para a sexualidade na saúde mental	Execução e implementação de ações de sensibilização para a sexualidade na saúde mental de utentes institucionalizados (sessões de educação para a saúde e atividades) com os colaboradores das instituições de saúde mental do Distrito de Bragança, abordando as temáticas evidenciadas na investigação realizada, como as que necessitam maior desenvolvimento e educação para a saúde, com o objetivo de normalizar a sexualidade na saúde mental no contexto da institucionalização.	UDEP, S. Psiquiatria da ULSNE, CEE, ASCUDT, APADI, CERCI MAC, APPCDM	21 (3 sessões por cada instituição)	Março e Abril de 2023
Efetuar ações sensibilização na comunidade, em espaços específicos nas localidades	Desenvolvimento de uma campanha de sensibilização para a importância da discussão da sexualidade na saúde mental, em utentes institucionalizados, desmistificam do tabus e abordando temáticas de cariz educativo, através de jogos e atividades dinâmicas.	Local a identificar nas comunidades	2 sessões	Maior de 2023

“Saúde Mental em Utentes  
Institucionalizados: Conhecimentos  
dos Colaboradores sobre  
Sexualidade”

Divulgação do Projeto  
Fevereiro de 2023

Parcerias

Plano de Ação  
Março a Maio de 2023

Intervenção junto da população -  
alvo

Avaliação  
Maio de 2023

Participação da população alvo nas  
ações desenvolvidas

## 7. AVALIAÇÃO

A avaliação será realizada pelas entidades gestoras do projeto e pelos coordenadores, tendo como base indicadores de resultado e de desempenho.

Indicadores de resultado: A avaliar após o projeto de intervenção, durante o ano de 2023, através da realização de um, estudo de investigação com características semelhantes ao realizado em 2022.

Indicadores de resultado		
	2022	2023
Instituições de Saúde Mental do Distrito de Bragança <b>sem</b> programas de Educação Sexual implementados	70,2%	-----
Instituições de Saúde Mental do Distrito de Bragança <b>com</b> programas de Educação Sexual implementados	20,8%	100%

Indicadores de desempenho: A avaliar ao longo do projeto, para controlo da sua evolução. Será avaliado o cumprimento das atividades previstas e a participação da população-alvo convidada para cada atividade.

Indicadores de desempenho		
	2022	2023
Instituições de Saúde Mental do Distrito de Bragança <b>com</b> programas de Educação Sexual implementados	20,8%	100%

## ANEXOS

### ANEXO 1 – Cronograma de Atividades

Atividades	Mês			
	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.
Apresentação do projeto	X			
Sessões de sensibilização	X			
Sessões de Educação para a Sexualidade na Saúde Mental nas Instituições		X	X	
Sessões de Educação para a Sexualidade na Saúde Mental na comunidade				X
Avaliação do projeto				X