



**INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE BRAGANÇA**

Escola Superior de Educação

**A Educação Sexual na Deficiência Mental:  
Práticas e perceções face à afetividade e sexualidade do  
indivíduo com deficiência mental**

**Luísa da Assunção de Oliveira Sousa**

*Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação de  
Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Educação  
Social.*

Orientado por

**Professora Doutora Maria do Nascimento Esteves Mateus**

**Bragança  
2011**

Aos meus pais....

*In memoriam tuam...*

À minha avó...

## Agradecimentos

A realização de um mestrado é sempre vivida de uma forma com alguma intensidade, pelo processo em si, por um conjunto de outros acontecimentos de vida que com ele concorrem, pela energia, tempo e disposição de quem decidiu ser *mestre*. Ao olhar para trás, para o longo caminho que percorremos até chegar a este presente, recordamos que várias pessoas, de forma direta ou indireta, contribuíram para que os obstáculos fossem mais facilmente superados e a quem devo o meu mais sincero agradecimento. São tantos que jamais seria possível referi-los a todos.

Expresso os meus sinceros agradecimentos:

À Professora Doutora Maria do Nascimento Mateus, pela orientação, disponibilidade revelada, generosidade, sugestões, críticas feitas, que sem dúvida, serviram para abrir portas para novos conhecimentos e para a concretização desta meta;

À Dra. Manuela Miranda pelo carinho, atenção e delicadeza com que sempre me acolheu;

À ASCUDT pela possibilidade que me deram;

Aos participantes neste estudo, que com a sua generosidade franca e determinada se dispuseram a participar nas sessões planeadas, colaborando, analisando e discutindo os conteúdos, numa atitude de verdadeira amizade. Serão seguramente pessoas que admiro muito e que jamais irei esquecer;

À equipa técnica;

Aos familiares que colaboraram na investigação;

Às colaboradoras e colegas de trabalho, destacando a Anabela, pelo seu incentivo, apoio, amizade, carinho e, especialmente, pela compreensão;

Aos docentes que ao longo de dois anos me proporcionaram o abrir de novos caminhos e o rasgar de horizontes na área sempre viva e polémica da Educação Social;

Aos indescritíveis amigos e amigas, que nos fazem sentir melhores, confiantes, que nos trazem a paz, a tranquilidade;

À amiga Ana, que ao longo destes últimos anos foi a amiga *privilegiada*, pelos gestos, palavras, conversas, apoio e principalmente pela amizade que pudemos construir e fortalecer a cada dia que passou. Uma amiga que desejo preservar para sempre. Por tudo quanto aprendi contigo, por todos os momentos partilhados, obrigado.

A alguém, que com um saber – também – de experiência feito, me levou à aventura do conhecimento e da interioridade pela mão de vivências próprias partilhadas, aqui pretendo deixar um profundo, sentido e público (re) conhecimento, pelos momentos de sinceridade, carinho e amizade. Apesar da distância, o sentimento e reconhecimento da existência de uma grande amizade permanece.

À Petra e ao Nico, pela companhia e pelos olhares cheios de ternura que me lançaram em todos os dias que passei em casa a trabalhar.

E porque os últimos serão sempre os primeiros, não posso deixar de agradecer às pessoas mais importantes da minha vida. Aos meus pais e irmãos, que me apoiaram e incentivaram, quando achei que nada mais alcançaria, com palavras e carinho que me fizeram estar, sentir, pensar e agir, um grato reconhecimento pela paciência e apoio sentido e por sempre acreditarem que era capaz.

Mas também

A todos os que me calaram e me ouviram;

A todos os que se opuseram e concordaram;

A todos os que me perguntaram e responderam;

A todos os que me elogiaram e criticaram;

A todos os que me empurraram e me travaram;

A todos estes e aos outros,

Os meus sinceros agradecimentos.

## Siglas

A.A.D.M. (Associação Americana de Deficiência Mental)

A.P.F. (Associação do Planeamento Familiar)

A.P.P.A.C.D.M. (Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental)

C.A.D. (Centro de Aconselhamento e Detecção Precoce da Infecção VIH/SIDA)

C.A.O. (Centro de Actividades Ocupacionais)

C.E.C. (Council for Excecional Children))

D.G.S. (Direção Geral de Saúde)

D.M. (Deficiência Mental)

F.P. (Formação Profissional)

I.C. (Idade Cronológica)

I.E.F.P. (Instituto de Emprego e Formação Profissional)

I.M. (Idade Mental)

I.P.S.S. (Instituição Particular de Solidariedade Social)

O.M.S. (Organização Mundial de Saúde)

P.P.E.S. (Projeto Promoção e Educação para a Saúde)

Q.I. (Quociente de Inteligência)

R.A. (Residência Autónoma)

S.A.D. (Serviço de Apoio Domiciliário)

S.P.O. (Serviço de Psicologia e Orientação)

## Índice Geral

	<b>Pág.</b>
<b>Agradecimentos</b>	iii
<b>Siglas</b>	v
<b>Índice Geral</b>	vi
<b>Índice de gráficos e tabelas</b>	ix
<b>Resumo/Abstract</b>	xi
<b>Capítulo I – O problema</b>	
1. Introdução	1
2. Importância do estudo da sexualidade na população deficiente mental	2
3. Apresentação do problema	3
4. Questões	3
5. Objetivos do estudo	4
<b>Capítulo II – Enquadramento teórico</b>	
1. História da Deficiência Mental	5
1.1. Correntes e Definição de Deficiência Mental	6
1.2. Diagnóstico da Deficiência Mental	10
1.3. Classificação da Deficiência Mental	11
1.4. Causas da Deficiência Mental	13
1.4.1. Fatores prénatais	14
1.4.2. Fatores perinatais e neonatais	14
1.4.3. Fatores pós-natais	14
1.4.4. Fatores ambientais	15
1.5. Adaptação do Indivíduo Portador de Deficiência ao Meio:	
Modelo de Risco de Desenvolvimento	15
1.6. Intervenções Educativas	17
2. A Sexualidade e a Pessoa Portadora de Deficiência Mental	19
2.1. Objetivos da Educação Sexual e a Especificidade das Pessoas	
Portadoras de Deficiência Mental	23
2.2. Etapas Fundamentais de um Programa de Educação Sexual	
para a Deficiência Mental	25

2.3.	A Perceção dos Profissionais em Relação à Sexualidade dos Indivíduos Portadores de Deficiência Mental	26
2.4.	A Perceção da Família em Relação à Sexualidade dos Indivíduos Portadores de Deficiência Mental	28
2.4.1.	Estratégias para Envolver os Pais em Atividades de Educação Sexual	30
2.5.	O Perfil do Educador em Educação Sexual	33
2.6.	Aspetos Legais	35
<b>Capítulo III – Caracterização global dos protagonistas</b>		
1.	Caracterização geral da Instituição	38
1.1.	Caracterização geral dos sócios e clientes da instituição	38
1.2.	Caracterização geral dos colaboradores da instituição	39
2.	Características gerais do grupo de participantes no estudo	40
3.	Características gerais dos técnicos entrevistados	41
4.	Características gerais dos familiares em estudo	42
<b>Capítulo IV – Metodologia</b>		
1.	Introdução	49
2.	Fases e dispositivos dos instrumentos de recolha de dados	51
2.1.	Introdução	51
2.2.	Inquérito por questionário	51
2.3.	Entrevistas	52
2.4.	Sessões de formação	53
<b>Capítulo V – Apresentação e análise dos resultados</b>		
1.	Introdução	54
2.	Apresentação e interpretação dos dados	54
2.1.	Sessões formativas dirigidas aos portadores de Deficiência Mental	54
2.2.1.	Sessão 1	55
2.2.2.	Sessão 2	58
2.2.3.	Sessão 3	59
2.2.4.	Sessão 4	63

2.2.5. Sessão 5	65
2.2.6. Sessão 6	66
2.2.7. Sessão 7	68
2.2.8. Sessão 8	70
2.2.9. Sessão 9	71
2.2.10. Sessão 10	72
<b>Capítulo VI – Conclusões finais</b>	<b>80</b>
<b>Bibliografia</b>	<b>84</b>
<b>Anexos</b>	<b>88</b>
<b>Anexo nº 1 – Organograma da instituição</b>	<b>89</b>
<b>Anexo nº 2 – Inquérito por questionário às famílias dos portadores de deficiência mental</b>	<b>95</b>
<b>Anexo nº3 – Entrevista Individual</b>	<b>99</b>
<b>Anexo nº4 – Entrevista Coletiva</b>	<b>106</b>
<b>Anexo nº5 – Ficha de Trabalho (Sessão 1)</b>	<b>106</b>
<b>Anexo nº6 – Ficha de Trabalho (Sessão 2)</b>	<b>106</b>
<b>Anexo nº7 – Ficha de Trabalho (Sessão 4)</b>	<b>107</b>
<b>Anexo nº8 – Ficha de Trabalho (Sessão 5)</b>	<b>108</b>
<b>Anexo nº9 – Ficha de Trabalho (Sessão 6)</b>	<b>109</b>
<b>Anexo nº10 – Ficha de Trabalho (Sessão 7)</b>	<b>110</b>
<b>Anexo nº11 – Ficha de Trabalho (Sessão 8)</b>	<b>110</b>
<b>Anexo nº12 – Ficha de Trabalho (Sessão 9)</b>	<b>111</b>
<b>Anexo nº13 – Testemunhos Vivências sexuais</b>	<b>111</b>
<b>Anexo nº14 – <i>Brainstorming</i> 1 (A sexualidade é...)</b>	<b>115</b>
<b>Anexo nº15 – <i>Brainstorming</i> 2 (Constituição do órgão sexual)</b>	<b>115</b>
<b>Anexo nº16 – <i>Brainstorming</i> 3 (Prazer)</b>	<b>115</b>
<b>Anexo nº17 – <i>Brainstorming</i> 4 (Homossexualidade)</b>	<b>116</b>

## Índice de gráficos e tabelas

### Gráficos

<b>Gráfico 1</b> – Caracterização dos familiares por idade	43
<b>Gráfico 2</b> – Distribuição dos sujeitos por sexo	43
<b>Gráfico 3</b> – Distribuição dos sujeitos por estado civil	44
<b>Gráfico 4</b> – Distribuição dos sujeitos por meio de habitação	44
<b>Gráfico 5</b> – Habilitações literárias dos sujeitos	45
<b>Gráfico 6</b> – Distribuição dos sujeitos por setores de actividade	45
<b>Gráfico 7</b> – Número total de filhos dos sujeitos	46
<b>Gráfico 8</b> – Número de filhos portadores de deficiência	46
<b>Gráfico 9</b> – Distribuição dos sujeitos por grau de parentesco	47
<b>Gráfico 10</b> – Tipo de deficiência do familiar	47
<b>Gráfico 11</b> – Grau de deficiência	48
<b>Gráfico 12</b> – A sexualidade considerada como uma função fisiológica do indivíduo portador de deficiência mental	56
<b>Gráfico 13</b> – A pessoa portadora de deficiência mental deve viver a sua sexualidade	56
<b>Gráfico 13(1)</b> – Forma considerada pelos familiares adequada à vivência da sexualidade pela pessoa portadora de deficiência mental	57
<b>Gráfico 13(2)</b> – Forma considerada pelos familiares adequada à não vivência da sexualidade pela pessoa portadora de deficiência mental	57
<b>Gráfico 14</b> – O indivíduo portador de deficiência mental pode constituir família	64
<b>Gráfico 14(1)</b> – Razões que justificam que o indivíduo portador de deficiência mental pode constituir família	65
<b>Gráfico 14(2)</b> – Razões que justificam que o indivíduo portador de deficiência mental não pode constituir família	65
<b>Gráfico 15</b> – A pessoa portadora de deficiência mental deve viver a sua sexualidade	76
<b>Gráfico 15(1)</b> – A quem compete o trabalho no âmbito da educação sexual das pessoas portadoras de deficiência mental	76
<b>Gráfico 16</b> – Prática da atividade sexual das pessoas portadoras de deficiência	

mental nas instituições	77
<b>Gráfico 16(1)</b> - Prática sexual das pessoas portadoras de deficiência mental nas instituições	78
<b>Gráfico 16(2)</b> - Razões da não prática sexual das pessoas portadoras de deficiência mental nas instituições	78

## **Tabelas**

<b>Tabela 1</b> – Total de clientes por tipologia de deficiência	39
<b>Tabela 2</b> – Quadro de colaboradores 2010/2011	39
<b>Tabela 3</b> – Caracterização da amostra do estudo	41
<b>Tabela 4</b> – Caracterização da equipa técnica entrevistada	42
<b>Tabela 5</b> – Caracterização dos familiares da amostra	42
<b>Tabela 6</b> – Planificação da sessão nº 1	55
<b>Tabela 7</b> – Tabela de resultados da sessão 1	55
<b>Tabela 8</b> – Planificação da sessão nº2	58
<b>Tabela 9</b> – Tabela de resultados da sessão 2	59
<b>Tabela 10</b> – Planificação da sessão nº3	59
<b>Tabela 11</b> – Tabela de resultados da sessão 3	60
<b>Tabela 12</b> – Planificação da sessão nº 4	63
<b>Tabela 13</b> – Tabela de resultados da sessão 4	64
<b>Tabela 14</b> – Planificação da sessão nº 5	66
<b>Tabela 15</b> – Tabela de resultados da sessão 5	66
<b>Tabela 16</b> – Planificação da sessão nº 6	67
<b>Tabela 17</b> – Tabela de resultados da sessão 6	67
<b>Tabela 18</b> – Planificação da sessão nº 7	68
<b>Tabela 19</b> – Tabela de resultados da sessão 7	69
<b>Tabela 20</b> – Planificação da sessão nº 8	70
<b>Tabela 21</b> – Tabela de resultados da sessão 8	70
<b>Tabela 22</b> – Planificação da sessão nº 9	71
<b>Tabela 23</b> – Tabela de resultados da sessão 9	71
<b>Tabela 24</b> – Planificação da sessão nº 10	73

## **Resumo**

O indivíduo deficiente mental, na consciência humana, não tem o direito de usufruir da sua sexualidade. A sociedade rodeia o deficiente mental com mitos, crenças, preconceitos, atitudes discriminatórias, esquecendo-se de que estes indivíduos são seres com necessidades afetivas e sexuais, satisfações, desejos, impulsos, prazer que devem ser aceites e trabalhados por parte dos familiares e dos técnicos que trabalham na área.

A repressão da sexualidade, pode alterar o equilíbrio interno do indivíduo portador de deficiência mental, e como consequência diminui as suas possibilidades psíquicas. Quando a sexualidade é bem encaminhada, desenvolvem-se capacidade de relacionamentos, aumentando a auto-estima e integrando-se na sociedade.

O presente trabalho incide no estudo de 10 indivíduos portadores de deficiência mental, 10 famílias e 5 técnicos da ASCUDT, uma IPSS de Bragança, com o objetivo de conhecer as crenças mais comuns, dos técnicos e da família, relacionadas à sexualidade do portador de deficiência mental, conhecer as aspirações do indivíduo com deficiência mental e os problemas de expressão sexual do mesmo.

No sentido de responder ao problema: *Poderão os técnicos de uma instituição, face às práticas e perceções, crenças e atitudes dos deficientes mentais e seus familiares, contribuir para uma melhoria da sua sexualidade, através de programas sobre a educação sexual?*, optou-se por técnicas fundamentalmente de natureza qualitativa. Foi construído um questionário dirigido aos familiares dos portadores de deficiência mental e elaborado uma entrevista individual à diretora de serviços e uma entrevista coletiva dirigida a 4 técnicos da instituição.

Foram também planeadas 10 sessões de formação sobre vários temas relacionados com a sexualidade, consentidas e presenciadas por 10 indivíduos portadores de deficiência mental.

A minimização da sexualidade desadequada depende nomeadamente da mudança das práticas e perceções, crenças e atitudes em torno da sexualidade na deficiência mental.

## **Abstract**

The mentally retarded individual, human consciousness, has the right to enjoy their sexuality. The society around the intellectually disabled with myths, beliefs, prejudices and discriminatory attitudes, forgetting that these individuals are beings with emotional and sexual needs, satisfactions, desires, impulses, pleasure to be accepted and dealt with

by family and technicians working in the area. The repression of sexuality, you can change the internal balance of individual with a disability, and consequently decreases your chances psychic. When sexuality is well underway, ability to develop relationships, increasing self-esteem and integrating into society. This work focuses on the study of 10 mentally retarded individuals, 10 families and five technicians ASCUDT, an IPSS of Bragança, in order to know the most common beliefs, technicians and family, related to sexuality carrier.

In order to respond to the problem: Can the institution of a technical, practical and meet the perceptions, beliefs and attitudes of mentally handicapped and their families, contribute to an improvement of their sexuality, through programs on sex education?, It was decided by techniques essentially qualitative in nature. It was constructed a questionnaire to family members of mentally retarded and developed an individual interview to the director of services and a news conference aimed at four technical institution. We also planned 10 training sessions on various topics related to sexuality, consensual and attended by 10 individuals with mental disabilities. The minimization of inappropriate sexuality in particular, on the changing practices and perceções, beliefs and attitudes around sexuality in the mentally handicapped.

## **Capítulo I – O problema**

### **1. Introdução**

Todo o ser humano possui características próprias que o tornam distinto de todos os outros, mas que, no seu conjunto, não fazem dele um ser perfeito.

O medo e o receio que o homem, ao longo da sua história, mostrou pelas coisas diferentes do seu quotidiano, neste caso os portadores de deficiência, ficariam, decerto, dissipados se todos, por algum momento, convivessem e privassem com estas pessoas, apenas com a diferença de terem necessidades especiais para viver.

O preconceito, atitude negativa que um indivíduo se pressupõe a sentir, pensar ou conduzir, é uma atitude que numa instituição como a que proporcionou e se disponibilizou a apoiar a realização desta investigação, jamais terá lugar para existir. Numa base de *todos diferentes, todos iguais* as necessidades de cada um são analisadas e respondidas da forma mais adequada, permitindo, a todos e a cada um, a aplicação de conhecimentos e aptidões, através dos mais diversos meios colocados à disposição.

O indivíduo com deficiência, segundo a Organização Mundial de Saúde (s/data), nome dado a toda a perda ou anomalia de uma estrutura ou função psicológica ou anatómica, é alguém que apresenta traços que o afastam da média estabelecida pela sociedade, é a pessoa que apresenta, em comparação com a maioria dos indivíduos, significativas diferenças físicas, sensoriais ou intelectuais, decorrentes de fatores inatos e/ou adquiridos, de caráter permanente e que acarretam dificuldades na sua interação com o meio físico e social, por isso, logo à partida, excluído deste padrão dito perfeito pela sociedade, cada vez mais apostada em venerar este e outros conceitos (o belo, o jovem, o melhor...).

O presente estudo apresenta uma introdução, onde procedemos a uma apresentação geral da problemática e indicamos a estruturação e organização do mesmo.

Posteriormente, apresentamos o problema e o campo de questionamento. Procederemos ao levantamento de questões, à definição de objetivos, hipóteses e variáveis de estudo.

A revisão bibliográfica ir-nos-á permitir o enquadramento teórico do tema em análise, na medida em que nos fornecerá as principais linhas de força subjacentes ao tratamento do mesmo.

A metodologia seguida na pesquisa, a elaboração dos instrumentos a utilizar para a recolha de dados, bem como a sua apresentação e discussão, permitirão analisar a temática que nos propomos.

Finalmente, apresentaremos as conclusões, tendo ainda em linha de conta a apresentação da bibliografia importante para a realização desta pesquisa e os anexos considerados importantes para o esclarecimento de variadas situações.

## **2. Importância do estudo da sexualidade na população com deficiência mental**

Através da observação direta e intervenções com esta camada populacional, rápido concluímos que a informação sexual dos indivíduos portadores de deficiência é, habitualmente, reduzida e por vezes incorreta. Muitas das informações de que dispõem foram conseguidas a partir de outros indivíduos, ou a partir de dados recolhidos, esporadicamente, nas conversas com os colegas.

É raro conversarem com os pais sobre questões sexuais. Eles próprios não tomam essa iniciativa, por vergonha, e os pais também não o fazem por medo de não ter preparação suficiente e, também, por falta de à-vontade, já que a sua própria educação sexual não os ajudou a encarar com naturalidade a sexualidade.

A escassa informação que os indivíduos portadores de deficiência mental dispõem e as posteriores consequências que a mesma acarreta, justifica a necessidade de serem realizados estudos de análise sobre crenças, atitudes e comportamentos da população em geral, familiares, profissionais e deficientes mentais.

O deficiente mental é ainda visto como um ser assexuado por muitas famílias, que apresentam grandes dificuldades em dialogar com os seus filhos.

Os técnicos opinam que estes indivíduos sentem necessidades e impulsos sexuais, contudo, indiretamente, formulam práticas e percepções que vão ao encontro das dos familiares e, que por sua vez estão na origem da inibição sexual e adoção de comportamentos inapropriados e de risco por parte dos indivíduos com deficiência mental.

As necessidades dos portadores de deficiência mental continuam a não ser tidas em conta e a implementação de programas de educação sexual numa instituição é um grande contributo na formação pessoal e social desta população, que tantos *handicaps* tem ultrapassado, ultrapassa e vai continuar a ultrapassar se não dermos a devida atenção a este assunto. Daí a relevância para nos debruçarmos sobre o estudo desta temática, no sentido de contribuirmos para minimizar os efeitos de uma sexualidade desajustada das vivências dos portadores de deficiência mental.

### **3. Apresentação do problema**

A motivação em conhecer verdadeiramente as interposições da sexualidade na deficiência mental no seu dia a dia, no quotidiano das famílias e dos técnicos, prende-se, não só com a raridade de estudos neste âmbito, mas, fundamentalmente, com o objetivo de compreender as dificuldades expressas pelas famílias dos portadores de deficiência mental e dos profissionais da área, que constroem crenças, atitudes, práticas e percepções nem sempre positivas.

Tendo em conta todos os pressupostos resultantes da revisão bibliográfica e com vista a desenvolver esta problemática, a sexualidade na deficiência mental e o seu impacto nas famílias e nos técnicos, surge o problema: *Poderão os técnicos de uma instituição, face às práticas e percepções, crenças e atitudes dos portadores de deficiência mental e seus familiares, contribuir para uma melhoria da sua sexualidade, através de programas sobre a educação sexual?*

### **4. Questões**

Cingindo-se o presente trabalho a um estudo de caso da problemática da sexualidade na deficiência mental, tendo em conta as representações sociais, crenças e atitudes dos deficientes mentais, da família e dos profissionais da área, surgiram as seguintes questões:

1. Apresentarão, os portadores de deficiência mental, uma educação sexual adequada, suficiente e apropriada às suas dificuldades cognitivas?
2. Poderá a falta de informação limitar a possibilidade dos portadores de deficiência mental desenvolverem as suas potencialidades e realizarem a sua integração sexual?

3. São os familiares responsáveis pela educação sexual da pessoa portadora de deficiência mental?
4. De que forma os conhecimentos e a formação académica e profissional dos técnicos de uma instituição de apoio a indivíduos com deficiência, influenciam as atitudes, crenças e comportamentos face à sexualidade da pessoa com deficiência mental?
5. Será possível a mudança das práticas e percepções, crenças e atitudes dos portadores de deficiência mental através da implementação de sessões, centradas na temática da sexualidade?
6. Será possível sensibilizar os técnicos e a família para a importância da implementação de projetos de educação sexual?
7. Será possível identificar processos de mudança de atitudes e de comportamento dos indivíduos portadores de deficiência mental, técnicos e familiares, face à sua sexualidade?
8. Poderão as iniciativas desenvolvidas, no âmbito da formação sobre sexualidade, darem respostas aos problemas e necessidades dos indivíduos portadores de deficiência mental?

## **Capítulo II – Enquadramento Teórico**

### **1. História da Deficiência Mental**

Ao longo da história da humanidade, foram várias as atitudes assumidas pela sociedade ou certos grupos sociais para com as pessoas com deficiência, as quais se foram alterando com a influência de fatores económicos, culturais, filosóficos, científicos e outros.

Segundo Reis e Peixoto (1999) a história da deficiência mental chamada, também, numa primeira fase, de atraso mental, é antiga e desde que o homem povoou a terra que existem pessoas mais lentas que outras no que respeita à aprendizagem.

Ainda segundo os mesmos autores (1999) em 1552 a.C., os Gregos e em 449 a.C. os Romanos, foram os primeiros a reconhecer oficialmente as pessoas com atraso mental.

Ao longo dos tempos foram várias as filosofias e crenças que existiram acerca do tratamento de pessoas com esta deficiência.

Para Kolstoe e Frey (s/data) *citado por* Heward & Orlansky (1992) *in* Reis e Peixoto (1999) existem cinco etapas cronológicas no tratamento da deficiência mental: a exterminação, o ridículo, o asilo, a educação e a educação ocupacional. Já Gearheart e Litton (s/data) *citado por* Heward & Orlansky (1992) *in* Reis & Peixoto (1999) descrevem a história do atraso mental basicamente como superstição e extermínio e Hewes e Forness (*in* Heward & Orlansky, 1992 *in* Reis & Peixoto, 1999) realçam o papel e a importância da sobrevivência, superstição, conhecimento e serviços no tratamento de pessoas com atraso mental ao longo dos vários períodos da história. O século XIX surge como a época que criou instituições para as pessoas com esta deficiência; o século XX como a época da integração em turmas das escolas públicas (p. 16).

De acordo com Reis e Peixoto (1999) nas sociedades primitivas o primeiro objetivo dos seres humanos era a sobrevivência, assim os doentes, os fisicamente deficientes e os velhos eram abandonados ou mortos para permitir o aumento de sobrevivência dos restantes.

Os Gregos e os Romanos enviavam as crianças com deficiências físicas para locais afastados das suas comunidades, para que morressem abandonados.

Quando a sociedade se dividiu em níveis, a ridicularização das pessoas com atraso mental era normal. Desenvolviam-se mitos e superstições, utilizavam-se nomes como idiota (que vem de uma palavra grega que significa pessoa que não tem cargos públicos), burro, maluco, imbecil (vem do latim e significa débil e irresoluto) e até nas cortes dos reis se serviam desta população.

### **1.1. Correntes e Definição de Deficiência Mental**

A definição de deficiência mental é, ainda, hoje um campo em que autores e organismos científicos divergem, embora existam diferentes pontos de convergência.

De acordo com Reis e Peixoto (1990) o atraso mental é um rótulo ou termo que é utilizado para identificar um défice de rendimento, ou seja, a capacidade que um indivíduo apresenta na sua conduta social e intelectual de acordo com a idade.

Para Alonso e Bermejo (2001) atraso mental define-se como uma dificuldade básica na aprendizagem e na realização de determinadas competências da vida diária.

No entender de Pacheco e Valencia (1997) *in* Bautista (1997) a deficiência mental define-se, fundamentalmente, por cinco correntes: a Psicológica ou Psicométrica, a Sociológica ou Social, a Médica ou Biológica, a Comportamentalista e a Pedagógica.

Segundo a corrente Psicológica ou Psicométrica, um indivíduo é deficiente mental quando apresenta um défice ou diminuição das suas capacidades intelectuais, sendo estas medidas através de testes e expressas em termos de QI (Quociente de Inteligência).

Segundo a corrente Sociológica ou Social, o portador de deficiência mental é quem apresenta, em maior ou menor medida, dificuldade para se adaptar ao meio social em que vive e levar a cabo uma vida autónoma;

A corrente Médica ou Biológica, a deficiência mental teria um substrato biológico, anatómico ou fisiológico, manifestando-se durante o período de desenvolvimento e a corrente Comportamentalista coloca a influência do ambiente sobre a deficiência mental,

*o déficit mental é um déficit de comportamento que deverá ser interpretado como produto da interação de quatro factores determinantes, os factores biológicos passados (genéticos, pré-natais, peri-natais, pós-natais), os factores biológicos actuais (drogas ou fármacos, cansaço ou stress, a história anterior de interacção com o meio (Reforço) e por último as condições ambientais presentes ou outras situações actuais”.*

*A Corrente Pedagógica segundo a qual “o deficiente mental será o indivíduo que tem uma maior ou menor dificuldade em seguir o processo regular de aprendizagem e que por isso tem necessidades educativas especiais, ou seja, necessita de apoios e adaptações curriculares que lhe permitam seguir o processo regular de ensino (Bautista, 1997, p. 211).*

Para Correa (2005) os critérios de análise da deficiência mental são também cinco, o critério psicométrico e sociométrico, o critério evolutivo e do defeito específico, o critério de conduta, o critério cognitivista e o critério biomédico.

O critério psicométrico e sociométrico baseia-se na escala de inteligência de Binet e Simon, no início destinada a crianças entre os três e os onze anos e mais tarde aplicada até aos treze anos e que classificava os deficientes mentais em idiotas, indivíduos com idade mental até 2 anos (QI: 0-25); imbecis, indivíduos com idade mental de 3 a 7 anos (QI: 25-50) e os débeis mentais com idade mental de 12 anos (QI: 50-70).

O critério evolutivo e o critério do defeito específico segundo os quais a pessoa com deficiência mental, exceto nos casos extremos, pode alcançar um patamar evolutivo e normal, embora mais tarde que o resto dos indivíduos da sua idade e ainda que processe a informação de forma similar à das pessoas com a mesma idade cronológica, não o faz em todas as situações nem perante problemas complexos.

O critério de conduta entende que um portador de deficiência mental é um sujeito com um repertório de conduta limitado, em comparação com os indivíduos da sua idade, resultado de limitações nas suas oportunidades de desenvolvimento.

O critério cognitivista ocupa-se essencialmente dos processos e não exclusivamente das condutas resultantes.

Por último, para o critério biomédico, a deficiência mental é uma síndrome ou conjunto de sintomas de diversa procedência etiológica que tenham um prognóstico imutável.

De acordo com Pacheco e Valencia (1992) in Bautista (1995) reunindo as três primeiras correntes, a A.A.D.M (Associação Americana para a Deficiência Mental) e a O.M.S (Organização Mundial de Saúde) apresentam definições de deficiência mental.

Para a A.A.M.D, a definição sofreu alterações ao longo dos anos. Em 1961 começa por referir que a deficiência mental diz respeito a um défice intelectual, que tem origem no período de desenvolvimento e relaciona-se com transtornos adaptativos.

Em 1992, a mesma associação adotou como definição que a

*Deficiência mental refere-se a limitações substanciais na funcionalidade presente. É caracterizada por um funcionamento intelectual significativamente abaixo da média, que é concomitante com limitações relacionadas em duas ou mais das seguintes áreas das competências adaptativas; comunicação, autonomia pessoal, autonomia em casa, competências sociais, auto-direção, saúde e segurança, funcionamento académico, lazer e emprego. A deficiência mental manifesta-se antes da idade dos dezoito anos (Vieira & Pereira, 2003, p. 178).*

Analisando cada uma das expressões da definição da A.A.M.D. de deficiência mental, Reis e Peixoto (1999) concluem que o funcionamento intelectual geral se refere ao resultado obtido pela avaliação realizada com um ou mais testes de inteligência geral feito a cada indivíduo e constituído para esse fim. Abaixo da média, em termos de QI corresponde a dois ou mais desvios padrão abaixo da média e que Alonso e Bermejo (2001) referenciam como um QI de 70-75 ou inferior. A conduta adaptativa corresponde ao grau de eficácia segundo a qual um indivíduo realiza os padrões de independência pessoal e responsabilidade social e finalmente, o período de desenvolvimento diz respeito ao período que vai desde o nascimento até aos 18 anos.

Desta forma e seguindo a definição da A.A.M.D., os indivíduos portadores de deficiência mental apresentam uma característica em comum que é a limitação do funcionamento cognitivo.

*Devido à componente cognitiva da comunicação, em termos de desenvolvimento da linguagem falada e escrita, muitas pessoas portadoras de deficiência têm limitações mais ou menos significativas na área da comunicação. Na prática, uma grande maioria de pessoas portadoras de deficiência partilha de quase todas as restantes limitações no que refere às capacidades adaptativas (Ferreira e Lapa, s/data, p.21).*

As limitações cognitivas, conjuntamente com as imensas características físicas, são causas de discriminação e desigualdade na nossa sociedade, repleta de valores e

princípios que apenas dizem respeito ao ser humano *dito normal*, sendo os restantes desvalorizados, rotulados e, claramente, injustiçados.

Apesar dos cidadãos deficientes terem os seus próprios direitos conferidos, os mesmos são meramente teóricos, podendo na prática, ser considerados inexistentes.

Esta visão, que engloba as inúmeras dificuldades e obstáculos com que o indivíduo com deficiência mental se depara diariamente, parece predominar e cada vez mais dificultar a vida quotidiana desta população.

*A competitividade económica, a especialização técnica e o primado da produtividade tendem a dificultar que o cidadão portador de deficiência seja encarado como força de trabalho e um indivíduo produtivo. A muitas cidadãos com deficiência mental é ainda hoje cerceado o direito de se desenvolverem como pessoas plenas, inteiras e, por isso, é-lhes negado o direito ao bem estar emocional (Ferreira e Lapa, s/data:22).*

Segundo Vieira e Pereira (2003) o I Congresso Mundial sobre o Futuro da Educação Especial, em 1978, com o patrocínio do *Council for Excecional Children* (CEC) aprovou a proposta de definição de deficiência mental do Comité para a Deficiência Mental.

*A deficiência mental refere-se a um funcionamento cognitivo geral inferior à média, independentemente da etiologia, manifestando-se durante o período de desenvolvimento, o qual é de uma severidade tal que marcadamente limita a capacidade do indivíduo para aprender e conseqüentemente, para tomar decisões lógicas, fazer escolhas e julgamentos e limita também a sua capacidade de auto-controle e de relação com o envolvimento (Vieira & Pereira, 2003, p.43).*

De acordo com Alonso e Bermejo (2001) a última versão da definição de deficiência mental da A.A.D.M, datada de 1992, tem mais vantagens pois permite, por um lado, a análise em pormenor do indivíduo assim como de cada uma das áreas em que podem existir necessidades, o que facilita a planificação de programas de tratamento e de prestação de serviços e, por outro lado, permite descrever e valorizar as alterações que se verificam ao longo do tempo, centrando-se o último nas possibilidades do contexto ambiental que proporciona os serviços e apoios necessários para que o sujeito tenha uma vida satisfatória para o seu crescimento e desenvolvimento.

Para Vieira e Pereira (2003) esta difere de definições anteriores, uma vez que especifica áreas de adaptação, acentua a relação entre limitações intelectuais e comportamento adaptativo, a importância das influências ambientais no funcionamento

intelectual e no adaptativo e acentua a importância da intensidade dos apoios necessários para melhorar o funcionamento da comunidade.

Nesta definição, as limitações funcionais são o resultado da interação entre as capacidades intelectuais e as exigências do meio onde a pessoa vive, as necessidades de apoio estão diretamente relacionadas com as limitações de funcionamento onde a existência ou não de apoio influenciam o funcionamento.

## **1.2. Diagnóstico da Deficiência Mental**

Um indivíduo assinalado com deficiência mental deve corresponder a regras e características previamente definidas.

De acordo com Alonso e Bermejo (2001) para tal acontecer não se deve confiar de maneira absoluta nos resultados dos testes e das provas psicológicas mas deve-se ao mesmo tempo fazer observações e apreciações sobre o comportamento da pessoa que se está a estudar, considerando a sua diversidade cultural e linguística, assim como as diferenças nos aspetos comunicativos e comportamentais.

Vieira e Pereira (2003) acrescenta, ainda, que as limitações específicas em algumas capacidades de adaptação coexistem muitas vezes com outras capacidades por vezes bastante desenvolvidas e com os apoios adequados durante o tempo necessário, o funcionamento do indivíduo com deficiência mental, no geral, irá melhorar.

Para o diagnóstico da deficiência mental, segundo Vieira e Pereira (2003) exige-se *a ocorrência simultânea de um funcionamento intelectual claramente abaixo da média e de um défice no comportamento adaptativo* (p.43).

De acordo com Reis e Peixoto (1990), Alonso e Bermejo (2001) e Correa (2005) a A.A.D.M, em 1992, propôs um sistema de classificação de pessoa mental que exige o cumprimento de três passos: o diagnóstico da deficiência mental, classificação e discriminação e o perfil e intensidade dos apoios necessários.

O primeiro passo deve basear-se em três critérios: o nível de funcionamento intelectual, o nível das competências adaptativas e a idade cronológica de aparecimento. É diagnosticada deficiência mental se o funcionamento intelectual de um indivíduo for aproximadamente, de 70-75 de QI ou menor, se existirem limitações significativas em duas ou mais competências adaptativas e se a idade de identificação for de dezoito anos, inclusive.

O segundo passo, identifica os pontos fortes e os pontos fracos da pessoa tendo como referência características psicológicas e emocionais, descreve o estado geral de saúde do indivíduo e a etiologia da condição e ainda o envolvimento atual do indivíduo e aquele que melhor facilitaria a continuação do seu crescimento e desenvolvimento.

O terceiro e último passo, identifica e determina a intensidade dos apoios que o sujeito necessita em quatro dimensões: a dimensão I referente ao funcionamento intelectual e às capacidades adaptativas, a dimensão II referente aos aspetos psicológicos e emocionais, a dimensão III referente aos aspetos físicos de saúde e etiológicos e por último, a dimensão IV referente aos aspetos ambientais ou envolvimentoais.

Segundo Landívar (1988) o diagnóstico e deteção da deficiência mental são a peça chave para a reabilitação e reeducação de um indivíduo, daí que deva fazer-se o mais cedo possível, salientando que é uma realidade a ser detetada, muitas vezes, em idades de tal forma avançadas que não permite planificar uma reeducação eficaz.

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

Apesar de existirem várias correntes para determinar o grau de deficiência mental, para Pacheco e Valencia (1997) in Bautista (1995) as técnicas psicométricas são as que mais se impõem utilizando para classificação o Q.I. (Quociente Intelectual), que é o resultado da multiplicação por cem do quociente obtido pela divisão da IM (Idade Mental) pela IC (Idade Cronológica).

Segundo Landívar (1988) e Correa (2005) existem cinco níveis ou graus de deficiência propostos pela A.A.D.M e pela O.M.S: o limite ou *bordeline*, a deficiência mental ligeira, a deficiência mental média, a deficiência mental severa e a deficiência mental profunda.

O **limite ou *bordeline***, segundo Landívar (1988) e Correa (2005) com um Q.I. de 68-85, foi recentemente introduzido e a ele correspondem crianças com muitas possibilidades mas com algumas dificuldades concretas ou com dificuldades apenas na aprendizagem.

Aqui podem incluir-se indivíduos provenientes de ambientes socioculturais desfavorecidos.

A **deficiência mental ligeira**, segundo Landívar (1988) e Correa (2005) com um Q.I. 52-68, engloba pessoas com problemas de origem cultural, familiar ou ambiental, não são claramente deficientes mentais, apresentam, apenas, um atraso mínimo nas áreas perceptivas e motoras, podem desenvolver aprendizagens sociais e de comunicação e adaptam-se e integram-se no trabalho, no ambiente familiar e social. Podem alcançar um nível escolar equivalente ao 1º ciclo do Ensino Básico.

A **deficiência mental média**, segundo Landívar (1988) e Correa (2005) com um Q.I. 36-51, inclui pessoas que podem adquirir hábitos de autonomia pessoal e social, com maiores dificuldades nos últimos, aprender a comunicar verbalmente, com dificuldades na expressão oral e que dificilmente dominam as técnicas instrumentais de leitura, escrita e cálculo. Têm um desenvolvimento motor aceitável e possibilidades de adquirir alguns conhecimentos prétecnológicos básicos para realizar algum trabalho.

A **deficiência mental severa**, segundo Landívar (1988) e Correa (2005) com um Q.I. 20-35, abrange pessoas com importantes problemas psicomotores, com um nível de autonomia pessoal e social muito baixo que necessitam de proteção e ajuda e com uma linguagem verbal deficitária. Poderão aprender algum sistema de comunicação, mas sempre com uma linguagem verbal muito deficitária.

A **deficiência mental profunda**, no dizer de Landívar (1988) e Correa (2005) com um Q.I. inferior a 20, é onde se incluem as pessoas com grandes problemas sensoriomotores e de comunicação com o meio, são dependentes dos outros em quase todas as funções e atividades e com *handicaps* físicos e mentais gravíssimos. Excepcionalmente, terão autonomia para se deslocar e responder a treinos simples de autoajuda.

Segundo Vieira e Pereira (2003) a A.A.D.M. estabelece apenas quatro graus de classificação de deficiência mental, com valores de Q.I. distintos dos referenciados anteriormente. Num primeiro nível, encontra-se a deficiência mental ligeira, com um Q.I. entre 55 e 70; no segundo a moderada, com um Q.I. entre 40 e 54; no terceiro, a

grave com um Q.I. entre 25 e 39 e em quarto a deficiência mental profunda com um Q.I. inferior a 25.

Para além dos Q.I., a A.A.D.M. considera como determinante na sua classificação de deficiência mental, o comportamento adaptativo da pessoa, juntando diversos exemplos para idades e graus de deficiência (Vieira & Pereira, 2003).

A partir de 1992, com a última versão de deficiência mental da A.A.D.M. para concluir se um indivíduo possui ou não deficiência mental, para além do Q.I. é, também, avaliado o seu comportamento adaptativo, o que leva a concluir que fazer esta avaliação segundo uma escala rígida deixou então de fazer sentido, uma vez que foi atribuída, também, importância à forma como cada pessoa se adapta às condições de vida e às exigências do seu meio social.

No entender de Vieira e Pereira (2003) mais do que classificar as pessoas pretende-se classificar os apoios de que elas necessitam para melhorarem o seu funcionamento.

#### **1.4. Causas da Deficiência Mental**

Segundo Bueno (1990) *in* Correa (2005) existem dois tipos de causas na deficiência mental: as causas predisponentes, ou seja, a idade parental, a consanguinidade, fatores socioeconómicos desfavoráveis, fatores nutricionais e o fator sexo (masculino) e as causas determinantes ou aquelas que, por si só, podem determinar a existência de deficiência mental.

O autor (1990) faz ainda referência a categorias da deficiência mental onde considera na categoria I a deficiência mental devida a infeção, na categoria II a deficiência mental devida a agentes tóxicos, na categoria III a deficiência mental devida a traumatismo, na categoria IV a deficiência mental devida a desordens metabólicas, na categoria V a deficiência mental devida a aberrações cromossómicas, na categoria VI a deficiência mental devida a neoformações e tumores, na categoria VII a deficiência mental devida a influências pré-natais desconhecidas, na categoria VIII a deficiência mental devida a causas desconhecidas com signos neurológicos, na categoria IX a deficiência mental devida a causas desconhecidas sem signos neurológicos e por último a categoria X, em que a deficiência mental é devida a mais de uma causa provável.

Embora a etiologia da deficiência mental seja diversa, Pacheco e Valencia (1997) in Bautista (1997) classificam-na como tendo origem em fatores genéticos e em fatores extrínsecos.

Segundo os mesmos autores (1997) os fatores genéticos atuam antes da gestação, onde a origem da deficiência está determinada pelos genes ou herança genética. São fatores de tipo endógeno (atuam no interior do próprio ser).

Existem dois tipos de causas genéticas: as genopatias e as cromossomopatias.

Para os fatores extrínsecos, existe a seguinte classificação:

#### **1.4.1. Fatores prénatais**

Os fatores prénatais que atuam antes do nascimento, podem classificar-se de embriopatias (atuam durante os três primeiros meses de gestação) e fetopatias (atuam a partir do terceiro mês de gestação).

Dentro dos fatores que atuam sobre o embrião ou sobre o feto, dando origem a deficiência mental e/ou outras, destacam-se as infeções como a rubéola, citomegalia, herpes, sífilis congénita, lúes, listerioses e toxoplasmoses; as endocrinometabolopatias ou alterações endócrinas e metabólicas onde se destacam as perturbações da tiróide, diabetes, défices nutritivos, avitaminoses e outros; as intoxicações por tabaco, álcool, fármacos, estupefacientes, chumbo, mercúrio e outros; as radiações e as perturbações psíquicas (p.215).

#### **1.4.2. Fatores perinatais e neonatais**

Os fatores perinatais e neonatais atuam durante o momento do parto ou no recém nascido e onde se destacam, a prematuridade (recém nascido prétermo e de baixo peso), as metabolopatias (hiperbilirrubinemia, hipoglicemia, acidoses e outras), a síndrome de sofrimento cerebral devido a placenta prévia, traumatismo obstétrico, arrefecimento, hemorragia intracraniana, anoxia entre outras, as infeções como a meningite ou encefalite e incompatibilidade RH entre a mãe e o recém-nascido (p.216).

#### **1.4.3. Fatores pós-natais**

Ao fatores pós-natais atuam após o nascimento, como por exemplo, infeções (meningite, vacinas, encefalite), endocrinometabolopatias (hipoglicemia,

hipotireoidismo, hipertireoidismo, malnutrição, hipercalcemia), convulsões (síndrome de *West*, lesão cerebral), anoxia (cardiopatias congénitas, paragem cardíaca, asfixia), intoxicações (monóxido de carbono, chumbo, mercúrio), traumatismos crânio-encefálicos (hemorragias cerebrais) (p.216).

#### **1.4.4. Fatores ambientais**

Segundo Reis e Peixoto (1990) os fatores ambientais (deficientes “culturais familiares”, são geralmente ligeiros ou *bordeline*, com antecedentes em qualquer familiar próximo, não se detetando nenhuma patologia orgânica e pertencendo geralmente a famílias de baixo nível cultural e socioeconómico) (p.31).

Para os mesmos autores (1990) não é fácil classificar as causas da deficiência mental, mas aceitando as mais indicadas por especialistas nesta área enumeram três tipos de causas.

As causas ambientais que abrangem as causas biológicas (pré-natais (alcoolismo, rubéola e outras), perinatais (anoxia) e pós-natais (acidente) e as psicossociais afetivas; as causas genéticas: genicas e cromossómicas e a causa desconhecida ou mista (p.31).

### **1.5. Adaptação do Indivíduo Portador de Deficiência ao Meio: Modelo de Risco de Desenvolvimento**

O modelo de risco de desenvolvimento foi defendido por Greenbaum e Auerbach (1982) como um modelo de risco de desenvolvimento na deficiência mental.

Um indivíduo portador de deficiência mental

*está mais vulnerável ao risco porque apresenta problemas neurológicos, físicos e psicológicos que dificultam o seu processo de adaptação e autonomização como indivíduo. Neste modelo, o “risco” relaciona-se como a probabilidade de determinado factor ou situação ter efeitos adversos no crescimento individual* (Ferreira e Lapa, s/data, p.23).

Distinguem-se assim duas formas de risco: os fatores externos (de risco e protetores/facilitadores) e os fatores internos (de risco e protetores/facilitadores).

Os fatores externos estão relacionados com o meio e a exposição do indivíduo a situações externas que podem influenciar de forma negativa o próprio desenvolvimento. Segundo Ferreira e Lapa (s/data) falamos em fatores de risco, como *pouca oportunidade*

*de usufruir da educação e/ou escolaridade, negligência, abuso físico, psicológico e sexual, troça e estigmatização pela sociedade (p.23).*

De facto, o meio tanto pode oferecer situações positivas como negativas.

Como fatores protetores do meio, Ruttler (1987) *in* Ferreira e Lapa (s/data) referem aqueles que protegem o indivíduo do risco, como por exemplo, a proteção familiar.

No entender de Ferreira e Lapa (s/data) os fatores considerados *facilitadores do meio actuam no indivíduo no sentido de promover o desenvolvimento em vez de evitar o risco (p.23).*

Segundo Antonovsky (1987) *in* Ferreira e Lapa (s/data) estes fatores são considerados como salutogénicos, aqueles que contribuem para a saúde e para o bem estar pessoal e social do indivíduo. Os fatores de risco internos são aqueles que podem influenciar todas as pessoas em geral, como por exemplo, uma doença. Distinguem-se dos mecanismos, com o intuito de compreendermos *os efeitos da exposição a potenciais riscos do meio*, como a vulnerabilidade e a resiliência (p 24).

A vulnerabilidade é definida por Greenbaum e Auerbach (1992) *in* Ferreira e Lapa (s/data) como a possibilidade do indivíduo *ser exposto a um acontecimento externo adverso e sofrer danos no seu desenvolvimento, quer a nível psicológico quer a nível físico, ou a ambos (p.24).*

A resiliência refere-se à possibilidade de se reparar eficazmente, face a *situações adversas (p. 24).*

Segundo Ferreira e Lapa (s/data) *sendo a vulnerabilidade e a resiliência características do indivíduo, estas podem ser afectados pelo meio nos vários estádios do seu desenvolvimento (p.4).*

Em relação aos fatores internos protetores, devemos ter em conta que o sujeito possui características que o facilitam a lidar com as situações de risco.

Os fatores internos, considerados facilitadores são definidos pelas autoras (s/data) *como a capacidade de activar estratégias de coping*, depois de experimentar os efeitos de exposição ao risco (p.25).

O meio ambiente, as características de vulnerabilidade e resiliência constituem dimensões de risco ecológico, em que podem passar de um fator negativo para positivo, ou vice-versa, sempre num processo contínuo.

O grupo de indivíduos portadores de deficiência mental *constitui um exemplo de como o desenvolvimento representa um risco adicional à consequência ou resultado da sua patologia, por ter alta vulnerabilidade e/ou baixa resiliência* (p. 25). São indivíduos que possuem escassos recursos face aos danos quotidianos, onde se deparam, mais do que os *handicaps* físicos e psicológicos, com prolemas sociais de rejeição, discriminação, esteriótipos, etc. São suscetíveis de risco para o desenvolvimento integral do indivíduo.

Ferreira e Lapa (s/data) referem que um seio familiar com poucos riscos e com fatores protetores podem facilitar o desenvolvimento do sujeito, diminuir a vulnerabilidade e aumentar a sua resiliência em contacto com o meio.

### **1.6. Intervenções Educativas**

Segundo Pacheco e Valencia (1997) *in* Bautista (1997), Reis e Peixoto (1999) e Royo e Urquizar (2005) existem diversas etapas educativas que podem ser estabelecidas para potencializar o desenvolvimento da criança com deficiência mental e onde destacam a educação realizada em casa, no jardim de infância e no 1º Ciclo do Ensino Básico.

No que respeita à educação realizada em casa, Pacheco e Valencia (1997) *in* Bautista (1997) consideram que esta etapa é a mais importante no seu desenvolvimento. É uma fase em que a criança está em permanente contacto com os pais, creches ou amas e em que a ação pedagógica tem maiores hipóteses de eficácia.

Segundo Speck (1978) *in* Pacheco e Valencia (1997) *in* Bautista (1997) esta possibilidade de ser mais eficaz baseia-se, fundamentalmente, no facto do meio ambiente ter enorme influência na aprendizagem, através da estimulação que é dada à criança, por os primeiros anos da infância serem o período mais favorável para a estimulação e por último, o facto de nesta fase a educação não requerer tanto esforço como em idades superiores.

Os primeiros agentes de educação a exercer esta ação são os pais ou outras pessoas que façam parte do seu ambiente familiar, por esse motivo é necessário e importante que estes recebam o apoio e orientações necessárias sobre as possibilidades de desenvolvimento da criança e, assim, a poderem favorecer desde o início.

De acordo com Pacheco e Valencia (1997) *in* Bautista (1997) a educação precoce deverá fomentar todos os aspectos do desenvolvimento, como a motricidade, percepção, linguagem, socialização e afetividade que devem ser considerados e entendidos globalmente.

Na etapa educativa que corresponde à educação pré escolar deve haver já uma atuação pedagógica orientada para as crianças com deficiência mental falando-se, mesmo, de educação organizada.

Para Speck (1978) *in* Pacheco e Valencia (1997) *in* Bautista (1997) as tarefas fundamentais que a educação pré escolar deve abranger são a estimulação e motivação para a aprendizagem e para atividades relacionais, a educação sensoriomotora e psicomotora, treino de autonomia e hábitos de higiene, educação rítmica, iniciação à comunicação social e educação verbal elementar.

No que respeita à educação na escola esta é uma fase em que se deve investir no desenvolvimento de todas as potencialidades da criança deficiente, com o objetivo de a preparar para enfrentar sozinha o mundo em que tem de viver, pelo que devem ser favorecidas todas as atividades que a ajudem a adquirir as capacidades necessárias para se desenvolver como ser humano.

Segundo Speck (1978) *in* Pacheco e Valencia (1997) *in* Bautista (1997), Bach (1969) estabeleceu como áreas a desenvolver a socialização, a independência, a destreza, o domínio do corpo, a capacidade perceptiva, a capacidade de representação mental, a linguagem e a afetividade.

Os currículos devem ser adaptados às necessidades de cada indivíduo, a escolha dos objetivos e dos programas de aprendizagem deverá depender da situação individual da cada criança. Devem ser consideradas as potencialidades de cada um, pelo que o ensino deverá ser individualizado.

Conforme Pacheco e Valencia (1997) *in* Bautista (1997) citando Speck (1978) Piaget estabeleceu cinco princípios para a educação dos deficientes mentais, o princípio ativo, o princípio de estruturação, o princípio de transferência, a associação da linguagem e da ação e por último a motivação para as aprendizagens sociais.

No princípio ativo para que haja aprendizagem a criança deve lidar diretamente com os objetos, devendo o ensino teórico e de mera representação dos objetos ser colocado à margem.

No princípio da estruturação o ensino deve ser subdividido em pequenas etapas, avançando a pequenos paços.

O princípio da transferência é considerado o mais complexo uma vez que é necessário repetir muitas vezes uma determinada aprendizagem.

Para que haja associação da linguagem e da ação, toda a ação deve estar ligada à palavra correspondente.

Na motivação para as aprendizagens sociais no respeito à educação dos deficientes mentais é necessário criar situações positivas de aprendizagem nos aspetos sociais e afetivos.

## **2. A Sexualidade e a Pessoa Portadora de Deficiência Mental**

Como é de conhecimento geral, nós enquanto seres humanos somos seres sexuados, independentemente da cor, raça, religião, deficiência. A sexualidade é segundo Marques e Forreta (s/data) uma característica *inerente e intrínseca do ser humano exprime-se e manifesta-se de modo diferenciado em cada pessoa, em função da idade, sexo e cultura* (p.45).

Desta forma e destacando as pessoas portadoras de deficiência mental, uma vez que como seres humanos possuem também os mesmos mecanismos que os levam a ver, ouvir, cheirar, falar, tocar, sentir, desejar e expressar-se no âmbito sexual.

Contudo, socialmente, a visão que nós temos, perante este grupo específico, é o de que a forma como se expressam e entendem a sexualidade não é aceite, tendo em conta os valores culturais e sociais, as normas e o contexto em que se insere.

Segundo Marques e Forreta (s/data), as nossas atitudes face aos comportamentos sexuais de um indivíduo com deficiência mental poderão ser fundamentos diários.

De acordo com Félix (1995) *in* Marques e Forreta (s/data) refere que *as pessoas portadoras de deficiência mental são muito directas, expõem o seu corpo e as suas práticas (como a masturbação), não demonstram uma orientação sexual clara e dirigida* (p.45).

Contudo, Amor Pan (1997) *in* Marques e Forreta (s/data) argumentam que *não se podem exigir condutas apropriadas se não se proporcionam os indispensáveis referentes, através de um processo educativo pertinente* (p.46).

De acordo com Félix (1995) as atitudes sociais, moldadas pelo preconceito e, também, pela ignorância, traduzem-se num conjunto de comportamentos que negam alguns dos mais elementares direitos das pessoas com deficiência, nomeadamente, no que respeita ao seu aspeto afetivo e sexual.

*As barreiras que podem limitar a vivência da sexualidade do deficiente mental seriam físicas, psicológicas e sociais. São barreiras físicas a falta de aptidão verbal, de locomoção, de higiene pessoal e maneirismos; as barreiras psicológicas seriam tédio, isolamento, depressão e baixa autoestima; as barreiras sociais estariam no isolamento, falta de convívio entre amigos, discriminação e preconceitos sociais (Gale, 1989 in Maia & Camossa, 2003, p.206).*

Mais fatores sociais, acrescenta o mesmo autor (1995) prendem-se com o desenvolvimento psicológico e sexual, destacando a autoconfiança, a autoestima, a identidade pessoal e as manifestações sexuais, entre tantos outros.

Neste contexto de mitos e tabus, Maia e Camossa (2003) refere que *a sexualidade de uma pessoa deficiente mental vem marcada por dois grandes mitos (crenças sociais): primeiro que ela é assexuada e segundo, que é hipersexuada (p.206).*

Estes mitos não têm em consideração as necessidades, os sentimentos e os desejos sexuais dos portadores de deficiência mental.

Acrescenta a mesma autora (2003) que existe um dogma da assexualidade – a ideia de que a pessoa com deficiência mental é uma criança angelical e desprovida de sexo – enquanto o da hipersexualidade – é de que ela é uma aberração, um desvio, dotada de uma sexualidade exagerada, agressiva e animalésca – acabem reforçando atitudes em relação ao deficiente mental que levam ao isolamento, à segregação e à ignorância sobre os aspetos da sua sexualidade.

Se falar de sexualidade não é tarefa fácil, quando diz respeito a portadores de deficiência tudo se torna mais difícil, uma vez que estes dois conceitos por si só estão carregados de conotações negativistas e preconceituosas.

Presume-se que ao longo da sua vida, o indivíduo portador de deficiência mental seja educado sexualmente pela família, através de preconceitos.

Se a sexualidade em geral está cheia de mitos e tabus, a dos indivíduos com deficiência está muito mais, embora os estereótipos existentes sobre a sexualidade em geral se apliquem de igual forma a estas pessoas, conquanto em tonalidades ainda mais negativas.

Se em relação à sexualidade dos portadores de deficiência muitas pessoas acham que eles não sentem quaisquer necessidades sexuais outras consideram o oposto, isto é, que eles só pensam em sexo. Estas opiniões encontram-se ambas erradas, pois eles são como todas as outras pessoas, ou seja, sendo seres humanos, têm impulso sexual.

Os deficientes, tal como acontece com todos os seres humanos, diferem entre si e, têm coisas em comum uns com os outros.

Segundo Gomes (1995) *in* Félix e Marques (1995) a sexualidade humana está mergulhada em várias contradições. Se por um lado existe o impulso sexual como fonte motivadora, por outro lado, opõe-se-lhe um sistema de crenças limitativo, porque apenas aceita a relação sexual quando acontece entre adultos heterossexuais casados.

A sexualidade dos indivíduos com deficiência mental coloca questões específicas que derivam das suas limitações, que os impedem de tomar a inteira responsabilidade pelas suas decisões e ações.

No que respeita à sexualidade, Gomes (1995) *in* Félix e Marques (1995) considera apenas dois grupos de portadores de deficiência mental, os do tipo ligeiro e moderado, por um lado, e os do tipo severo e profundo, por outro lado.

Quanto aos do tipo severo e profundo, o seu grau de dependência das outras pessoas é elevado e a sua autonomia bastante restrita o que faz com que, tal como acontece noutras áreas, na sexualidade, os seus comportamentos e aquisições sejam também limitados. Os autores (1995) salientam ainda que no campo da sexualidade este tipo de deficientes está exposto a problemas como, o abuso sexual de que possam ser vítimas, o mal estar de quem com eles lida perante a masturbação e a eventual masturbação em público.

Quanto aos de tipo ligeiro e moderado, esta questão torna-se mais complexa, pelo facto de serem mais autónomos e também por não poderem responsabilizar-se inteiramente pela sua vida ou da sua descendência.

Já López (2002) considera esta divisão de acordo com três dos tipos de deficiência mental. Assim, um indivíduo com um tipo de deficiência severa/profunda desenvolve todos os caracteres sexuais secundários, pratica a masturbação e tem falta de condições para um relacionamento afetivo sexual.

O indivíduo com deficiência mental moderada faz a diferenciação entre si e o outro, realiza explorações corporais, faz diferenciação anatómica entre os sexos,

compreende os papéis masculinos e femininos, utiliza o corpo como fonte de prazer embora tenha dificuldades em reconhecer as convenções sociais.

Por último, o indivíduo com deficiência mental ligeira tem compreensão das suas potencialidades sexuais, pratica a masturbação com objetivos concretos e intencionais, compreende os papéis masculino e femininos, utiliza o corpo como fonte de prazer, atinge a orientação sexual, elege parceiro com os mesmos interesses, possui capacidades para iniciar e manter relações amorosas, pode assumir a maternidade/paternidade, tem capacidade para a utilização de métodos contraceptivos.

O portador de deficiência mental, como qualquer outro indivíduo, tem necessidade de expressar os seus sentimentos de modo próprio e intransferível. A repressão da sexualidade, nestes indivíduos, pode alterar o seu equilíbrio interno, diminuindo as possibilidades de se tornar um ser psiquicamente integral. Por outro lado, quando bem encaminhada, a sexualidade melhora o desenvolvimento afetivo facilitando a capacidade de se relacionar, melhorando a autoestima e a adequação à sociedade.

Estes portadores de deficiência devem ser preparados antes da puberdade para as mudanças, físicas e outras que irão ocorrer na sua vida e tal como acontece com os adolescentes ditos normais, alertá-los para o comportamento sexual, devendo-se insistir, repetidamente, nas consequências do ato sexual, principalmente gravidez, doenças e outras.

Devem ser-lhe fornecidas informações que não o confundam e nunca contraditórias.

A inclusão e a integração a todos os âmbitos é muito importante, porém as questões ligadas ao afeto e à sexualidade não são menos importantes, pois só existe uma integração plena se todas as áreas forem tidas em atenção, caso contrário as competências afetivas não serão trabalhadas e a integração será sempre incompleta.

Segundo Amor Pan (1997) *in* Marques e Forreta (s/data) *não se pode deixar pensar que as deficiências da educação afectivo-sexual contrastam fortemente com o nível alcançado noutros aspectos da integração e normalização do deficiente psíquico* (p.46).

Todos nós podemos contribuir e assumir um papel ativo no processo educativo e sexual do cidadão com deficiência mental, assim como outros intervenientes indirectos, como os meios de comunicação, destacando as telenovelas e filmes portugueses.

Contudo, apesar da maior parte da informação ser adquirida pelo indivíduo portador de deficiência mental através da televisão, revistas, grupos de pares, a mesma é insuficiente e muitas vezes incorreta. Devemos ter em atenção que a maioria deste grupo específico, não sabe ler nem escrever e a interpretação que fazem da informação nem sempre é a correta.

*Face a este quadro, que nos parece representativo e vulgar, pensamos que, se se procura que as pessoas portadoras de deficiência mental adquiram um conjunto vasto de competências (como a alimentar-se sozinhas ou a de ter normas de higiene pessoal) e que atinjam objectivos definidos pelo universo escolar – quando é o caso – e se insiram até no mundo do trabalho e na vida em sociedade, devem também introduzir-se conteúdos de uma educação sexual adequada e articulada com o restante currículo. (Marques & Forreta, s/data, p.46).*

Marques (1995) *in* Marques e Forreta (s/data) afirma que por educação sexual poderemos, então, entender o conjunto de acções formais, estruturadas e intencionais visando (...) a compreensão, a aceitação e a vivência positiva da sexualidade (p.47).

Por outras palavras, a educação sexual tenta relacionar a complexidade do homem e a sua sexualidade.

*A educação sexual é um processo pelo qual os pais e educadores se esforçam para informar e formar os educandos no campo da sexualidade, para que estes possam aceder ao total desenvolvimento do seu ser, como homens e como mulheres, de modo a que sejam capazes de viver como seres plenamente humanos na sua vida afectiva, pessoal e social, e por sua vez livres e responsáveis (Amor Pan, 1997 *in* Marques & Forreta, s/data, p.48).*

No entender de Gomes (1995) *in* Félix e Marques (1995) não informar corretamente as pessoas com deficiência mental sobre a sexualidade é deixá-los entregues à ignorância, ao acaso e assim, contribuir para o confinamento originado pela sua deficiência (p. 24).

### **2.1. Objectivos da Educação Sexual e a Especificidade das Pessoas Portadoras de Deficiência Mental**

No entender de PPES/APF/DGS (1999) *in* Marques e Forreta (s/data) o objetivo primordial da educação sexual é contribuir (ainda que parcialmente) para uma vivência mais informada, mais autónoma e, logo, mais responsável da sexualidade (p.49).

Mais do que adquirir conhecimentos, a educação sexual é ganhar competências para tomar decisões de forma autónoma, no campo sexual, compreendê-la e acima de tudo vivê-la.

A educação sexual deve servir para a promoção do desenvolvimento das competências cognitivas, facultando toda a informação necessária, auxiliar a sua compreensão, apelar à consciência de todos para a necessidade da mesma ser trabalhada.

Os objetivos da educação sexual, tendo em conta as características dos indivíduos portadores de deficiência mental, são:

- *Facilitar as relações interpessoais em geral e fomentar atitudes abertas em relação aos outros, às suas ideias, sentimentos e formas de ser;*
- *Treinar a aceitação do outro tal como é, com as suas particularidades, vendo as diferenças mais como uma riqueza do que um obstáculo;*
- *Facilitar experiências de integração e de afirmação pessoal, que reforcem a confiança no seu valor pessoal e elevem a auto-estima;*
- *Ajudar a descoberta natural e espontânea do outro sexo, à margem de separações artificiais;*
- *Criar um clima de comunicação e confiança entre ambos os sexos, orientando e facilitando a tendência natural para o contacto mútuo;*
- *Garantir formas de encontro que facilitem essa aproximação mútua no convívio quotidiano, que redundará num crescimento maduro e positivo, num processo gradual e contínuo (Amor Pan, 1997 in Marques & Forreta, s/data, p.50).*

Tendo em consideração os objetivos estipulados por Amor Pan (1997), Hingsburguer, transfere-os para o campo dos problemas com que frequentemente se confrontam os portadores de deficiência mental. Fá-lo da seguinte forma:

- *Desenvolvimento de uma auto-estima forte (para mitigar o alto nível de aquiescência);*
- *O estabelecimento de competências para estabelecer relações de amizade com pessoas da sua idade;*
- *A disponibilização de conhecimentos sobre a sexualidade;*
- *Desenvolvimento de uma atitude positiva face à sexualidade;*
- *A atenção à gestão de sentimentos associados a experiências sexuais negativas já ocorridas;*
- *A aceitação da conduta sexual como parte importante do desenvolvimento dos outros;*
- *O incremento de sentimentos de poder pessoal (McCabe in Marques & Forreta, s/data, p.51).*

## **2.2. Etapas Fundamentais de um Programa de Educação Sexual para a Deficiência Mental**

Os objetivos anteriormente delimitados pelos autores citados, servem de base à intervenção, neste âmbito, com a camada populacional deficiente mental, tendo em conta as necessidades e a realidade destes indivíduos, nomeadamente no seio institucional.

Os profissionais e as instituições são o grande ponto de partida neste tipo de programas, pois toda a equipa deve estar envolvida na concretização do mesmo, quer a equipa técnica, quer a equipa auxiliar, quer a equipa administrativa. Todos devem informar, opinar, transmitir, comunicar, organizar, sugerir, intervir.

Parece-nos claro que estes intervenientes em habilitações literárias, experiências e funções diferentes, têm a sua própria visão do tema. Estes fatores podem ter a ver com o resultado da intervenção, dependendo do à vontade, motivação, interesse.

*De modo simplificado, julgamos ser imprescindível que, pelo menos, todos os profissionais possuem informações mínimas acerca da intenção de dar início a um trabalho planeado de educação sexual, tenham tido oportunidade para se expressar sobre ele e de manifestar a sua disponibilidade ou indisponibilidade para participar nas suas actividades (Marques & Forreta, s/data, p.52).*

Algumas vezes, o tema não é abordado com clareza, de forma inadequada, o que pode traduzir-se numa atitude de desistência de continuar. Por outras palavras,

*deve ser clarificado desde logo o que se entende por educação sexual: que esta inclui muitas das actividades correntes já desenvolvidas pelos profissionais; não se refere estritamente ao tratamento de temas ligados ao sexo; que deve, idealmente, ser integrada nas restantes actividades pedagógicas. Com esse procedimento poder-se-ão ganhar mais aderentes do que referir apenas os termos educação sexual sem aferir os significados atribuídos pelo senso comum e, também, pelos profissionais (Marques & Forreta, s/data, p.52).*

Inicialmente a equipa multidisciplinar tem de fazer um levantamento da definição de sexualidade, tendo em conta o funcionamento das instituições e as necessidades dos clientes.

Embora os objetivos de uma forma geral tenham a mesma base, estes devem ter em conta sempre a realidade social dos destinatários das instituições,

*o que mais interessa no momento de elaborar os objectivos, sejam eles gerais ou específicos, não é tanto o rigor da sua expressão ou formulação,*

*mas antes a sua adequação e configuração relativamente ao nível de desenvolvimento concreto dos alunos, ao contexto social e cultural no qual estes se movem, e o seu carácter empírico e não apenas teórico (Ariza, 1991 in Marques & Forreta, s/data, p.53).*

Assim, é muito importante fazer o diagnóstico de quais os conhecimentos que os clientes possuem, como os adquiriram, o que pretendem saber mais e o que precisam saber.

Os métodos de recolha de dados são muitos importantes, pois

*a observação directa de comportamentos, a utilização de exercícios simples (com base em desenhos ou num conjunto de tarefas), debates, visionamento de filmes, utilização de imagens de revistas, questionários ou entrevistas individuais são apenas exemplos de processos viáveis para a recolha de informações acerca dos conhecimentos, das crenças, das atitudes, das expectativas e dos comportamentos dos grupos com os quais se desenvolverá o programa ou projecto (Marques & Forreta, s/data, p.53).*

As instituições deveriam ter um regulamento interno que explicitasse a base dos objetivos para a elaboração de um programa de educação sexual que, segundo Amor Pan (1997), se devem basear em três áreas: bem-estar físico, mental e social.

Após haver um consenso da equipa, os objetivos estarem definidos e os métodos selecionados, a instituição tem um longo trabalho a realizar.

### **2.3. A Perceção dos Profissionais em Relação à Sexualidade dos Indivíduos Portadores de Deficiência Mental**

Segundo G. Rosana (2007) abordar a sexualidade, desde sempre, foi considerado assunto tabu, de forma geral, abordar a temática na população com deficiência mental, é um assunto tabu específico.

No decorrer dos últimos 10 anos, este tema tem vindo a ser alvo de pesquisa e investigação por parte da psicologia, sociologia, psicopatologia, entre outras ciências.

Como é que o portador de deficiência mental vê a sua sexualidade?

A autora (2007) refere que o atendimento dos técnicos *está cada vez mais se afastando de uma postura clínica tradicional* (p.11) ou seja, um tratamento cuidado, diferenciado e protegido, com o objetivo de autonomizar e integrar socialmente o indivíduo portador de deficiência. Os profissionais e a família passaram a olhar não especificamente para a deficiência, mas a ver este indivíduo como um todo, percebendo

que antes de serem deficientes, são seres humanos, *com necessidades, interesses e aptidões individuais como qualquer um* (p. 12).

Esta tomada de consciência conduziu, por parte dos técnicos, à adoção de uma postura que implica algumas alterações nos sistemas educacionais e terapêuticos, tendo em conta todas as preocupações de vida do cidadão com deficiência, incluindo a sexualidade.

A questão da sexualidade é evidenciada no dia a dia das instituições que trabalham com este tipo de população específica. Estas questões realizam-se através das interações entre os seus clientes, questionando as suas dúvidas, as suas curiosidades.

É admirável termos conhecimento de estudos neste âmbito. Como tal, salientamos um estudo realizado a nível nacional pela APPACDM (Setúbal), *in* Amaro e Forreta (2000) *in* Marques (s/data) que como resultados *revelou que 81,7% dos técnicos de reabilitação inquiridos afirmam que este tema está sempre presente nos diagnósticos de necessidades que realizam às crianças e jovens com quem trabalham*, (p.73).

Tendo em conta a bibliografia sobre o tema, o presente estudo e os realizados até ao momento, rapidamente percebemos que os técnicos criam expectativas, o duplo trabalho que a sexualidade exige trabalhar, a família e os clientes, por vezes conduz o profissional

*a partilhar as mesmas perspectivas que o senso comum acerca da sexualidade e da Educação Sexual envolvendo pessoas portadoras de deficiência, ou seja, a menosprezar a importância da esfera afectivo-sexual, em detrimento de outros objectivos educativos, associando-se também algum receio de assumir a responsabilidade de valorizar estes temas* (Marques, s/data, p.73).

Quando as atividades de educação sexual são inseridas no plano de atividades institucional, os profissionais explicitam as suas dificuldades.

No entanto, esta preocupação não permitiu que a sexualidade dos portadores de deficiência deixa-se de ser um tabu.

No entender de Glat (1989) e Lipp (1983) *in* G. Rosana (2007) existe uma crença de que *os portadores de deficiência mental não têm condições de controlar seus impulsos sexuais e que precisam de ser medicados e que as pessoas portadores de deficiência são também deficientes ou retardadas em seu desenvolvimento sexual e afetivo* (p. 15).

Desta forma, os profissionais e os próprios familiares ignoram a sexualidade dos seus filhos, clientes deficientes, não os informando, nem os orientando a este respeito.

Assim podemos afirmar que existem estereótipos ligados à sexualidade e à deficiência mental, que passam por definir este indivíduo como alguém que adota comportamentos inapropriados em relação à sua sexualidade, *sexualmente agressivo, ou então assexuado, um ser demoníaco, uma eterna criança* (p15).

Há um facto real que até aqui não foi mencionado e que deve ser tido em conta, qualquer formação de base de um curso superior (licenciatura) é nula em relação a esta temática,

*não tem havido, de facto, uma generalização de oportunidades planeadas, organizadas e orientadas por docentes ou formadores habilitados para o efeito, para que os profissionais adquiram ou reformulem conhecimentos, desenvolvam competências e, sobretudo, reflectam sobre o seu modo pessoal de encarar as questões da sexualidade e, particularmente, a das pessoas portadoras de deficiência* (Marques, s/data, p.74).

Assim, com falta de bases na sua formação, o profissional é obrigado a adquirir os conhecimentos isoladamente, o que muitas vezes é consequência de uma grande insegurança. Acrescenta-se a este sentimento, o receio de muitas vezes o técnico ser negado e não aceite pelas famílias dos clientes.

Paramos para dar respostas as todas as dúvidas, receios, inseguranças. Que respostas dar?

*Para dar resposta a estas carências, interrogações e ansiedades, haverá então que aumentar e reforçar as competências dos profissionais para, em concreto, desvanecerem as dúvidas e receios colocados pelos pais, para encontrarem formas diversas de articular as suas intervenções com as funções desempenhadas pelas famílias na educação dos seus filhos* (Marques, s/data, p.74).

Outra forma de ultrapassar todas estas questões prende-se com a necessidade de considerar a sexualidade uma área multidisciplinar, em que toda a equipa deve ser envolvida, de forma a ninguém vulgarizar o tema.

#### **2.4. A Perceção da Família em Relação à Sexualidade dos Indivíduos Portadores de Deficiência Mental**

A postura dos pais, segundo Félix e Marques (1995) *in* Albuquerque e Ramos (2007), é frequentemente a negação da realidade sexual, tão visível no seu filho (a),

*tentando escondê-la sob o manto de “criança” que têm e continuará a sê-lo pelo resto da vida (p.106).*

De acordo com as mesmas autoras (1995) os portadores de deficiência mental são considerados assexuados, sendo assim, muitas vezes, rotulados por ideias préconcebidas que levam à desvalorização das suas capacidades e particularidades. Assim sendo, a sexualidade tem de ser encarada como a mais normal das características humanas e é sentida de igual forma entre todos.

*(...) os pais experimentam uma decepção ao tomar conhecimento de que o filho é portador de uma deficiência. O nascimento de um filho faz reviver, na fantasia da mãe, sua própria infância, ocupando o lugar do sonho perdido, preenchendo o que faltou ou reparando o que não se realizou na história da vida materna. A vinda de um filho ou deficiente causa um choque à mãe, pois renovam-se os vazios, voltam as frustrações vividas antes e que a vinda de um filho tinha por missão resolver (...) (Regen, Ardore e Hoffmann, 1993 in Pieczkowski, 2007, nº30).*

Assim, podemos considerar que a família não interage propriamente com o indivíduo portador de deficiência mental, mas sim com as crenças, práticas e percepções que ao longo do tempo foi construindo.

Sendo os pais e os profissionais as pessoas que mais lidam com os portadores de deficiência, deveria partir dos mesmos desmistificar o conceito da sexualidade. No entanto, Albuquerque e Ramos (2007) afirmam que a grande maioria dos pais pensa, inconscientemente, nos seus filhos como sendo as “eternas crianças”, “afirmam que o seu filho não está envolvido com a sexualidade”. Assim, estes pais tomam atitudes mais liberais quando se trata dos filhos dos outros e atitudes mais conservadoras em relação à sexualidade dos próprios filhos. Estas atitudes conservadoras implicam uma superproteção por parte dos pais.

Segundo Pan (1997) (*in* Albuquerque & Ramos, 2007) as razões para esta intolerância podem ser encontradas na ignorância e na ansiedade face a possíveis abusos sexuais. Deste modo, na generalidade existe um grande receio dos pais face a esta problemática. Já por parte dos profissionais verifica-se que a maior parte dos inquiridos manifestam atitudes conservadoras.

Há a tendência para num contexto institucional, profissionais e pais formularem um sistema de representações, acerca da sexualidade atribuindo características próprias. Para Albuquerque e Ramos (2007) este sistema baseia-se na ideia que o portador de

deficiência mental estaria na origem das suas formas particulares da expressão sexual, de modo que a sexualidade destes indivíduos resulta como incontrolável ou inexistente.

*Considera-se importante dialogar abertamente com essa temática, a fim de que famílias, professores, funcionários, estudantes, enfim, todos os envolvidos no processo educacional de pessoas com deficiência mental possam compreender que a sexualidade é parte integrante da vida e não pode ser negada. Observa-se que há uma certa inquietação para abordar esse tema, especialmente nos aspetos do permitido, do prazeroso e do humano, priorizando-se mais a sexualidade biologizada, anatómica, fragmentada, origem de culpas. A dicotomia bem/mal se torna presente em expressões como “ele é deficiente, mas isso sabe fazer”, quando a pessoa com deficiência mental expressa de alguma maneira sua sexualidade. Essas manifestações são presenciadas no quotidiano, quer provenientes de profissionais ou familiares de educandos (Pieczkowski, 2007, nº30).*

Para desenvolvemos as competências necessárias para trabalharmos a sexualidade com pessoas com deficiência mental, é bastante importante perceber até que ponto podemos alcançar mudanças conceituais e nas condutas parentais, relativamente à vida sexual dos seus filhos/familiares com deficiência mental, a partir da aplicação de um Programa de Educação Sexual, onde *é fundamental o aconselhamento aos pais e os objetivos frente à família são:*

- *Trabalhar o medo e a ansiedade dos pais quanto ao futuro sexual dos filhos;*
- *Esclarecer sobre a variação das condições e manifestação sexuais;*
- *Orientar sobre os limites para a adaptação do comportamento sexual;*
- *Diminuir o preconceito e incentivar a comunicação dos pais quanto à sexualidade;*
- *Auxiliar na compreensão da sexualidade como um direito à saúde sexual.*(Shimono & Barboza, s/data, p.5).

#### **2.4.1. Estratégias para Envolver os Pais em Atividades de Educação Sexual**

No processo de educação sexual é fundamental envolver a família, sensibilizando-a para a importância deste tipo de atividades.

*Assim, a explicação da intenção de dar importância ao tema da sexualidade nas actividades desenvolvidas com os seus filhos deve ser feita directamente pelos profissionais. Poderá criar-se um foco de incompreensão é transmitida, pela primeira vez, pelos seus filhos ou por outras pessoas. Seja por escrito ou presencialmente (que diríamos ser a forma ideal), esta informação deve ser difundida pelos profissionais directamente para os pais (PPES/APF/DGS, 1999 in Marques, s/data, p.66).*

É muito importante que neste contacto, entre profissionais e familiares, o técnico esteja mais seguro do que em qualquer outro tema. Assim, antes deste contacto, é importante que o profissional se prepare, para não hesitar, não ser incorreto, não se contradizer. A preparação prévia vai facilitar a comunicação com a família.

De modo a facilitar e amenizar a relação de ambas as partes num encontro com esta temática, o Coletivo Harimaguada (1994) propõe algumas estratégias:

- *O trabalho com pequenos grupos (...) formados a partir do critério de serem pais de crianças e jovens da mesma sala, turma ou grupo – para facilitar o conhecimento, a integração, a participação e a confiança mútua;*
- *A utilização de jogos de conhecimento, coesão e comunicação (...) – para além de serem uma estratégia lúdica, estes jogos ajudam a criar um clima de descontração;*
- *As dinâmicas de grupo (...) – que devem ser de vários tipos, para que impliquem todos os participantes, permitam a sua participação directa e tomem cada sessão de trabalho uma novidade;*
- *As festividades (...) – uma vez que são actividades em que os pais se relacionam de modo informal, podendo, com a continuidade dos encontros, ser uma oportunidade de os implicar e, simultaneamente, valorizar as suas iniciativas e a sua criatividade (in Marques, s/data, p.66).*

Para que estes encontros/sessões sejam ainda mais produtivos, as estratégias devem ser concebidas tendo em conta:

- *Uma boa planificação (...) – definindo previamente a sequência da acção, as metodologias, os recursos materiais e humanos necessários;*
- *Que sejam sessões muito dinâmicas (...) – combinando as estratégias expositivas com as mais dinâmicas, em que o grupo seja o verdadeiro protagonista;*
- *Que sejam de curta duração (aproximadamente de sessenta a noventa minutos) e que se realizem com uma certa periodicidade (...);*
- *Entregar uma folha-resumo por cada tema abordado com as orientações e ideias principais, com o objetivo de proporcionar mais reflexão e, sobretudo, de comunicação com outros membros da família ou pessoas conhecidas que não tenham podido assistir (...)(in Marques, s/data, p.66).*

É, de igual forma, importante nestes encontros existir um grupo heterogéneo e os profissionais enquadrarem a população no vocabulário, estratégias e metodologias, de forma a existir uma participação ativa de ambas as partes.

*Pelas condicionantes já anteriormente referidas, poderá revelar-se difícil e até frustrante a tentativa de envolver directamente os pais em programas e*

*atividades de Educação Sexual, qualquer que seja o contexto em que estes se desenvolvem. Mais acrescenta o autor que desde o momento deste tipo de experiências, as maiores dificuldades e decepções são sentidas quando, desde logo, aspiramos a um conceito único de participação, baseada em pressupostos rígidos e/ou irrealistas (Marques, s/data, p.67).*

Sem dúvida que, desde logo, devemos ter a noção do que é a participação e o envolvimento para cada um, definir de forma clara os pressupostos da convocatória, de forma a facilitar a comunicação e a relação entre a instituição e a família. Se tal se verificar, pressupomos que mais facilmente os objetivos serão atingidos com sucesso, pois

*o debate, a troca de experiências, a partilha de experiências, a partilha de modos de ser, pensar e fazer, a influência e o conhecimento mútuos são situações potencialmente enriquecedoras, motivantes e promotoras do desenvolvimento pessoal, dificilmente substituíveis pela relação interpessoal exclusiva com o profissional ou profissionais que se dedicam ao seu filho (Marques, s/data, p.69).*

O envolvimento familiar na educação sexual do indivíduo portador de deficiência mental proporciona uma melhor aceitação de ambas as partes, confiança, segurança e sem dúvida que é um grande passo para a vivência sexual com responsabilidade.

G. Rosana (2007) refere que os profissionais afirmam que a sexualidade das pessoas portadoras de deficiência mental não difere das dos demais. Dito de outra forma,

*estes indivíduos têm as mesmas necessidades que outro cidadão dito normal, ou seja, sentem desejo e prazer como qualquer outra pessoa, e, se ensinadas, podem aprender a controlar e exprimir esse desejo de forma socialmente apropriada. (16). Acrescentam ainda que como qualquer outra pessoa, eles tem o direito de exercer, de algum modo, a sua sexualidade e de desfrutar normalmente da convivência social e afetiva com membros do outro sexo. (G. Rosana, 2007, p.16).*

As experiências sexuais fazem parte integrante do processo de formação de identidade.

Retornando à questão fulcral,

*a sexualidade pode-se dizer que, de maneira geral, pessoas com deficiência mental exibem comportamentos sexuais inapropriados, ou são sexualmente inibidas ou inativas, por não lhes ter sido dada uma educação ou orientação sexual adequada, ou pelo menos, a oportunidade de aprender na vida, como os demais (G. Rosana, 2007, p.18).*

Curiosamente as autoras (2007) referem a existência de um ciclo vicioso, *o deficiente mental é considerado anormal e portanto é tratado com tal pelos outros*; conseqüentemente, em relação ao sexo (como em outros aspetos de vida) ele se comporta de maneira anormal; argumenta-se então que seu comportamento *patológico* provém de características (tanto orgânicas quanto psíquicas) intrínsecas suas (p.18).

Devido a este rótulo, o indivíduo deficiente, na prática e em termos jurídicos, fica impedido de casar, ter filhos, de levar uma vida sexual normal.

Outro estereótipo referido pelas autoras (2007) em relação à deficiência mental é *a aparente incapacidade de analisar a sua vida e expressar seus sentimentos: de dizer quem são e o que desejam* (p.19). Assim as necessidades destes indivíduos raramente são tidas em conta. Consideram-se assim os programas de educação sexual dirigidos a esta população.

## **2.5. O Perfil do Educador em Educação Sexual**

Tendo em conta a diversidade individual, é importante indagar um perfil para aqueles que assumem ou queiram vir a assumir estes tipo de atividades.

É indiscutível identificar as competências de cada um para o efeito, para dessa forma obter intervenções eficazes e produtivas, o importante é o educador respeitar e aceitar a pessoa portadora de deficiência mental e a sua respetiva sexualidade.

Contudo, por vezes não é fácil aceitarmos que um jovem portador de deficiência mental, um dia, será um adulto que tem necessidades afetivas, como qualquer um de nós.

É de igual forma relevante existir uma relação de confiança e afeto, de forma a conquistarmos o “nosso” cliente e a este estar confiante para nos colocar as suas dúvidas, os seus anseios, as suas curiosidade. Para tal, é necessário que o educador esteja preparado e se sinta à vontade para clarificar o educando, de forma clara, disponível e tranquila.

Dilys Went (1995) delimita a seguinte proposta, tendo em conta várias características do envolvimento de um profissional na área da sexualidade:

- o *Preocupação genuína com o bem-estar físico e psicológico dos outros;*
- o *Aceitação confortável da sua existência e a dos outros;*

- *Respeito pelas opiniões dos outros;*
- *Atitude favorável ao envolvimento dos pais e de outros agentes de educação;*
- *Compromisso de confidencialidade sobre as informações pessoais que possam ser transmitidas pelos outros;*
- *Capacidades para reconhecer as situações que requerem a intervenção de outros profissionais (in Marques, s/data, p.77).*

Sem dúvida que esta proposta clarifica as linhas orientadoras do perfil de um educador, que podem ser complementados com os fatores de sucesso neste tipo de atividades (Educação Sexual), propostos por Sanders e Swiden (1995) :

- *Seja tão neutro quanto possível;*
- *Não atribua previamente “certos” e “errados”;*
- *Controle a emissão de juízos de valor;*
- *Proporcione a identificação de valores pessoais (criando um clima aberto e não constrangedor);*
- *Actue pedagogicamente através da partilha em vez da imposição de definições do saber;*
- *Permita que se façam escolhas;*
- *Disponibilize material de apoio;*
- *Demonstre disponibilidade e confiança;*
- *Utiliza vocabulário adequado do ponto de vista técnico e pedagógico;*
- *Assente as suas informações/conhecimentos em dados científicos correctos e actualizados;*
- *Aborde conteúdos apropriados à faixa etária e nível de desenvolvimento dos alunos tendo sempre em conta os interesses destes;*
- *Procure a coerência entre as suas intervenções pedagógico-profissionais e as suas práticas como pessoa (in Marques, s/data, p.77).*

Ambos os autores (1995) propõem perfis simples, que, quando seguidos, podem estar na base de um saber estar, saber informar, saber intervir adequadamente, desenvolvendo atividades de cariz afetivo e sexual, individual e/ou em grupo, assegurando resultados positivos que se traduzem no bem estar físico, mental e social de todos os intervenientes: instituição, clientes e família.

Tendo em conta as linhas orientadoras de um projeto de educação sexual e do perfil de um educador, enquanto educadora social, fazendo um acompanhamento do desenvolvimento e evolução do indivíduo portador de deficiência mental, facilmente o projeto de intervenção se adaptou às necessidades de cada um, ajudando a abrir caminhos, dando a conhecer escolhas e oportunidades (aceitação, reconhecimento, prevenção e ação sobre as suas dificuldades e privações).

O educador social serve aqui, também, como mediador entre os clientes da

instituição e a família e os diferentes organismos, não só de forma a orientá-los mas, também, com eles realizar o projeto que permitiu, de alguma forma, a sua melhor integração na sociedade e, assim, ajudar no seu desenvolvimento, de forma o mais normal possível, apoiando a célula familiar, facultando informações para a justa integração do cliente, bem como a sua estabilidade.

Sempre que se possível, as atividades de educação sexual realizadas contaram com a participação de profissionais de diferentes áreas.

O educador social é um profissional que pode agir e interatuar na ajuda de resolução dos mais diversos problemas ligados à deficiência mental. Como profissional culto e atuante deve ser capaz de, profissionalmente, ajudar estas pessoas ou grupos com dificuldades.

Assim, foram criadas todas condições para que a pessoa deficiente mental desenvolvesse capacidades, possibilitando-lhe o aumento da autoestima e autoconfiança cruciais à sua positiva integração.

A tarefa do educador social, como figura de concessão, implementação e avaliação do projeto é prevenir e intervir, de forma a criar mudanças qualitativas na área a que se propõe investigar.

A educação social atua, pois, de modo interdisciplinar na proteção e promoção sociais, ajudando os indivíduos a construírem o seu projeto de vida e a contribuírem para uma sociedade melhor.

## **2.6. Aspetos Legais**

Legalmente, a sexualidade do portador de deficiência mental é considerada um assunto debatido, pois acareta uma série de fatores culturais, sociais e éticos que tem sido tema de discussão de profissionais, famílias e sociedade em geral.

Em Portugal, no campo jurídico, devemos ter em especial atenção que o indivíduo portador de deficiência mental é colocado à margem da sociedade e é-lhe negado o exercício da sua cidadania, a proibição do casamento e o direito à reprodução.

Os profissionais que trabalham diariamente com esta população específica, apelam constantemente, de forma direta e/ou indireta para a necessidade de todas as medidas referentes a esta temática serem revistas para o reconhecimento das pessoas com deficiência mental. Todos os cidadãos têm o direito à vida, que é um valor

inquestionável para a humanidade (*Art. 3º da Declaração Universal dos Direitos do Homem*), direito à família, que é um direito social de qualquer indivíduo (*Art. 26º 3 da Declaração Universal dos Direitos do Homem*), direito à educação e à orientação e formação profissional, que é de uma forma teórica assegurado a todos os seres humanos (*Art. 6º 1 da Lei de Bases do Sistema Educativo Português*), direito ao trabalho, que é tido como um direito fundamental humano (*Art. 58º da Constituição Portuguesa*), direito à cultura, à recreação e ao desporto, que são direitos importantes para qualquer pessoa (*Artsº 134º, 135º e 137º do Programa Mundial de Ação Relativo às Pessoas Deficientes*), direito à integração na comunidade e à participação e transformação social e à preparação para a independência económica (*Art. 29º 1 da Declaração Universal dos Direitos do Homem*), direito à liberdade de consciência, religião e culto (*Artsº 136º do Programa Mundial de Ação Relativo às Pessoas Deficientes*), direito à liberdade de informação e expressão (*Art. 37º da Constituição da República Portuguesa*) e o direito à liberdade de associação (*Art. 92º do Programa Mundial de Ação Relativo às Pessoas Deficientes*).

A Constituição da República Portuguesa afirma que as pessoas portadoras de deficiência mental devem ser educadas em e para a sociedade, através de programas e apoios especiais.

*Os cidadãos portadores de deficiência física ou mental gozam plenamente dos direitos e estão sujeitos aos deveres consignados na Constituição, com ressalva do exercício ou do cumprimento daqueles para os quais se encontrem incapacitados (Artigo 1º).*

*O Estado obriga-se a realizar uma política nacional de prevenção e de tratamento, reabilitação e integração dos cidadãos portadores de deficiência e de apoio às suas famílias, a desenvolver uma pedagogia que sensibilize a sociedade quanto aos deveres de respeito e solidariedade para com eles e a assumir o encargo da efectiva realização dos seus direitos, sem prejuízo dos direitos e deveres dos pais ou tutores (Artigo 2º).*

*O Estado apoia as organizações de cidadãos portadores de deficiência (Artigo 3º).*

A diferença não pode ser a razão para nos esquecermos que os direitos englobam todos os indivíduos, independentemente das suas limitações e incapacidades.

Como seres humanos seremos sempre seres em evolução, seres inacabados, mas sonhadores e como tal já referia António Gedeão (1956) (...) *o mundo pula e avança,*

*como bola colorida (...)*, uma bola que traz consigo a marca da diferença, pois é revestida de várias cores, umas mais alegres que outras. O mesmo se passa com um cidadão deficiente, é revestido de potencialidades e aptidões, em simultâneo com limitações e incapacidades.

## **Capítulo III – Caracterização Global dos protagonistas do estudo**

### **1. Caracterização geral da Instituição**

A ASCUDT fica situada na Avenida das Cantarias, Edifício Kolping em Bragança.

Foi constituída, em 19 de julho de 1993, por dez sócios fundadores, com e sem deficiência que apoiados pelo Projeto de Luta Contra a Pobreza pretendiam combater a exclusão social e promover a plena inclusão das pessoas portadoras de deficiência do Distrito de Bragança. A ASCUDT iniciou a sua atividade em 16 de Abril de 1994.

É uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), sem fins lucrativos, sob a tutela do Centro Distrital de Segurança Social de Bragança.

Pretende a reabilitação, integração, promoção pessoal, social, cultural e profissional de pessoas, através da realização de ações de solidariedade social, pela integração social e pela promoção de ações de carácter cultural, recreativo, desportivo, ocupação de tempos livres, o convívio social e a cooperação com outros organismos oficiais e particulares.

Da ASCUDT fazem parte os órgãos da associação, a direção e o conselho fiscal (ver anexo nº 1).

A instituição inclui cinco valências: o Centro de Atividades Ocupacionais (CAO), o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), o Serviço de Psicologia e Orientação (SPO), a Formação Profissional (FP) e a Residência Autónoma (RA).

#### **1.1. Caracterização geral dos sócios e clientes da instituição**

Com base no estudo sóciodemográfico da instituição, concluímos que, atualmente, a ASCUDT possui quinhentos e setenta e um sócios, sendo 65% do sexo masculino e 35% do sexo feminino. Deste total (571), 18% são, em simultâneo, clientes com deficiência.

As deficiências dos clientes estão distribuídas pelas mais diversas tipologias conforme demonstra a tabela 1, sendo deficientes mentais (16%), deficientes auditivos (12%), deficientes motores (11%), deficientes visuais (15%), deficientes com paralisia

cerebral (4%), deficientes mentais/motores (2%), paraplégicos (18%), deficientes físicos (14%), deficiências múltiplas (6%) e tetraplégicos (2%) (ver tabela 1).

Clientes com Deficiência Mental	Masculino	Feminino	Total
Deficiência Mental	12	4	16
Deficiência Auditiva	8	4	12
Deficiência Motora	7	4	11
Deficiência Visual	8	7	15
Paralisia Cerebral	2	2	4
Deficiência motora e mental	2	0	2
Paraplégico	17	2	19
Deficiência Física	8	6	14
Deficiências Múltiplas	4	2	6
Tetraplégico	2	0	2
Numero Total de Clientes com Deficiência			101

**Tabela 1:** Total de clientes por tipologia de deficiência.

## 1.2. Caracterização geral dos colaboradores da instituição

A instituição conta com colaboradores de diferentes formações académicas, como podemos comprovar através da tabela 2. A ASCUDT tem como objetivos formar adequadamente todos aqueles que intervêm direta ou indiretamente no acompanhamento e formação de pessoas com deficiência e suas famílias, desde auxiliares, técnicos e funcionários de instituições que lidam com este tipo de população. Para tal, frequentemente, dispõe de formação profissional, pretendendo proporcionar a todos os clientes, colaboradores e comunidade no geral, cursos de formação profissional vocacionados para colmatar as necessidades mais prementes deste tipo de população alvo.

Categoria	Habilitações
<b>Quadro ASCUDT</b>	
Diretora de Serviços	Licenciatura em Psicologia; Mestrado em Ciências da Educação; Pós-Graduação em Direção de Empresas
Motorista	9º ano
Auxiliar de Ação Direta	12º ano
Auxiliar Serviços Gerais	11º ano
<b>Estágios Profissionais IEFP</b>	
Psicólogo	Licenciatura em Psicologia
Educadora Social	Licenciatura em Educação Social
Terapeuta da Fala	Licenciatura em Terapia da Fala
Reabilitação Motora	Licenciatura em Reabilitação Psicomotora
Jurista	Licenciada em Direito
Engenheira Alimentar	Licenciatura em Engenharia Alimentar
<b>Contratos a Termo</b>	
Técnica de Contabilidade	Licenciatura em Contabilidade
Auxiliar de Ação Direta	Licenciatura em Educação Social; Pós-Graduação em Necessidades Educativas Especiais
Auxiliar de Ação Direta	Licenciatura em Serviço Social
Auxiliar de Serviços Gerais	12º ano

Programa Ocupacional IEFP	
Motorista	9º ano
Prestação de Serviços	
Auxiliar de Ação Direta	12º ano
Voluntariado	
Professor de Desporto	Licenciatura em Educação Física

**Tabela 2 – Quadro de colaboradores – 2010/2011**

## 2. Características gerais do grupo de participantes no estudo

De forma a concretizar os objetivos a que nos propusémos no ponto 3 do Capítulo I, num total de 16 deficientes mentais, considerámos a amostra de 10 indivíduos. Este número teve em conta a frequência com que os portadores de deficiência mental visitam a instituição, apenas 10 são clientes diários à instituição.

Apresentamos na tabela 3, de uma forma sucinta, a caracterização da amostra do estudo elaborado, com base nos dados colhidos através do inquérito por questionário aplicado aos familiares dos portadores de deficiência mental, tendo em conta os dossiers individuais de cada cliente, relatórios de avaliação psicológica e estudo sócio-demográfico institucional.

Contudo, convém esclarecer que a cada cliente da amostra foi-lhe atribuído um código, designado de C1 até C10, sendo o C de cliente e o número colocado aleatoriamente a cada um dos 10 clientes.

Código	Idade (anos)	Sexo	Habilitações Literárias	Situação familiar	Historial Clínico	Avaliação Pedagógica
C1	46	Masculino	2ª Classe	Tem uma irmã mais velha com quem habita, conjuntamente com o cunhado e sobrinho.	Défice Mental Moderado (Q.I. Total de 44)	O Cliente ingressou na escola primária onde frequentou a 1ª e a 2ª classe numa classe regular, apresentando muitas dificuldades. Não sabe ler, nem escrever.
C2	26	Masculino	2ª Classe	Vive com os pais e tem 3 irmãos independentes.	Défice Mental Grave (Q.I. Total de 35)	O Cliente 2 frequentou a escola regular até à 2ª classe, apresentando muitas dificuldades de aprendizagem e foi reencaminhado para o centro de educação especial que frequentou durante 2 anos, mas também não obteve aproveitamento algum. No ano de 2008 o cliente frequentou um centro de reabilitação profissional, onde tirou o curso de hotelaria, restauração e turismo (restauração e limpeza), que teve a duração de aproximadamente 3 anos, tendo obtido aproveitamento. Não sabe ler, nem escrever.
C3	43	Masculino	9º ano	Vive com os pais e tem um irmão mais novo independente.	Défice Mental Ligeiro (Q.I. Total de 50)	O Cliente 3 frequentou o 1º ano da escola primária numa escola regular, não conseguindo ter alcançado qualquer conhecimento. Foi encaminhado para o centro de educação especial, onde frequentou do 1º ao 4º ano da primária. No ano de 2009 candidatou-se através das novas oportunidades concluindo com aproveitamento o 3º ciclo do ensino básico.
C4	37	Masculino	9º ano	Habita com os pais e	Défice Mental Ligeiro	A capacidade intelectual é fraca devido à sua

				tem 2 irmãs, uma com a qual também vive e a outra é independente.	(Q.I. Total de 54)	tipologia de deficiência. Frequentou a creche dos 6 aos 8 anos e frequentou a escola regular até à classe, concluindo o 6º ano de escolaridade numa escola preparatória regular, com 16 anos. No ano de 2009 candidatou-se através das novas oportunidades concluindo com aproveitamento o 3º ciclo do ensino básico.
C5	40	Feminino	12º ano	Vive numa Residência Autónoma com o seu pai e outros clientes institucionais. Tem 2 irmãs e 1 irmão independentes.	Défice Mental Ligeiro (Q.I. Total de 58)	Fez a 4ª classe, a qual terminou aos 14 anos de idade devido ao seu problema de saúde. Em 2006 concluiu o 6º ano de escolaridade através das novas oportunidades. No ano de 2009 candidatou-se novamente a terminar o ensino secundário, concluindo-o com aproveitamento.
C6	42	Feminino	12º ano	Reside numa instituição social, é divorciada e tem uma filha.	Défice Mental Ligeiro (Q.I. Total de 60)	A Cliente 6 sempre foi muito estimulada por parte da família, ingressou no ensino regular normal, que frequentou com sucesso até ao ensino básico.
C7	30	Masculino	2ª Classe	Vive numa Residência Autónoma com outros clientes. Os pais habitam numa aldeia e tem uma irmã independente.	Défice Mental Moderado (Q.I. Total de 41)	O Cliente frequentou em 2006 o centro de educação especial, onde o seu percurso escolar foi limitado e as suas dificuldades acentuadas, apenas conseguiu a frequência do 2º ano de escolaridade.
C8	26	Masculino	11º ano	Vive numa instituição social. Os pais habitam numa vila, tem um irmão mais novo.	Défice Mental Ligeiro (Q. I. Total de 65)	O Cliente 8 frequentou a escola regular até ao 11º ano de escolaridade, obtendo sempre aproveitamento.
C9	28	Masculino		Habita com os pais e tem 2 irmãos do primeiro casamento do pai que são independentes.	Défice Mental Grave (Q.I. Total de 44)	O cliente ingressou no centro de educação especial não obtendo nenhum aproveitamento. No ano de 2008 o cliente frequentou um centro de reabilitação profissional, onde tirou o curso de lavandaria, que teve a duração de aproximadamente 3 anos, tendo obtido aproveitamento. Não sabe ler, nem escrever.
C10	18	Feminino	9º ano	Vive com os pais.	Défice Mental Moderado (Q.I. Total de 46)	Frequentou o pré-escolar, iniciou o 1º ciclo com 5 anos, tendo frequentado o ensino básico e terminado com 10 anos. Posteriormente frequentou a escola preparatória onde concluiu o 9º ano na vertente profissional (Geriatrica).

**Tabela 3 – Caracterização da amostra do estudo**

### 3. Características gerais dos técnicos entrevistados

Os colaboradores que lidam no seu dia a dia com a população com deficiência mental dão um grande contributo na área da educação sexual, tendo em consideração as características da população com que intervêm.

Com o objetivo de conhecer a opinião dos técnicos, foi entrevistada parte da equipa técnica da instituição, caracterizada na tabela 4. Os restantes colaboradores não participaram na amostra, devido à falta de preparação e formação profissional para responder ao tema em análise.

Os técnicos entrevistados estão enquadrados na valência CAO (Centro de Actividades Ocupacionais), que é a valência que proporciona atividades lúdicas, culturais, sociais, desportivas, etc, onde se pode inserir o tema da sexualidade.

A cada técnico da amostra foi-lhe atribuído um código, designado de ET1 até ET5, sendo o E de entrevista, o T de técnico e o número colocado aleatoriamente a cada um dos 5 técnicos.

Código	Sexo	Idade (Anos)	Habilitações Académicas	Anos de serviço na instituição	Cargo
ET1	Feminino	45	Licenciatura em Psicologia Educacional Mestrado em Ciências da Educação Pós-Graduação em Direção de Empresas	11	Diretora de Serviços
ET2	Feminino	34	Licenciatura em Educação Social	1	Educadora Social
ET3	Feminino	25	Licenciatura em Terapia da Fala	1/4	Terapeuta da Fala
ET4	Feminino	21	Licenciatura em Reabilitação Motora	1/2	Psicomotricista
ET5	Masculino	28	Licenciatura em Psicologia	1	Psicólogo

**Tabela 4** – Caracterização da equipa técnica entrevistada

#### 4. Características gerais dos familiares em estudo

A família é um elo de mediação entre a liberdade e a superproteção. Compete, também, aos familiares o esclarecimento de dúvidas na área da sexualidade.

Passamos a caracterizar os familiares da amostra utilizada neste estudo e que está sintetizada na tabela 5.

A cada família entrevistada foi atribuído um código, a que se foi dado a desigualdade de QFC1 até QFC10, sendo o Q de questionário, o F de família, o C de cliente e o número colocado aleatoriamente a cada uma das 10 famílias inquiridas.

Código	QFC1	QFC2	QFC3	QFC4	QFC5
Idade	51	58	62	64	32
Sexo	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Estado Civil	Casada	Casado	Casada	Casada	Casada
Meio de habitação	Urbano	Urbano	Urbano	Urbano	Urbano
Habilitações literárias	Secundário (Completo)	Secundário (Completo)	3º Ciclo	3º Ciclo	3º Ciclo
Profissão	Ajudante de apoio a crianças deficientes	GNR Reformado	Ajudante de cozinha	Reformado	Empregada de balcão
Nº de filhos	1	4	2	3	3
Nº de filhos deficientes	0	1	1	1	0
Grau de parentesco ao cliente	Irmã	Pai	Mãe	Pai	Irmã
Tipo de deficiência	Deficiência mental	Deficiência mental	Deficiência mental e deficiência visual	Deficiência mental	Deficiência mental e deficiência motora
Grau da deficiência	Moderada	Moderada	Moderada	Ligeira	Ligeira
Código	QFC6	QFC7	QFC8	QFC9	QFC10
Idade	91	48	50	51	45
Sexo	Feminino	Masculino	Feminino	Feminino	Feminino
Estado Civil	Viúva	Divorciado	Casada	Casado	Casada
Meio de habitação	Urbano	Rural	Rural	Urbano	Urbano
Habilitações literárias	2º Ciclo	1º Ciclo	2º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo
Profissão	Reformada	Reformado	Doméstica	Doméstica	Doméstica
Nº de filhos	3	2	2	1	1
Nº de filhos deficientes	1	0	1	1	1
Grau de parentesco ao cliente	Mãe	Primo	Mãe	Mãe	Mãe
Tipo de deficiência	Deficiência mental	Deficiência mental	Deficiência mental	Deficiência mental	Deficiência mental
Grau da deficiência	Ligeira	Ligeira	Moderada	Severa	Moderada

**Tabela 5** – Caracterização dos familiares da amostra

Com base nos dados da tabela 5 e querendo tornar mais evidentes esses mesmos dados construíram-se gráficos elaborados para o efeito, que nos permitem verificar que:

1. 50% dos familiares de indivíduos com deficiência mental, situam-se na faixa etária entre os 50 e os 59 anos de idade, 20% entre os 40 e os 49 anos e 10% entre os 30 e os 39 anos, 60 e os 69 anos e a mesma percentagem repete-se entre 80 e os 89 anos.

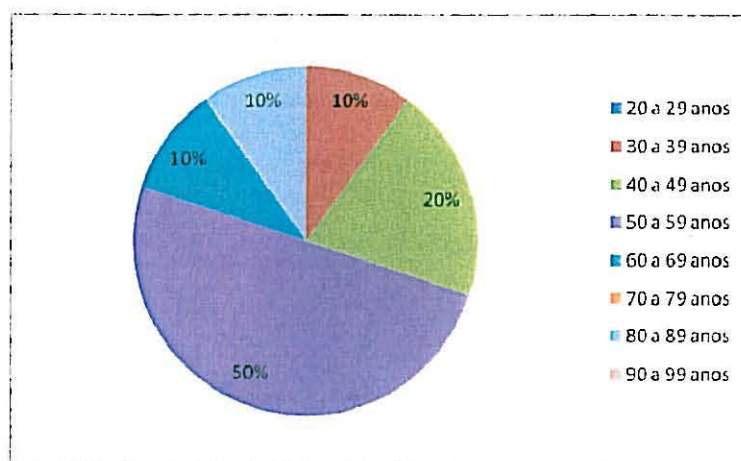


Gráfico 1 – Caracterização dos familiares por idade

2. Através do gráfico 2 podemos constatar que 70% dos sujeitos são do sexo feminino e 30% do sexo masculino.

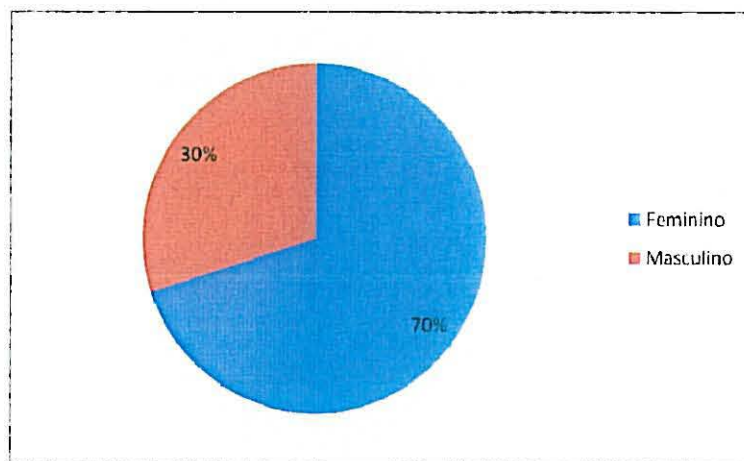
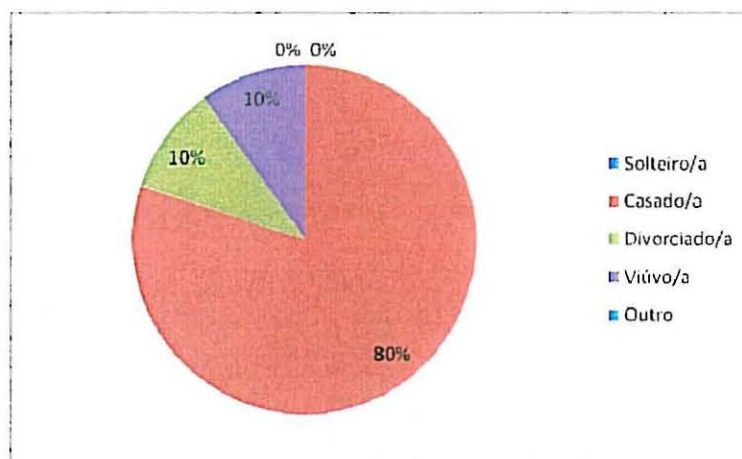


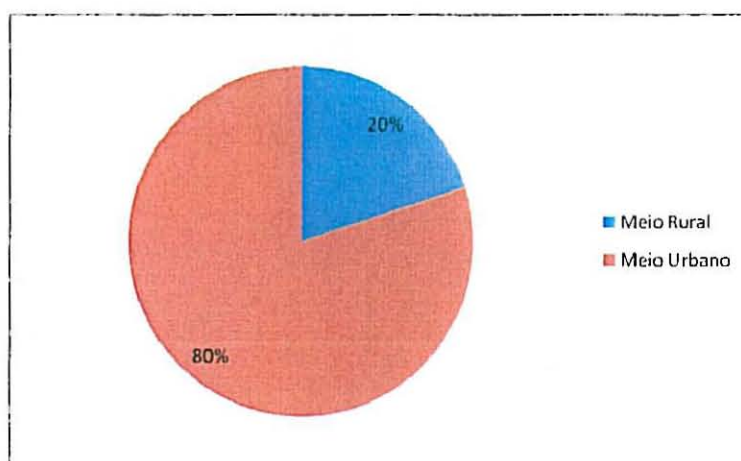
Gráfico 2 - Distribuição dos sujeitos por sexo

3. Pelo gráfico 3, verifica-se que 80% dos familiares dos indivíduos com deficiência mental são casados/as, 10% são viúvos/as e 10% divorciados/as.



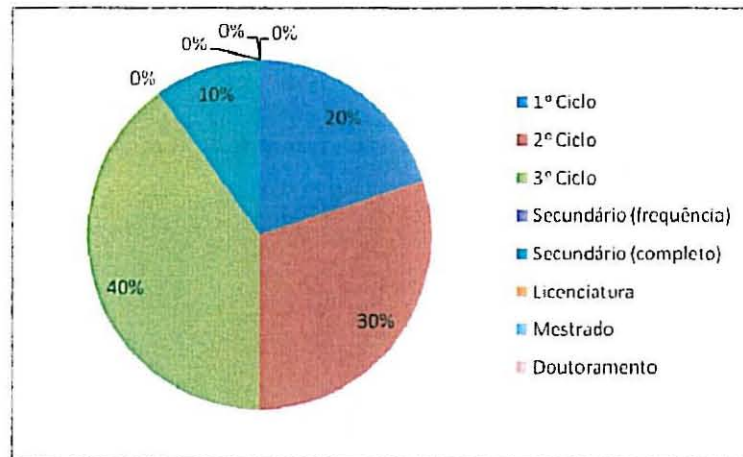
**Gráfico 3 - Distribuição dos sujeitos por estado civil**

4. Podemos constatar pelo gráfico 4 que 80% dos familiares dos indivíduos com deficiência mental respondentes ao inquérito, habita em meio urbano e 20% assinalou habitar em meio rural.



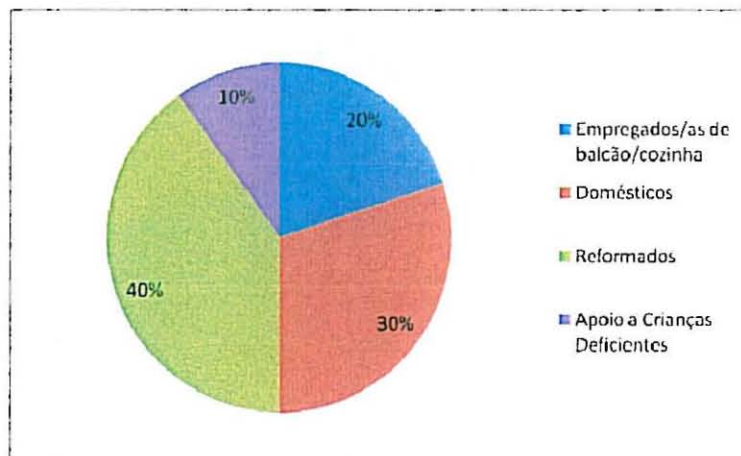
**Gráfico 4 - Distribuição dos sujeitos por meio de habitação**

5. Como mostra o gráfico 5, podemos referir que 40% dos inquiridos indicaram ter o 3º Ciclo, 30% assinalaram o 2º Ciclo, 20% o 1º Ciclo e 10% afirmaram possuir o ensino secundário.



**Gráfico 5 - Habilitações literárias dos sujeitos**

6. Como ilustra o gráfico 6, 40% dos sujeitos respondentes estão reformados, 30% realizam trabalho doméstico, 20% são empregados/as de balcão e de cozinha e 10% trabalham no apoio a crianças portadoras de deficiência.



**Gráfico 6 - Distribuição dos sujeitos por setores de atividade**

7. Em relação ao número total de filhos dos sujeitos, concluímos que 30% dos inquiridos têm 1/2 e 3 filhos, respetivamente e 10% 4 filhos/as.

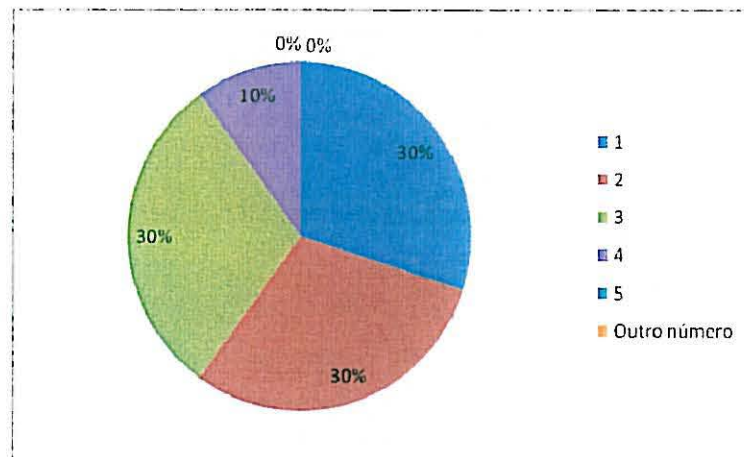


Gráfico 7 - Número total de filhos dos sujeitos

8. Pela análise do gráfico 8 podemos verificar que 70% dos inquiridos são pais de um indivíduo portador de deficiência.

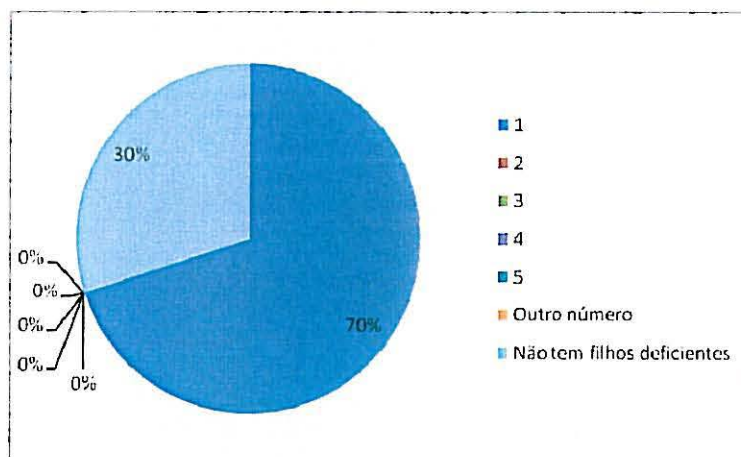


Gráfico 8 - Número de filhos portadores de deficiência

9. Em relação ao gráfico 9, podemos constatar que do total de inquiridos, 70% assinalou que o indivíduo portador de deficiência mental é filho/a, 20% escolheram a opção “outro”, onde designaram a opção como irmão/o e 10% indicou ser primo/a.

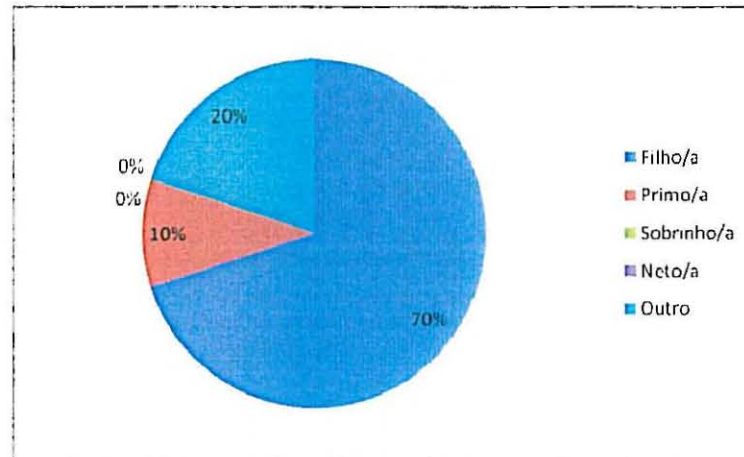


Gráfico 9 - Distribuição dos sujeitos por grau de parentesco

10. Em relação ao tipo de deficiência do familiar, como constatamos pelo gráfico 10, 100% assinalou que o familiar é portador de deficiência mental.

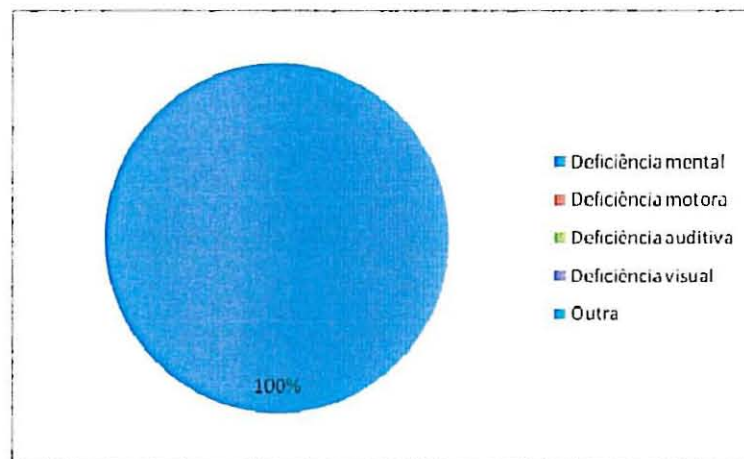
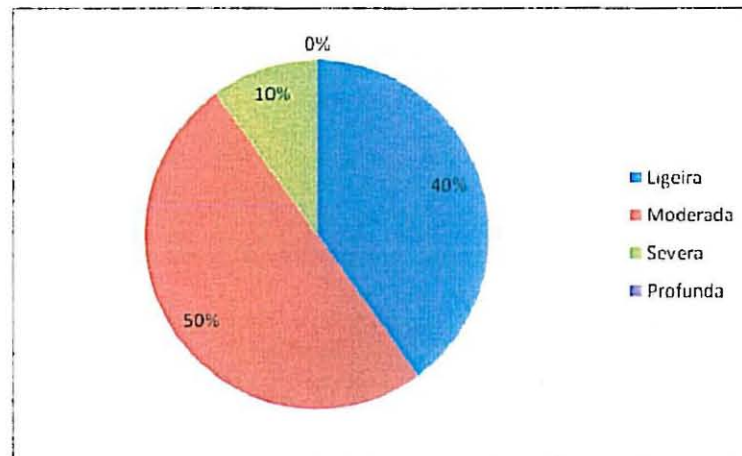


Gráfico 10 - Tipo de deficiência do familiar

11. Como podemos observar no gráfico 11, 50% dos familiares dos sujeitos inquiridos têm deficiência mental moderada, 40% indicaram deficiência mental ligeira e 10% deficiência mental severa, não assinalando ninguém a opção profunda.



**Gráfico 11** - Grau de Deficiência

## **Capítulo IV – Metodologia**

### **1. Introdução**

A ciência tem como objetivo fundamental chegar à veracidade dos factos.

Para que um conhecimento seja considerado científico, torna-se necessário determinar o método que possibilita chegar a esse conhecimento. Método, para Gil (1995) *é o caminho para se chegar a determinado fim* (p. 207).

A metodologia pode ser entendida como a análise sistemática e crítica dos pontos de partida, princípios e procedimentos de pesquisa que permitem economizar recursos humanos e materiais e, ao mesmo tempo, fornecer orientação para se alcançarem os objetivos pretendidos.

A metodologia utilizada para este estudo passou por um estudo de caso, dado que este estuda um determinado fenómeno numa população específica.

Um estudo de caso

*(...) é o estudo pormenorizado de uma situação bem definida, em que cada caso, embora semelhante a outros, tem sempre um carácter único, que forma uma unidade dentro de um sistema, residindo o interesse do estudo no que ele apresenta de singular. (...) Mateus, 2008, p.164).*

Tendo como principal preocupação atingir os objetivos propostos torna-se imprescindível encontrar uma metodologia que possa conduzir a um resultado eficaz.

De acordo com o problema definido no ponto 3 do Capítulo 1, a metodologia a utilizar neste estudo será fundamentalmente qualitativa, seguindo uma pesquisa descritiva.

É um estudo quantitativo,

*...um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseada na observação de factos objetivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador (...). O investigador adopta um processo ordenado, que leva a percorrer uma série de etapas, indo da definição do problema à obtenção de resultados (...). O método de investigação quantitativa tem por finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos; oferece também a possibilidade de generalizar os resultados, de predizer e de controlar os acontecimentos (Fortin (1999, p.22).*

Descritivo, pois,

*...as pesquisas descritivas têm objectivo principal a descrição das características de determinada população ou fenómeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis (Gil, 1995, p. 45).*

Ainda segundo Gil (1995) este tipo de pesquisa relaciona-se com a pesquisa do tipo exploratória, pois acaba por servir para proporcionar uma visão do problema, “...através do levantamento bibliográfico e documental e posterior esclarecimento e delimitação” (p. 45). (...) os estudos descritivos implicam a recolha de dados num momento específico (p. 149).

É também um estudo de natureza qualitativa, que difere do quantitativo, na abordagem do problema. A natureza qualitativa deste estudo tem na sua base a fundamentação teórica e o facto de uma entrevista ser um instrumento de recolha de dados que possibilita a delimitação das representações de um indivíduo.

O estudo foi organizado em três momentos distintos. Num primeiro momento, foi elaborado e aplicado um inquérito por questionário a 10 familiares de pessoas portadoras de deficiência mental, sendo nosso propósito conhecer as crenças, atitudes e práticas e percepções dos mesmos face à sexualidade do deficiente mental (ver anexo nº 2).

Num segundo momento, 5 técnicos da ASCUDT responderam a uma entrevista (ver anexos nº 3 e 4), uma entrevista individual para a diretora de serviços da instituição e uma entrevista coletiva para a restante equipa técnica, caracterizados no ponto 3 do Capítulo 3.

Pretendemos saber junto dos mesmos as crenças, atitudes e práticas e percepções face à sexualidade do deficiente mental.

Num terceiro momento, 10 deficientes mentais escolhidos intencionalmente, que visitam diariamente a ASCUDT, frequentaram 10 sessões de formação sobre sexualidade.

Estas sessões foram avaliadas individualmente no término de cada uma, através da elaboração de um inquérito relativo à temática em análise, *role plays*, *brainstorming*, jogos e testemunhos individuais.

É de salientar que por questões éticas e deontológicas, a instituição e todos os sujeitos (individualmente) entrevistados, inquiridos ou sujeitos a intervenção foram

informados sobre o intuito do estudo, ao qual consentiram participar. Pelas mesmas razões não serão revelados ao longo do estudo todos os resultados e testemunhos dos respectivos participantes, a fim de salvaguardar a sua privacidade.

## **2. Fases e dispositivos dos instrumentos de recolha de dados**

### **2.1. Introdução**

Os instrumentos de recolha de dados são o meio utilizado para recolher todas as informações oportunas e pretendidas, para obter a informação válida e pertinente para realizar qualquer trabalho de investigação.

*“...antes de empreender uma colheita de dados, o investigador deve perguntar-se se a informação que quer colher com a ajuda do instrumento de medida em particular, é exactamente a que tem necessidade para responder aos objectivos da sua investigação”, ( Fortin, Grenier e Nadeau, 1999, p.240).*

Para a recolha de dados foi elaborado e aplicado um inquérito por questionário e realizadas entrevistas formais.

Como o inquérito por questionário e a entrevista, por si só, oferecem vantagens e desvantagens, tentou-se através da coordenação conjunta destes dois processos de recolha de dados, colmatar deficiências e lacunas relativas a uma utilização individual de cada um destes processos de recolha de informação. A revisão bibliográfica permitiu construir o quadro de apoio à investigação.

### **2.2. Inquérito por questionário**

De acordo com Marconi e Lakatos (1991) o questionário é *um instrumento de colheita de dados, constituído por uma série ordenada de perguntas que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador* (p.81).

O questionário, como qualquer outro instrumento de colheita de dados, apresenta vantagens e desvantagens. Marconi e Lakatos (1991) referem como vantagens do questionário: economia de tempo e obtenção de um grande número de dados; obtenção de respostas de uma forma mais rápida; maior liberdade nas respostas devido ao anonimato; menor risco de distorção pela não influência do pesquisador.

*(...) é um instrumento menos dispendioso (...) a natureza impessoal do questionário, a sua apresentação uniformizada, a ordem idêntica das questões para todos os sujeitos, as mesmas directrizes para todos, podendo assegurar, até um certo ponto, a uniformidade de uma situação de medida a uma outra e assim assegurar a fidelidade e facilitar as comparações entre os sujeitos. Além disso, as pessoas podem sentir-se mais seguras em relação ao anonimato, (Fortin, Grenier e Nadeau, 1995, p.254).*

Tendo em conta estes pressupostos o inquérito por questionário dirigido aos familiares de portadores de deficiência mental (*ver anexo nº 2*), foi elaborado pela autora do estudo, constituído por 16 perguntas, sendo que, as 11 questões do ponto A têm como objectivo conhecer o respondente, através dos seus dados pessoais e as 5 questões do ponto B pretende-se conhecer as representações, crenças e atitudes da família face à deficiência mental.

Foi feito um pré-teste para validar o questionário, tendo este sido aplicado aos técnicos da instituição, conhecedores das condições familiares dos clientes, não tendo sido necessário proceder a alterações significativas na formulação das questões.

O questionário conta com questões abertas, fechadas e em mostruário com opção de escolha múltipla.

Foi atribuído um código a cada uma dos inquiridos, mencionados no ponto 4 do Capítulo III.

### **2.3. Entrevistas**

A entrevista foi dirigida a 5 técnicos da ASCUDT (*ver anexos nº 3 e 4*), caracterizados no ponto 3 do Capítulo III.

Segundo Detry e Cardoso (1996) *in* Mateus (2008) a entrevista é considerada uma *técnica não documental de observação não participante, podendo-se distinguir vários tipos, que vão desde as mais rígidas e estruturadas até às entrevistas em profundidade* (p.175).

Nesta intervenção foi elaborado um guião com perguntas enquadradas nos tópicos considerados relevantes para a problemática abordada. A recolha de dados através das entrevistas foram transcritas, na íntegra, em suporte eletrónico, o que facilitou o posterior tratamento da informação obtida.

Os códigos atribuídos aos entrevistados foram referidos no ponto 3 do Capítulo III.

#### **2.4. Sessões de formação**

É importante sermos educados sexualmente, conhecermos o nosso corpo, os nossos sentimentos e desejos, as nossas possibilidades, permitir-nos ser pessoas mais saudáveis, livres e responsáveis.

A partir do momento que nascemos, somos sexuados, temos interesses e comportamentos sexuados em todas as idades, homens e mulheres, adolescentes, adultos e idosos.

Serão 10 o número de sessões informativas que decorrerão ao longo desta investigação, cuja população alvo serão 10 indivíduos portadores de deficiência mental, que foram informados sobre os objectivos da presente investigação e consentiram participar na amostra do estudo. Todas as sessões foram construídas de base pela Mestranda com base na revisão bibliográfica.

Este tipo de sessões são verdadeiramente importantes, pois todo o ser humano é um ser sexual. Estas sessões terão como objetivo a assunção destes cidadãos como seres ativos neste processo, recebendo informação, incorporando atitudes, partilhando experiências.

Por outro lado, estas sessões de formação deverão ser um compromisso sério, pois a sexualidade é uma componente da personalidade e como qualquer outro, a função de formar é possibilitar o completo desenvolvimento.

As sessões foram avaliadas individualmente através de uma ficha de avaliação, testemunhos, *brainstorming*, jogos e *role plays*. Para esta avaliação foi utilizada uma escala qualitativa: muito positivo (80%-100%); positivo (60%-80%); suficiente (40%-60%); negativa (20%-40%) e muito negativa (0%-20%).

A Educação Sexual é um grande passo para a verdadeira e integral formação pessoal e social, que contribui para seres humanos mais responsáveis, mais felizes, mais conscientes do seu corpo e das possibilidades que o mesmo oferece a cada um.

## **Capítulo V – Apresentação e análise dos resultados**

### **1. Introdução**

Realizar um estudo de investigação pressupõe a recolha de dados e o seu tratamento, sendo necessário, para isso, fazer o bom planeamento das atividades das sessões com vista à sua execução. Para que se torne possível alcançar os objetivos preconizados no ponto 5 do Capítulo I, será importante haver um bom retorno dos questionários e das entrevistas, bem como efetuar uma análise, tratamento correto e interpretação dos dados obtidos.

É importante sermos educados sexualmente, conhecermos o nosso corpo, os nossos sentimentos e desejos, as nossas possibilidades, de forma a sermos pessoas mais saudáveis, mais livres e responsáveis, para desta forma contribuir para o desenvolvimento pessoal dos cidadãos e evitar muitas vezes situações consideradas incómodas, como o relato proferido por ET, vivenciado na sua prática profissional.

*Presenciar um acto sexual, numa sala da instituição, entre duas pessoas adultas com deficiência mental. Foi uma situação constrangedora para todos. As pessoas em causa foram alertadas para não voltarem a repetir esse tipo de acto dentro da instituição; aconselhados a usarem preservativos e a realizarem essas expressões e actos sexuais num ambiente seguro e em privado. A partir desse momento as portas das salas de actividades ocupacionais estão sempre abertas.*

Serão caracterizados os conteúdos e o impacto das 10 sessões formativas dirigidas aos 10 indivíduos portadores de deficiência mental, caracterizados no ponto 2 do Capítulo III, fazendo sempre que possível o cruzamento com os dados recolhidos através dos inquéritos por questionário dirigidos aos familiares e das entrevistas feitas aos técnicos da instituição.

### **2. Apresentação e interpretação dos dados**

#### **2.1. Sessões formativas dirigidas aos portadores de deficiência mental**

Foram planeadas e realizadas 10 sessões de formação, com temas considerados pertinentes para a aquisição cognitiva e formativa dos deficientes mentais.

Para cada uma das sessões serão apresentados os conteúdos, as competências, as estratégias e os recursos utilizados, bem como será feita a avaliação das mesmas.

### 2.2.1. Sessão 1

A **Sessão nº 1** subordinada ao tema **Sexualidade** foi realizada no dia 16 de maio de 2010 e teve como principal objetivo definir sexualidade, destacando a sua importância ao longo da vida humana, de forma a promover atitudes positivas face à mesma, como podemos constatar na planificação da sessão (tabela 6).

<b>Sessão I</b>	<b>Temas/Conteúdos:</b> Definição de sexualidade; Manifestações e comportamentos sobre a sexualidade	
<b>Competências</b>	Compreender a importância da sexualidade ao longo da vida; Reconhecer diferentes manifestações da sexualidade ao longo da vida; Promover atitudes positivas face à sexualidade; Identificar as dimensões da sexualidade.	
<b>Estratégias/Actividades</b>	Visualização do filme ( <i>Então é Assim!</i> , Liller Moller, s/data) Debate sobre o filme.	
<b>Recursos</b>	<b>Recursos humanos:</b> Mestranda de Educação Social <b>Recursos materiais:</b> Projetor, computador, filme, painel, livros.	
<b>População</b> alvo: 10 Portadores de Deficiência Mental	<b>Avaliação:</b> Preenchimento do inquérito relativo à temática em análise.	<b>Duração:</b> 4 horas

**Tabela 6** – Planificação da sessão nº 1

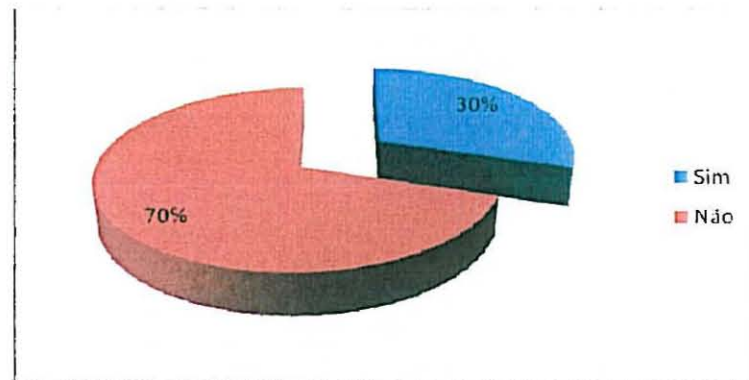
A sessão teve uma avaliação positiva, 70% dos Clientes definiram sexualidade corretamente (opção 1.3), *a sexualidade é uma energia que encontra a sua expressão física, psicológica e social no desejo de contacto, ternura e às vezes amor.* (ver anexo nº 5 e tabela 7).

A sexualidade é:	Respostas
1.1. Uma energia que encontra a sua expressão física no desejo de contacto, ternura e às vezes amor.	70%
1.1. Uma energia que encontra a sua expressão física, psicológica no desejo de contacto, ternura e às vezes amor.	10%
1.2. Uma energia que encontra a sua expressão física, psicológica e social no desejo de contacto, ternura e às vezes amor.	20%

**Tabela 7** - Tabela de resultados da sessão 1

Segundo 70% (N=7) dos familiares dos indivíduos a quem se destinaram as sessões, consideram que a sexualidade não é uma função fisiológica do indivíduo portador de deficiência mental, contudo contrapõem a opinião, considerando que a pessoa portadora de deficiência mental deve viver a sua sexualidade (80%, N=8), tendo

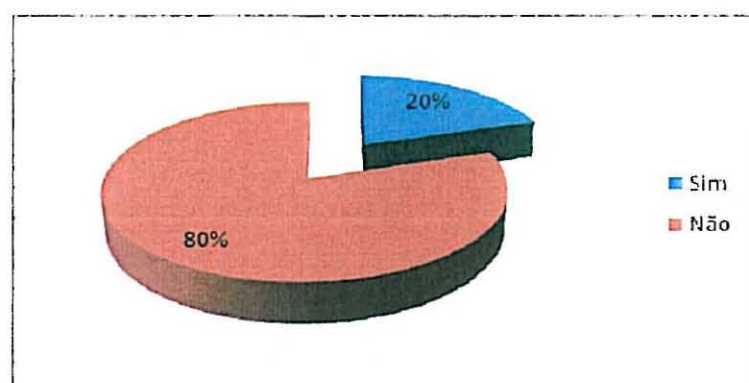
em conta todas as orientações das famílias (50%, N=5), de forma natural (37%, N=3) e de forma condicionada (13%, N=1), como se pode observar no gráfico 12.



**Gráfico 12** - A sexualidade considerada como uma função fisiológica do indivíduo portador de deficiência mental

Os resultados vão ao encontro da opinião de Albuquerque e Ramos (2007) quando refere que os pais, como pessoas que mais contactam com os portadores de deficiência mental, continuam a desmistificar o conceito de sexualidade, inconscientemente veem os seus filhos como crianças que não podem desfrutá-la, adotam atitudes liberais e conservadoras, que muitas vezes implicam a superproteção.

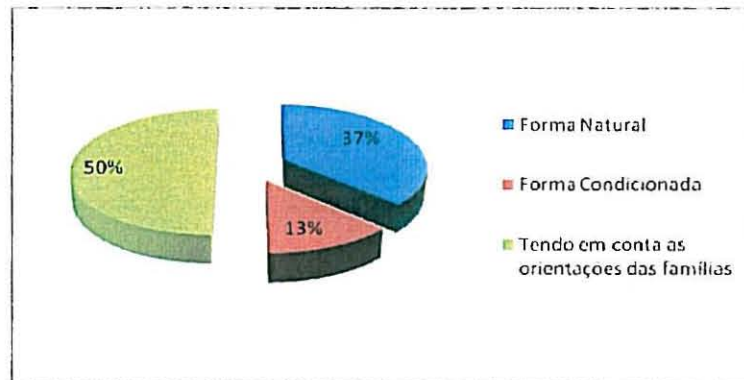
Como se pode constatar através do gráfico 13, 80% (N=8) dos familiares inquiridos consideram que a pessoa portadora de deficiência mental deve viver a sua sexualidade e 20% (N=2) opõem-se a esta ideia, indicando que o indivíduo portador de deficiência mental não deve viver a sua sexualidade.



**Gráfico 13** – A pessoa portadora de deficiência mental deve viver a sua sexualidade

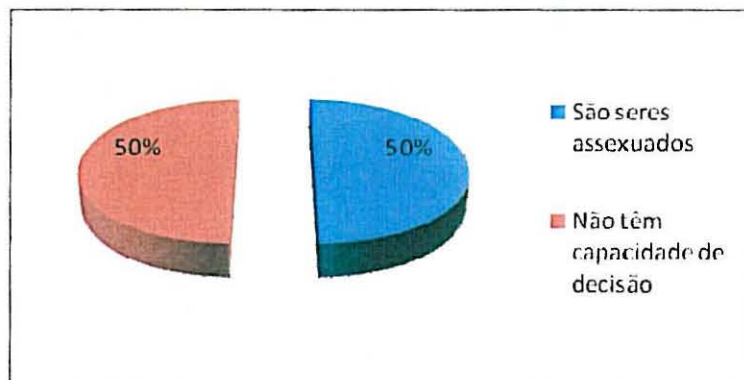
Interrogada se a pessoa com deficiência mental tem direito a vivenciar a sua sexualidade, ET1 afirmou:

*Claro que sim, é uma pessoa com necessidades, sentimentos e emoções como qualquer outra pessoa que tem direitos e deveres, necessidades e satisfações, que tem que estar integrada de forma plena na sociedade. Ressalvando sempre o direito à educação e formação sexual ao longo da sua vida.*



**Gráfico 13(1)** – Forma considerada pelos familiares, adequada à vivência da sexualidade pela pessoa portadora de deficiência mental

Em relação à forma, considerada pelos familiares, mais adequada à vivência da sexualidade pela pessoa portadora de deficiência mental, como se pode analisar no gráfico 13(1), 50% (N=5) dos inquiridos assinalou que os mesmos podem viver a sua sexualidade tendo em conta todas as orientações das famílias, 37% (N=4) indicaram que os indivíduos portadores de deficiência mental podem viver a sua sexualidade de forma natural e 13% (N=1) de forma condicionada.



**Gráfico 13(2)** - Forma considerada pelos familiares, adequada à não vivência da sexualidade pela pessoa portadora de deficiência mental

Como podemos visualizar no gráfico 13(2), 50% (N=5) dos familiares inquiridos assinalaram que esta não vivência prende-se com o facto de considerarem os indivíduos portadores de deficiência mental seres assexuados e 50% (N=5) indicam que os mesmos não têm capacidade de decisão.

No entender de Félix (1995) as posturas da sociedade, conformadas pelo preconceito e ignorância, manifestam-se em comportamentos de negação dos direitos das pessoas com deficiência, particularmente, da vivência da sexualidade.

### 2.2.2. Sessão 2

A sexualidade é algo muito amplo, que inclui a comunicação, a afetividade, a reprodução, o prazer. O **Corpo**, tema da presente sessão, é a base da sexualidade e por isso é muito importante conhecê-lo. Este é o objetivo primordial da **sessão nº2**, realizada no dia 17 de maio de 2010, foi feita a planificação a seguir apresentada (tabela 8).

<b>Sessão II</b>	<b>Temas/Conteúdos:</b> Diferenças entre um corpo masculino e um corpo feminino	
<b>Competências</b>	Compreender as diferenças existentes entre corpo feminino/masculino; Enunciar os vários nomes possíveis para a mesma parte do corpo; Utilizar vocabulário adequado para nomear as diferentes partes do corpo.	
<b>Estratégias/Actividades</b>	Observação de diapositivos e livros do corpo humano – masculino e feminino. Visualização do filme <i>A Guerra dos Espermatozoides</i> , Laurie Clarke, 2007. Debate sobre a necessidade de cuidarmos do nosso corpo e a forma como o devemos fazer.	
<b>Recursos</b>	<b>Recursos humanos:</b> Mestranda de Educação Social <b>Recursos materiais:</b> Projetor, computador, filme, painel, diapositivos, livros.	
<b>População alvo:</b> 10 Portadores de Deficiência Mental	<b>Avaliação:</b> Preenchimento do inquérito relativo à temática em análise	<b>Duração:</b> 4 horas

**Tabela 8** – Planificação da sessão nº 2

No início da sessão, os indivíduos foram questionados sobre a constituição do seu órgão sexual. 90% dos clientes sabiam qual o seu órgão sexual, exceto 10% do sexo masculino que após ser informado de que o seu órgão era o pénis, respondeu: *o pénis é uma dor que me dá aqui de lado* (ver anexo nº 15).

No final, 90% dos clientes identificaram corretamente as figuras feminina e masculina, o que se classifica como muito positivo.

Quando solicitado que ordenassem por idade e sexo algumas figuras masculina e feminina, 50% acertaram as opções, o que traduz uma avaliação suficiente, (ver anexo nº 6 e tabela 9).

Q1.	1.1. Mulher	1.2. Homem	Q2.	2.1. Mulher	2.2. Homem
1.	IV	VI	1.	III-V-IV	I-II-VI
2.	II	VI	2.	III-V-IV	II-I-VI
3.	IV	VI	3.	III-V-IV	I-II-VI
4.	IV	VI	4.	III-V-IV	I-II-VI
5.	IV	VI	5.	II-I-VI	III-V-IV
6.	III	II	6.	III-V-IV	II-I-VI
7.	IV	VI	7.	III-V-IV	II-I-VI
8.	III	VI	8.	III-IV-V	II-I-VI
9.	V	VI	9.	III-IV-V	II-I-VI
10.	IV	VI	10.	III-V-IV	Não respondeu

**Tabela 9** - Tabela de resultados da sessão 2

### 2.2.3. Sessão 3

Existem infinitas situações, experiências, objetos, estímulos, pessoas que podem oferecer-nos prazer. Algumas destas formas são bastante comuns e são influenciadas pela cultura e meios de comunicação social.

O tema da **sessão nº3**, realizada no dia 28 de maio de 2010, é o **Prazer e as suas formas de manifestação**, com o objetivo de compreender a importância dos sentimentos na sexualidade e valorizar a expressão dos mesmos, como podemos verificar através da planificação que se segue (tabela 10).

Sessão III	Temas/Conteúdos: Fontes de prazer e manifestação de sentimentos	
<b>Competências</b>	Compreender a importância da manifestação de sentimentos. Identificar vários tipos de relações sentimentais: relações de amor, amizade; Indicar que tipo de sentimentos que podem estar presentes nas diferentes relações; Valorizar a expressão dos vários tipos sentimentos.	
<b>Estratégias/Actividades</b>	Visualização de passagens do filme ( <i>Secretary, Steven Shainberg, 2002</i> ) sobre as fontes de prazer, o debate do mesmo Brainstorming sobre as questões “o que é o prazer?”; “que formas de prazer é que conhecem?”; qual a idade com que começam a sentir prazer sexual? como se sentem? Definição dos conceitos gostar e não gostar;	
<b>Recursos</b>	<b>Recursos humanos:</b> Mestranda de Educação Social <b>Recursos materiais:</b> Projetor, computador, filme, painel, filme, folhas, canetas, livros.	
<b>População alvo:</b> 10 Portadores de Deficiência Mental	<b>Avaliação:</b> Através da estratégia <i>brainstorming</i>	<b>Duração:</b> 4 horas

**Tabela 10** – Planificação da sessão nº 3

No término da sessão, a avaliação foi realizada através de um *brainstorming* (ver anexo nº 16) sobre a definição de prazer.

Podemos constatar que 70% dos Clientes definiram prazer, o que é positivo e quase a totalidade, 90% indicou formas de manifestar o prazer, o que se avalia muito positivo.

Questionados ainda sobre as suas preferências (aquilo que lhe dá prazer), os clientes responderam de forma curiosa e de acordo com o solicitado (ver tabela 11).

<b>Sensoriais</b>	
<b>o</b>	<b>Gustativos:</b>
	“comer kiwis, comer bananas, comer pescada cozida, beber sumos”
	“beber água, batatas-fritas; gomas”
	“massa e bife, gomas, sumo de cenoura”
	“comer batatas-fritas com bifés, comes às vezes salada de fruta; comer pequenas torradas no almoço”
	“sobremesas, gelado, frango e um fino fresco no verão”
	“comer, beber, gelado, cozido à portuguesa”
	“comer hambúrguer, comer lasanha, comer quiche”
	“comer paniques, comer vitela assada, comer chocolates”
	“beber sumo, comer massa, comer vitela assada”
	“gosto muito de beber sumo de manga, gosto muito de comer bacalhau com natas, gosto muito de comer massa com frango”
<b>o</b>	<b>Visuais:</b>
	“ver pessoas (amigos e familiares), ver paisagens bonitas, ver novelas”
	“ver filmes, ver os amigos, ver a namorada”
	“gosto do meu cão, gosto de uma mulher bonita, gosto de ver uma paisagem”
	“televisão, filmes, futebol, telenovelas”
	“ver uma paisagem, um belo homem, ver uma criança”
	“ver paisagens quando viajo, ver o arco-íris, ver televisão”
	“ver paisagens, ver monumentos, ver quadros”
	“ver meninas em biquíni, ver vídeoclips, ver bons carros”
	“ver os amigos, ver carros desportivos, ver concertos”
	“gosto de ver os passarinhos, gosto de ver os meninos a brincar, gosto de ver os animais na liberdade”
<b>o</b>	<b>Tácteis:</b>
	“tocar nas lãs, tocar nas mãos das pessoas”
	“mexer no telemóvel, mexer em bolas, acariciar as pessoas (fazer festinhas na cara)
	“instrumentos musicais, pele de mulher, rádio”
	“tocar numa boa mulher, nadar e conviver com os amigos, jogar computador e jogar basquetebol”
	“tocar nas flores, nos materiais que faço”
	“apalpar os tecidos das roupas quando as vou comprar, as lãs quando estou a fazer almofadas”
	“computador (jogar, escrever), mexer numa mesa de som, ter contacto físico com as pessoas
	“mexer em computadores, mexer em consolas, tocar nos rostos macios das pessoas”
	“escrever no computador, jogar jogos (puzzles)
	“gosto muito de tocar na pele dos animais, tocar na pele do namorado”

<b>o Olfativos:</b>
"cheirar o after-shave, cheirar a pomada das mãos (atriz), cheiro da terra molhada
"flores, perfumes, sabonete, shampo"
"boa comida, perfume, flores"
"cheiras as flores, cheirar um bom perfume de mulher, cheirar uma boa posta com batatas-fritas"
"cheirar um perfume, uma flor"
"cheirar os perfumes, o perfume dos produtos de limpeza, o odor de certos produtos alimentares e dos cozinhados"
"perfume, naftalina, produtos de limpeza"
"cheirar perfumes, cheirar shampo, cheirar comida"
"perfume, gel de banho, sabonete"
"cheirar uma flor, gosto muito de cheirar o perfume de uma pessoa, gosto muito de cheirar a comida da minha mãe"
<b>o Auditivos:</b>
"ouvir as pessoas conversar, ouvir a música, som das ondas do mar"
"música, passarinhos a cantar, sirene dos bombeiros"
"ruídos dos carros, música, cantar"
"ouvir rádio, música, música portuguesa, música inglesa, música espanhola e brasileira"
"ouvir música, ouvir as pessoas, ouvir os passarinhos"
"músicas, sons da natureza, o chilar dos pássaros, sentir a água dos rios a correr"
"sons dos animais e natureza, ouvir as pessoas a falar, música"
"ouvir música, ouvir os sinos a tocar, ouvir as sirenes"
"falar as pessoas, música"
"gosto de ouvir música, gosto de ouvir tudo, gosto de ouvir os cães a ladrar e os gatos a miar"
<b>Emocionais:</b>
"amizade, alegria, tristeza"
"amor, alegria, relação, carinho"
"carinho, amizade, amor"
"assistir ao jogo na televisão, estar com a família num casamento"
"sentir dor e tristeza e felicidade"
"fazer amizades, umas vezes triste, outras vezes alegrias, o amor da minha filha"
"alegria, amizade"
"prazer, alegria, amor"
"amizade, alegria, amor"
"alegria, amizade, amor"
<b>Outras formas de prazer</b>
"fazer trabalhos manuais, dançar";
"Fazer trabalhos manuais, passear, fazer brincadeiras com os amigos"
"gosto de passear, gosto de ir ao cinema, gosto de jogar à luta"

Não respondeu
Não respondeu
Não respondeu
"cortar relva, andar de mota, ir ao café, passear"
Não respondeu
"trabalhar, dançar, arrumar"
"gosto muito de ir passear com a minha mãe, gosto muito de ir ao cinema com uma pessoa que eu gosto muito"

Tabela 11 - Tabela de resultados da sessão 3

Debatida a questão se a pessoa portadora de deficiência mental tem os mesmos desejos, prazer, fantasias, fetiches, ideais que a pessoa dita normal", ET1 afirma:

*Claro que sim, se calhar até com mais frequência e intensidade do que as pessoas "ditas normais" devido à sua maior dificuldade em controlarem a libido, com a produção excessiva de hormonas e, à dificuldade que têm em satisfazerem, efectivamente, esses desejos e fantasias com um(a) parceiro(a).*

Quando questionados sobre a opinião de quando um cliente se dirige a um técnico para lhe tocar, apalpar, abraçar, beijar ou acariciar, as respostas são:

*No que diz respeito à experiência que tenho com este público-alvo, posso afirmar que tais actos são ou não intencionais dependendo do grau de deficiência de cada um.*

*Existem clientes no meu local de trabalho que me dão um abraço ou mais durante o dia mas não é com segundas intenções, é sim uma forma de mostrar o quanto gostam de nós e também uma forma de dizerem que precisam de atenção. Por outro lado, há pessoas em que já não se verifica o mesmo, pois são detentores de uma maior autonomia e esses sim já tem malícia.*

*Afirmo, que me afasto desses clientes no que diz respeito ao contacto e não enquanto profissional, pois é necessário que percebem que existem barreiras e normas para serem cumpridas (ET2).*

No entender de ET3 este tipo de atitudes são consideradas intencionais.

*Agora, um beijo ou uma carícia pode ser interpretado como um gesto de afecto desprovido de desejo sexual, enquanto que apalpar já tem necessariamente uma conotação mais sexual.*

*Acho que é desprovido de desejo. Isto porque muitos deles, ou quase todos, fazem determinados movimentos ou gestos sem qualquer raciocínio, ou seja, não têm qualquer intenção ou significado para eles, o gesto realizado por eles. Não quer dizer que um ou outro possa fazer esses gestos com certa finalidade ou intenção (ET5).*

Os técnicos ET1, ET2, ET3, ET4 e ET5 assumem que os deficientes mentais têm necessidades sexuais evidentes e que estes, enquanto profissionais da área, adotam um papel de apoio.

*Acho que a necessidade mais evidente é a de tocar em alguém. Dá para perceber que são pessoas com muitas carências afetivas e emocionais e que gostariam que alguém olhasse para eles de uma outra forma. Na maioria das vezes é mesmo para dizer “estamos aqui!”, “Precisamos de atenção”!*

*No que concerne ao meu papel, eu tenho que estar presente e falar com eles. Quando o assunto for mais “sério”, este tem que ser abordado e trabalhado em conjunto ou mesmo de forma individual e nunca esquecendo de que público-alvo se trata (ET2).*

*Gostariam de ter relações sexuais, de casar e de ter filhos. E alguns deles satisfazer alguns desejos sexuais. O que posso ajudar em relação a esta temática, é ajudá-los a interiorizarem a sua deficiência, e fazê-los ver que são pessoas como todas as outras, tem os seus direitos e os seus deveres. Que também podem ter uma vida sexual como todas as outras pessoas (ET5).*

Independentemente da tipologia ou grau de deficiência, o ser humano tem desejos, prazer, fantasias, fetiches, ideais que vão ao encontro dos de uma pessoas dita normal.

Contudo, apesar dos técnicos ET3, ET4 considerarem que sim, ET5 acrescenta que talvez alguns deles não tenham todos esses desejos devido às suas limitações físicas ou psicológicas, quando são bastante acentuadas.

#### 2.2.4. Sessão 4

A sessão nº4, realizada no dia 9 de junho de 2010, teve como tema os **Papéis sexuais do homem e da mulher**, com o objetivo de perceber que os papéis sociais variam de contexto, de tempo e que são alvo de discriminação e de desigualdade entre os sexos, como verificamos através da planificação da presente (tabela 12).

<b>Sessão IV</b>	<b>Temas/Conteúdos:</b> Papel do homem e da mulher na relação amorosa; Papéis sexuais ao longo dos tempos	
<b>Competências</b>	Identificar os diferentes grupos sociais a que pertencemos; Descrever as diferentes potencialidades do grupo/família e do grupo/amigos; Compreender atitudes e comportamentos em diferentes contextos; Debater os papéis da mulher e do homem, em família e em sociedade; Refletir sobre comportamentos discriminatórios e de igualdade entre	
<b>Estratégias/Actividades</b>	Visualização do filme (Maria e as outras, José de Sá Caetano, 2004) e o debate dos conteúdos do mesmo. Debate e discussão sobre a temática: Quem faz o quê em minha casa?	
<b>Recursos</b>	<b>Recursos humanos:</b> Mestranda de Educação Social <b>Recursos materiais:</b> Projetor, computador, filme, painel, livros.	
<b>População alvo:</b> 10 Portadores de Deficiência Mental	<b>Avaliação:</b> Preenchimento do inquérito relativo à temática em análise	<b>Duração:</b> 4 horas

**Tabela 12** – Planificação da sessão nº 4

Tendo em conta os resultados, a sessão nº 4 foi muito positiva, (ver anexos nº7 e tabela 13).

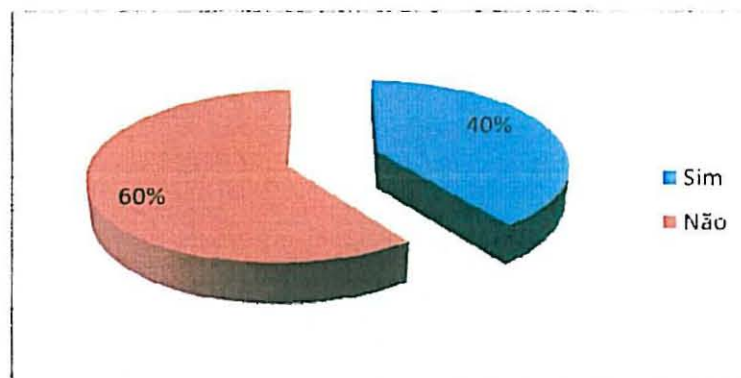
Nº	Afirmção	Nº de respostas	
		Concordo	Discordo
1	Os homens não choram.	10%	90%
2	É errado os homens vestirem roupas femininas.	40%	60%
3	Os homens têm mais interesse na atividade sexual do que as mulheres.	100%	0%
4	A mulher deve ser a última a decidir se quer ter filhos ou não.	80%	20%
5	Os homens devem ser igualmente responsáveis pelos trabalhos domésticos.	100%	0%
6	Os homens são mais corajosos do que as mulheres.	60%	40%
7	Os homens conduzem melhor que as mulheres.	80%	20%

**Tabela 13** - Tabela de resultados da sessão 4

Conforme podemos reconhecer no gráfico 14, 60% (N=6) dos familiares respondentes, assinalam que o indivíduo portador de deficiência mental pode constituir família e 40% (N=4) opõe-se a esta opinião.

As razões que justificam que o indivíduo portador de deficiência mental pode constituir família prendem-se com o facto de 75% (N=8) dos inquiridos considerar em todos os seres humanos têm direitos idênticos e 25% (N=2) que os indivíduos portadores de deficiência mental podem ser considerados pessoas tão capazes como as ditas “normais”, confirmado pelo gráfico 14 (1).

Em relação às razões que justificam que o indivíduo portador de deficiência mental não podem constituir família, verificadas no gráfico 14 (2), 50% (N=5) dos familiares respondentes são da opinião de que as pessoas portadoras de deficiência mental não têm consciência dos seus atos, 33% (N=3) que não reúnem condições para criarem uma família e 17% (N=2) consideram que os seus filhos podem ser igualmente deficientes.



**Gráfico 14** – O indivíduo portador de deficiência mental pode constituir família

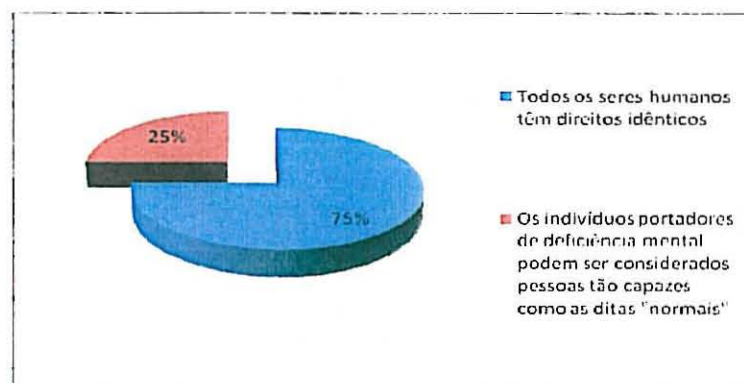


Gráfico 14(1) – Razões que justificam que o indivíduo portador de deficiência mental podem constituir família

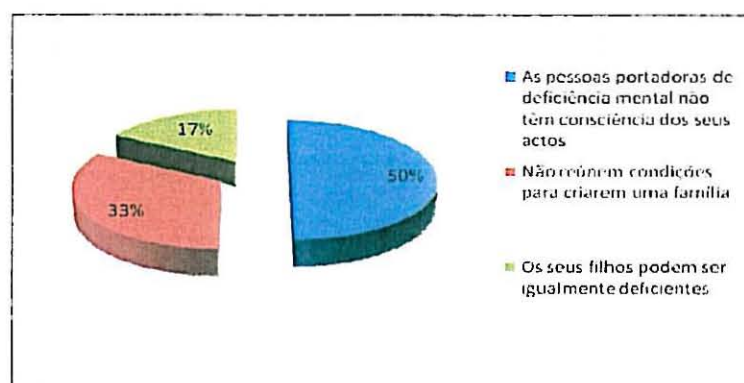


Gráfico 14(2) – Razões que justificam que o indivíduo portador de deficiência mental não podem constituir família

Inquiridos se a pessoa com deficiência mental pode viver uma vida a dois, namorar, ter relações sexuais, casar e ter uma família, ET1 manifesta que,

*(...) aceito e defendo a sexualidade da pessoa com deficiência. No entanto, acho que o compromisso do casamento e a responsabilidade de constituir família depende do grau de deficiência mental da pessoa ou da existência de uma retaguarda familiar adequada que o oriente e ajude a ter esse tipo de vida independente de forma responsável.*

ET3 acrescenta:

*O casamento e a parentalidade acarretam responsabilidades que não podem ser descuradas em nome da igualdade de direitos. Se o cliente tiver uma deficiência que o impeça de cumprir as suas responsabilidades perante o cônjuge ou filhos, então não vejo com bons olhos que se casem. Caso contrário, não creio que só por ter alguma deficiência se deva impedir o casamento ou a parentalidade.*

### 2.2.5. Sessão 5

Atualmente encontramos uma grande variedade de métodos contraceptivos, que previnem a gravidez e as doenças sexualmente transmissíveis. Este é o tema da **sessão**

nº 5, realizado no dia 21 de junho de 2010: os **Métodos Contracetivos**, com o objetivo de serem reconhecidos como um meio de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis.

Segue a planificação da sessão nº 5 (tabela 14).

<b>Sessão V</b>	<b>Temas/Conteúdos: Métodos contracetivos</b>	
<b>Competências</b>	Conhecer os modos de transmissão das doenças e vírus; Conhecer os meios preventivos de uma gravidez indesejada; Adotar comportamentos informados e responsáveis relativamente à contraceção; Entender a contraceção como uma responsabilidade masculina e feminina.	
<b>Estratégias/Actividades</b>	Visualização de diapositivos sobre os diversos métodos contracetivos. Elaboração de um folheto informativo sobre o tema, em grupo.	
<b>Recursos</b>	<b>Recursos humanos:</b> Mestranda de Educação Social <b>Recursos materiais:</b> Projetor, computador, filme, diapositivos, internet, canetas, painel, livros.	
<b>População alvo:</b> 10 Portadores de Deficiência Mental	<b>Avaliação:</b> Preenchimento do inquérito relativo à temática em análise	<b>Duração:</b> 4 horas

Tabela 14 – Planificação da sessão nº 5

Perante as afirmações e as suas avaliações individuais, podemos considerar a sessão referente aos métodos contracetivos positiva, (ver anexos nº 8 e tabela 15).

1. O preservativo é falível?	1.1. Sim	40%	1.2. Não	60%
2. Na primeira relação sexual nunca se engravida. A frase está:	2.1. Correta	20%	2.2. Errada	80%
3. Devemos encarar o aborto como um método contracetivo?	3.1. Devemos, visto que há uma interrupção da gravidez.	30%	3.2. Não, o aborto não é um método contracetivo.	70%
4. Qual é o método contracetivo mais adequado para evitar uma gravidez?	4.1. Preservativo	20%	4.2. Métodos contracetivos naturais	10%
	4.3. Pílula	70%		
5. Os espermicidas:	5.1. Inserem-se depois do ato sexual e matam os espermatozoides.	40%	5.2. Inserem-se antes do ato sexual e matam os óvulos.	20%
	5.3. Inserem-se depois do ato sexual e matam os óvulos.	0%	5.4. Inserem-se antes do ato sexual e matam os espermatozoides.	40%

Tabela 15 - Tabela de resultados da sessão 5

### 2.2.6. Sessão 6

As **DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis)**, tema da **sessão nº 6**, realizada no dia 2 de julho de 2010, tal como o nome indica, são aquelas que normalmente se adquirem através de práticas sexuais com uma pessoa infetada. Viver a nossa sexualidade de forma livre e sem riscos de doenças sexualmente transmissíveis é

um aspeto da responsabilidade de cada um. Desta forma, o objetivo da sessão, tal como planeado (tabela 16), é conhecer e adotar comportamentos sexuais informados e responsáveis conducentes à prevenção das doenças sexualmente transmissíveis.

<b>Sessão VI</b>	<b>Temas/Conteúdos:</b> Doenças sexualmente transmissíveis	
<b>Competências</b>	Adotar comportamentos sexuais informados e responsáveis conducentes à prevenção das DST. Enumerar as DST mais frequentes; Descrever os modos de transmissão de cada uma delas; Conhecer os meios preventivos das DST;	
<b>Estratégias/Actividades</b>	Visualização e debate de diapositivos sobre as principais DST e formas de contágio. Pesquisa para a elaboração de um folheto informativo sobre o tema, em grupo.	
<b>Recursos</b>	<b>Recursos humanos:</b> Mestranda de Educação Social <b>Recursos materiais:</b> Projetor, computador, filme, painel, diapositivos, internet, canetas, livros.	
<b>População alvo:</b> 10 Portadores de Deficiência Mental	<b>Avaliação:</b> Preenchimento do inquérito relativo à temática em análise	<b>Duração:</b> 4 horas

**Tabela 16 - Planificação da sessão nº 6**

Tendo em conta os resultados obtidos, a presente sessão foi muito positiva, (ver anexos nº9 e tabela 17).

1. Qual das seguintes doenças pode ser transmitida sexualmente?	Hepatit B;	Tuberculose;	Amigdalite;
Respostas:	100%	0%	0%
2. Qual o método que melhor protege contra as infeções sexualmente transmissíveis?	Os preservativos;	Utilização de espermicidas;	Utilização de espermicidas com pilula;
Respostas:	90%	10%	0%
3. As doenças sexualmente transmissíveis são muito fáceis de detetar?	Verdadeiro;	Falso;	
Respostas:	60%	40%	
4. Qual das seguintes opções, é a forma mais fácil de ficar infetado com uma doença sexualmente transmissível?	Através de beijos;	Através da prática de sexo vaginal sem preservativo;	Partilha de toalhetes pessoais;
Respostas:	10%	90%	0%
5. Numa relação heterossexual quem é que tem mais probabilidade de ficar infetado com VIH se o/a parceiro/a estiver infetado?	Homem;	Mulher;	Ambos são igualmente vulneráveis;
Respostas:	20%	0%	80%

**Tabela 17 - Tabela de resultados da sessão 6**

### 2.2.7. Sessão 7

A **Sida**, tema da **sessão nº7**, realizado no dia 14 de julho de 2010, foi planeada como podemos constatar através da tabela 18.

<b>Sessão VI</b>	<b>Temas/Conteúdos: Seropositividade</b>	
<b>Competências</b>	Adotar comportamentos sexuais informados e responsáveis conducentes à prevenção da SIDA; Expressar conhecimentos básicos sobre o contágio pelo HIV; Discutir formas de prevenção da SIDA; Clarificar ideias acerca da seropositividade;	
<b>Estratégias/Actividades</b>	Visita ao CAD. Projeção de diapositivos sobre o HIV e formas de contágio. Visualização e debate sobre de pequenos vídeos e jogos da aplicação Crescer com Saúde de Jorge de Oliveira (s/data): História: Conhecer para prevenir. Pesquisa e elaboração, em grupo, de um folheto informativo sobre o tema.	
<b>Recursos</b>	<b>Recursos humanos:</b> Mestranda de Educação Social <b>Recursos materiais:</b> Projetor, computador, filme, painel, livros.	
<b>População alvo:</b> 10 Portadores de Deficiência Mental	<b>Avaliação:</b> Preenchimento do inquérito relativo à temática em análise	<b>Duração:</b> 4 horas

**Tabela 18** - Planificação da sessão nº 7

A sida é uma realidade relativa à vida sexual, embora inquietante, não deve assustar, mas apenas alertar para a situação, de modo a alcançar o objetivo da sessão que é assumir uma sexualidade responsável.

A aplicação *Crescer em Saúde* (História: *Conhecer para prevenir*) consiste num suporte de educação sexual que apresenta várias histórias que se cruzam entre si e que podem ser um bom pretexto para a discussão e o diálogo sobre temas como a SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida).

Outra atividade proposta foi a visita ao CAD (Centro de Atendimento e Deteção Precoce), com o intuito de saber quais os procedimentos a adotar na realização do teste do HIV. Contudo, esta foi-nos negada, cedendo-nos apenas material sobre o tema (p.e. o teste do VIH).

No término desta sessão, os intervenientes responderam a 3 questões sobre o tema, e tendo em conta os resultados, podemos considerar a sessão muito positiva, (ver anexo nº10 e tabela 19).

1. Qual a causa da Sida?	1.1. Uma bactéria	1.2. Um fungo	1.3. Um vírus
Respostas:	20%	0%	80%
2. Que cuidados se devem adotar para não contrair a Sida:	Respostas:		
2.1. A nível individual?	C1: <i>Relações sexuais com preservativo;</i> C2: <i>Não ter contacto com sangue;</i> C3: <i>Ter relações sexuais com preservativo;</i> C4: <i>Usar preservativo nas relações sexuais;</i> C5: <i>Não partilhar seringas ou outros objetos que cortam;</i> C6: <i>Relações sexuais protegidas;</i> C7: <i>Usar preservativo nas relações sexuais;</i> C8: <i>Usar preservativo nas relações;</i> C9: <i>Não tocar em sangue;</i> C10: <i>Ter relações sexuais com preservativo;</i>		
2.2. A nível social?	C1: <i>Devemos ter cuidado com o sangue nas mãos, ao cumprimentar;</i> C2: <i>Protegermo-nos de quem tem a doença;</i> C3: <i>Ter em conta os riscos de contágio;</i> C4: <i>Ter em atenção os meio de transmissão da Sida, mas conviver;</i> C5: <i>Não devemos discriminar ninguém, sabemos os meios de transmissão;</i> C6: <i>Devemos ter em conta as medidas de contágio do vírus;</i> C7: <i>Devemos viver e conviver;</i> C8: <i>Não interessam as caras, nem as doenças, sim plesmente temos de nos proteger;</i> C9: <i>Devemos ter bons amigos e não tocar em sangue, facas, seringas...;</i> C10: <i>Temos em conta o que nos ensinam e somos felizes;</i>		

**Tabela 19** - Tabela de resultados da sessão 7

C7, caracterizado no ponto 2 do Capítulo III, partilhou com o grupo a sua experiência de vida sobre a seropositividade,

*(...) há três anos, fui fazer análises daquelas que toda a gente faz e o médico disse-me que tinha o vírus HIV. Fiquei triste, e chorei com os meus pais. Foi uma triste situação. Eu mudei muito, sou diferente, sou doente, é complicado.*

*Com os olhos em lágrimas acrescentou: Mas sou feliz, sabes?*

### 2.2.8. Sessão 8

A sexualidade, envolve um processo fisiológico humano, assim como as capacidades do indivíduo, a confiança que tem em si mesmo. É importante falar da **Resposta sexual humana**, tema da **sessão nº 8**, planejada na tabela 20.

<b>Sessão VIII</b>	<b>Temas/Conteúdos:</b> Resposta sexual humana	
<b>Competências</b>	Enunciar as fases da resposta sexual humana; Descrever as características da resposta sexual humana; Relatar algumas ideias sobre a resposta sexual humana;	
<b>Estratégias/Atividades</b>	Debate sobre uma leitura de uma ficha informativa sobre os conteúdos. Análise de diapositivos sobre a sobre a resposta sexual humana.	
<b>Recursos</b>	<b>Recursos humanos:</b> Mestranda de Educação Social <b>Recursos materiais:</b> Projetor, computador, filme, painel, folhas, canetas, livros.	
<b>População alvo:</b> 10 Portadores de Deficiência Mental	<b>Avaliação:</b> Preenchimento do inquérito relativo à temática em análise	<b>Duração:</b> 4 horas

**Tabela 20** - Planificação da sessão nº 8

A sessão nº 8 foi realizada no dia 23 de Julho de 2010, teve como principal objetivo enunciar e descrever as fases da resposta sexual humana e desmistificar algumas ideias.

O inquérito relativo à temática consistiu em 5 afirmações (todas elas falsas), que os clientes identificaram como verdadeiras ou falsas.

Tendo em conta que todas as afirmações eram falsas e nos resultados obtidos podemos avaliar esta sessão como positiva, (ver anexo nº11 e tabela 21).

Nº	Afirmação	Respostas Verdadeira	Respostas Falsa
1	Após o orgasmo, mulheres e homens não conseguem ser estimulados sexualmente.	20%	80%
2	Existe uma relação direta entre as dimensões do pênis e o desempenho sexual masculino.	60%	40%
3	A fase do orgasmo é, para toda a gente, a fase mais importante das relações sexuais.	40%	60%
4	O desejo sexual é mais intenso nos homens do que nas mulheres.	50%	50%
5	Homens poderão manter relações sexuais com orgasmos, sem terem sempre necessidade de passar pela fase da resolução.	30%	70%

**Tabela 21** - Tabela de resultados da sessão 8

### 2.2.9. Sessão 9

Na **sessão nº 9**, realizada no dia 1 de agosto de 2010, o tema tratado foi a **orientação sexual**, e foi planeada, como verificamos na tabela 22.

<b>Sessão IX</b>	<b>Temas/Conteúdos:</b> Orientação sexual	
<b>Competências</b>	Respeitar as várias orientações sexuais; Aceitar os diferentes comportamentos emergentes das diferenças; Identificar possíveis repercussões das diferentes orientações sexuais ao nível pessoal e social.	
<b>Estratégias/Actividades</b>	Diapositivos sobre as várias orientações sexuais; Visualização do filme Filme (Milk, Gus Van Sant, 2008); <i>Brainstorming</i> sobre a homossexualidade.	
<b>Recursos</b>	<b>Recursos humanos:</b> Mestranda de Educação Social <b>Recursos materiais:</b> Projetor, computador, filme, painel, diapositivos, canetas, folhas, livros.	
<b>População alvo:</b> 10 Portadores de Deficiência Mental	<b>Avaliação:</b> Preenchimento do inquérito relativo à temática em análise	<b>Duração:</b> 4 horas

Tabela 22 – Planificação da sessão nº 9

Com o objetivo de reforçar a sexualidade como algo inerente à vida, que acarreta diferentes orientações sexuais, as quais devemos respeitar, os clientes procederam à sua identificação sexual de cada indivíduo, tendo como resultado 90% heterossexuais e 10% homossexuais. (ver anexo nº12 e tabela 23).

1. A minha orientação sexual é:	1.1.Heterossexual;	1.2.Homossexual;	1.3.Transexual;
Respostas:	90%	10%	0%

Tabela 23 - Tabela de resultados da sessão 9

Tendo em conta a existência da homossexualidade, C7 assume:

*Aos 17 percebi que gostava de homens a sério e desde então as minhas relações são com homens.*

*Actualmente tenho namorado, há cinco anos que ando com ele. Dou-me muito bem com ele. Vou para casa dele, vemos televisão juntos, falamos. Sou homossexual assumido (...).*

A sessão nº9 teve em destaque o tema da **Homossexualidade**, pois compete também aos profissionais de uma instituição informar e discutir temas que se consideram tabus, crenças, atitudes que os seus clientes detêm, de forma não a uma mudança total, pois esta seria impossível, mas pelo menos, à sensibilização das consequências negativas das suas posturas perante o tema.

A homossexualidade e a bissexualidade,

*São tendências, preferências sexuais dos indivíduos que devido a diversos factores, biológicos, anatómicos, psicológicos, emocionais, culturais e ambientais optam por exprimir e vivenciar a sua sexualidade com indivíduos do mesmo ou diferente sexo (ET1).*

No entender de ET2 *cada ser humano tem o direito de fazer a sua própria escolha, por isso mesmo existe o livre arbítrio.*

ET4 refere não ter *nenhum tipo de preconceito, cada um tem a liberdade de ter a sua opção sexual, desde que respeite os outros.*

Uma das conclusões da sessão foi a de que a homossexualidade relativamente às mulheres é melhor aceite que relativamente aos homens. Este facto constata-se através do *brainstorming* da definição pessoal de homossexualidade de cada indivíduo, (*ver anexo nº 17*).

O facto de ser visível o desprezo dos portadores de deficiência mental pelos homossexuais, como refere C7, *às vezes sinto-me magoado, triste como eles falam e fico muito triste, é como se dessem porrada em mim. Os meus pais não gostam de assumir. Quando vou na rua gozam comigo, mas eu não gosto. (...)* e de entre eles existir um indivíduo que se afirma como tal, surgiu a necessidade de ainda nesta sessão, ser abordado o tema da homofobia.

Este sentimento negativo é claramente comprovado na definição pessoal de homossexualidade de C8, que escreveu

*(...) considero-me um bocado homofóbico, descrevendo uma situação vivida pelo cliente, Uma vez em Alcoitão, um rapaz era um paneleirote e apalpou-me a perna, e eu mandei-lhe com um pedal da cadeira na cabeça. Não gosto de homens.*

A homofobia é um preconceito contra os homossexuais. A fim de existir uma melhor consciencialização do tema, por parte dos presentes, foi proposto aos clientes a elaboração de um cartaz, em que cada um, após receber informação correta sobre a homofobia, referia uma palavra que considerasse relevante numa educação sem homofobia. O resultado foi positivo: 70% indicaram palavras positivas “cidadania”, “diversidade”, “educação”, “inclusão”, “respeito”, “esperança”, “sentimentos”, e 30% mostraram o seu preconceito.

#### **2.2.10. Sessão 10**

A **sessão nº 10**, realizada no dia 18 de agosto de 2010, subordinada ao tema do **Abuso sexual relacionado com as vivências sexuais**, teve como objetivo desenvolver a capacidade de reconhecer tipos e situações de abuso sexual, de identificar soluções e

entender as implicações individuais e sociais do envolvimento em situações de abuso sexual para a vida, como verificamos através da sua planificação na tabela 24.

<b>Sessão XX</b>	<b>Temas/Conteúdos: Abuso sexual</b>	
<b>Competências</b>	Debater situações de abuso sexual; Identificar soluções para resolver o problema de abuso sexual; Compreender as implicações individuais e sociais do envolvimento em situações de abuso sexual.	
<b>Estratégias/Actividades</b>	Leitura de textos/notícias sobre a temática e debate sobre as principais conclusões. Redação de bilhetes de pedido de ajuda, perante uma situação de abuso sexual. Visualização do Documentário (Abuso Sexual, Porto Editora, 2000). Pesquisa e elaboração de um folheto informativo sobre o tema. Testemunhos da vida sexual de cada um dos clientes. Propor ao grupo uma pesquisa sobre serviços de apoio em caso de abuso.	
<b>Recursos</b>	<b>Recursos humanos:</b> Mestranda de Educação Social <b>Recursos materiais:</b> Projetor, computador, filme, painel, livros, internet, cartolinas, marcadores, canetas.	
<b>População alvo:</b> 10 Portadores de Deficiência Mental	<b>Avaliação:</b> Registo de testemunhos da vida sexual de cada um dos clientes.	<b>Duração:</b> 4 horas

**Tabela 24 – Planificação da sessão nº 10**

Sobre esta temática destacam-se alguns dos testemunhos dados pelos clientes (ver anexo nº 13):

*(...) mas nunca tive relações com ninguém. Já tive muitas namoradas, dava-lhe beijos e abraços.*

*Podia calhar casar-me e ter filhos. Gostava de ter um rapaz e uma rapariga e passear com ela.(...) (C1);*

*(...) Estou a gostar de aprender coisas sobre a sexualidade (...), sabes, eu já tive relações sexuais com a minha namorada (...) há muito tempo. Íamos a passear na rua e eu dei-lhe um apalpaço no rabo e um beijo na boca. Usei preservativo, tinha-o no bolso.*

*Outra vez fiz aquilo que falámos no outro dia. Estávamos à porta de casa dela, só estávamos eu e ela, não havia mais ninguém, ela quis (...) meti o pénis na vagina (...) estivemos lá um bocadinho a namorar, até passar o tempo (...) já há muito que namoro com ela. Ela gosta muito de mim, está feliz comigo e gostou muito. Dei-lhe um beijinho na boca. Não usei preservativo, mas tem de se usar, não é? Esqueci-me de o pôr... (...) (C2);*

*(...) Aos 14/15 anos tive pela primeira vez relações sexuais com uma gêmea e depois com a outra. Desde então, tenho tido alguns relacionamentos com algumas raparigas (...) (C3);*

*(...) Aos 20 anos tive relações sexuais com uma colega do Centro de Educação Especial onde tinha estado. A partir desta altura tive algumas relações sempre com colegas, mas nada sexuais (...) (C4);*

*(...) Já tinha 35 anos quando iniciei a minha vida sexual e foi com uma pessoa igual a mim. Tive uma vida sexual activa durante 1 ano (...)* (C5);

*(...) Sempre estudei. Aos 14 anos tive o meu primeiro namorado e desde aí tive outros namorados. Aos 19 anos entrei em Gestão, na Universidade da Guarda, Nesta altura conheci o meu ex-marido num café na Guarda. Aos 24 anos comecei a namorar com ele e perdi a virgindade com ele (...)* (C6);

*(...) Aos 8 anos (...) Tive relações com ela (...) Não ejaculei, aliás eu com 8 anos nem sabia que um homem ejaculava. Desde então tive sempre uma vida sexual muito activa, pratiquei sexo anal, oral... aos 16 anos o meu pai achou que eu tinha perdido a virgindade. (...)* (C7);

*(...) Quando eu estava em Macedo metia o pénis no pipi nas meninas (...) só pode fazer a mãe e o pai (...)* (C8);

*(...) Lembro-me que aos 14 anos (...) Fui com uma prostituta, com quem perdi a virgindade. Aos 18 anos tive pela primeira vez relações sexuais com um homem. A partir desse momento sempre gostei de homens e sempre tive uma vida sexual activa. (...)* (C9);

*(...) Aos 11 anos pedi a virgindade com um colega da escola. Nunca mais tive relações sexuais... Foi o meu único namorado (...)* (C10).

Apesar de existirem experiências sexuais em conformidade com os padrões normais, ainda permanecem dúvidas, incertezas e medos.

Os relatos de alguns clientes indiciam que apresentam vivências sexuais traumáticas provocadas por alguém.

Esta é uma realidade que pode ser marcada por abusos sexuais e expressa por ET1 no seu relato:

*Tenho conhecimento de alguns casos que sofreram de abusos sexuais com o consentimento da própria mãe. Sei de outros casos, quando eram crianças de 6, 7 e 9 anos de idade, foram abusados por colegas mais velhos e por técnicos da instituição que os acolhia. A instituição só teve conhecimento, de todos os casos descritos anteriormente, através de relatos de factos vivenciados pelos próprios deficientes que se passaram há mais de 15, 10 e 7 anos atrás. Em todos os casos, a família foi informada sobre os factos e orientada sobre as melhores opções de resolução da problemática. A instituição está atenta e está orientada juridicamente para agir em conformidade com a proteção do bem-estar e da integridade física, psicológica e emocional dos nossos clientes com deficiência.*

Pan (1997) (*in* Albuquerque & Ramos, 2007) afirma que a negação da sexualidade por parte dos pais, prende-se, muitas vezes, com a preocupação face a possíveis abusos sexuais. Assim, há um grande pavor dos pais face a esta problemática.

A educação sexual do indivíduo deficiente mental é da responsabilidade de todos, e tanto a família como a instituição sentem essa responsabilidade. Questionada se sente que tem alguma responsabilidade na educação sexual da pessoa com deficiência, ET1 afirma:

*Sim, muita. Embora haja constrangimentos que não nos permitam desenvolver da melhor forma a sua educação e formação sexual, pois quando vêm para a instituição já são adultos de 20, 30 ou 40 anos de idade e todo o background familiar e educativo que receberam anteriormente dificulta o nosso trabalho. Mas tentamos fazer o nosso melhor.*

Acrescenta ainda que se sente à vontade para falar sobre sexualidade com os clientes portadores de deficiência mental,  
*utilizando sempre uma linguagem adequada e simples, num ambiente de confiança e abertura total de expressão de necessidades, sentimentos, opiniões.*

Todos os restante técnicos entrevistados, ET2, ET3, ET4 e ET5, afirmaram que sentem-se à vontade para abordar o tema e intervir neste âmbito com esta população alvo tão específica.

Este tipo de iniciativas, de forma geral são consideradas muito importantes, numa instituição e valorizadas pelos técnicos, pois

*Acho que ficam mais enriquecidos nesta temática e é-lhes dada a oportunidade de se pronunciarem sobre o mesmo.*

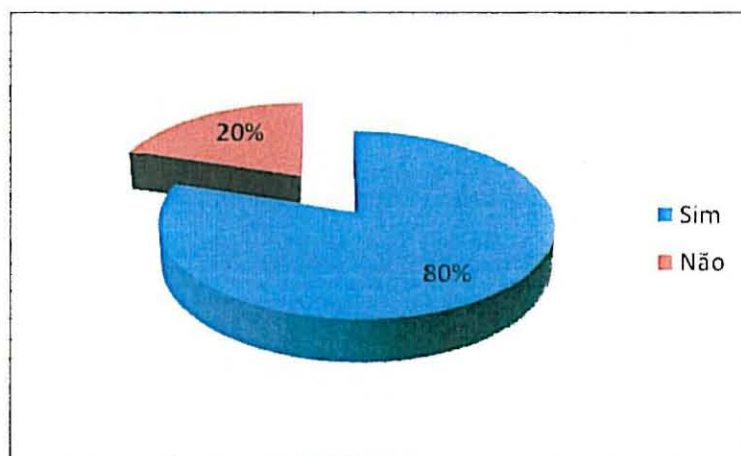
*É de salientar que os clientes desta Instituição tem vários tipos de deficiências e nem todos compreendem o tema da melhor forma, no entanto, acho que é de louvar este tipo de iniciativas pois vão de encontro a temas que normalmente são vistos como tabus na sociedade (ET2).*

*(...) muito importante que estas ações de informação sejam dadas com alguma regularidade perante este público alvo. Isto, porque alguns dos clientes como possuem os seus QI muitos baixos, precisam que estas informações lhes sejam repetidas em curtos períodos de tempo devido à sua má retenção de informação. Isto porque passado pouco tempo são-lhe feitas algumas questões sobre o tema que foi apresentado, e alguns deles já não conseguem responder a certas questões, que lhe possam ser feitas sobre o tema (ET5).*

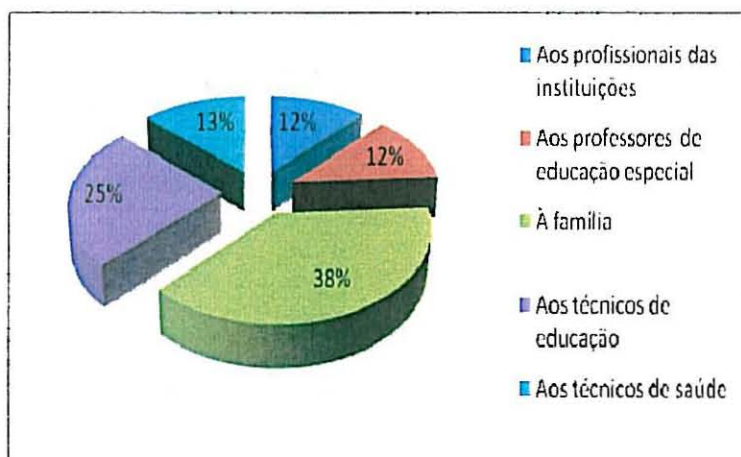
Ainda no contexto da importância do trabalho no âmbito da educação sexual das pessoas portadoras de deficiência mental, 80% (N=8) dos familiares assinalaram que

consideram este trabalho relevante e 20% (N=2) desvalorizam este trabalho, como podemos constatar através do gráfico 15.

Como se verifica no gráfico 15 (1), 38% (N=4) dos familiares que consideram importante o trabalho no âmbito da educação sexual das pessoas com deficiência mental, assinalam que este compete à família, 25% (N=3) indicam que este é da competência dos técnicos de educação (professores, educadores), 13% (N=1) consideram que este deve ser trabalhado por técnicos de saúde, e com igual valor de 12% (N=2) dos inquiridos assinalam que o trabalho no âmbito da educação sexual, nesta população específica, deve ser trabalhado pelos professores de educação especial.



**Gráfico 15** – Importância do trabalho no âmbito da educação sexual das pessoas portadoras de deficiência mental



**Gráfico 15(1)** – A quem compete o trabalho no âmbito da educação sexual das pessoas portadoras de deficiência mental

O seio familiar e institucional são meios onde o portador de deficiência mental passa a maior parte do seu tempo, se a família muitas vezes impõe restrições à vivência da sexualidade, a instituição também.

Considerando se a instituição deveria ter uma norma que proibisse qualquer tipo de contacto físico entre clientes ou qualquer outro tipo de manifestação sexual, ET2 declara,

*no que concerne à Instituição acho que é viável ter uma norma que estabeleça limites e onde o contacto físico com cariz sexual não se manifeste dentro da mesma, pois torna-se necessário salvaguardar o bom nome da Instituição e os próprios clientes terem consciência de que existem regras para cumprir. Assim sendo, a Instituição não tem que ser um ponto de encontro para esta matéria mas ser, sim, uma alavanca para os clientes conseguirem ser integrados, de uma forma positiva, na sociedade.*

ET5 é da mesma opinião assegurando,

*(...) não é muito boa ideia a proibição dentro da Instituição do contacto físico entre eles, isto porque alguns deles quando estão a falar com as outras pessoas procuram sempre o contacto físico, talvez para demonstrar o carinho que tem por essa pessoa ou para chamar a atenção dessa pessoa. Também devido a ser uma forma de dar carinho a outro cliente e dizer que pode contar com ele quando precisar, isto nos casos quando a sua amizade é bastante acentuada.*

*Em relação as manifestações sexuais, eles são seres humanos como todos os outros, por isso essas manifestações podem acontecer com alguma frequência. Mas nesses casos todos nós colaboradores tentamos explicar-lhes as coisas, e fazer-lhes ver que neste local têm que ter respeito por todos os seus colegas e colaboradores e que não é local apropriado para demonstrar certas e determinadas manifestações sexuais.*

ET3 e ET4 manifestam alguma dúvida,

*depende do tipo de contacto físico. Um abraço pode fazer muito bem para a confiança entre o cliente e o colaborador. Uma manifestação sexual já deve ser proibida (ET3).*

*Sim, porque podem existir situações intencionais ou não, que podem ser mais constrangedoras para os envolvidos (ET4).*

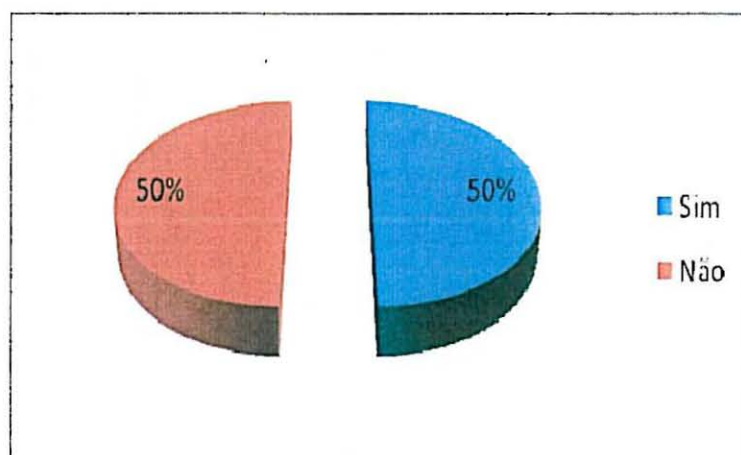
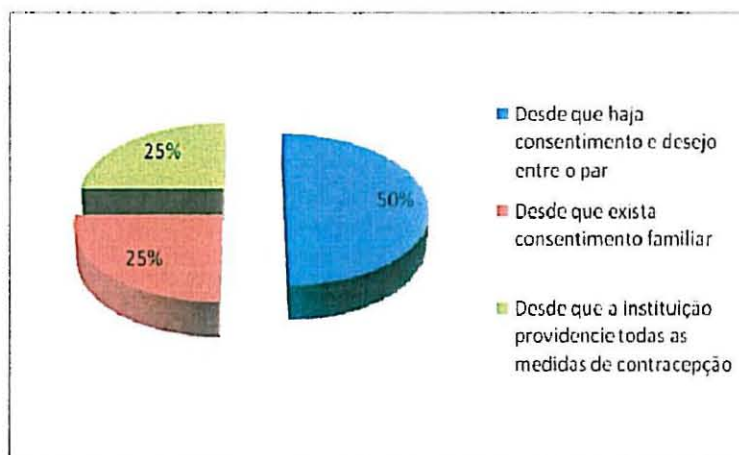


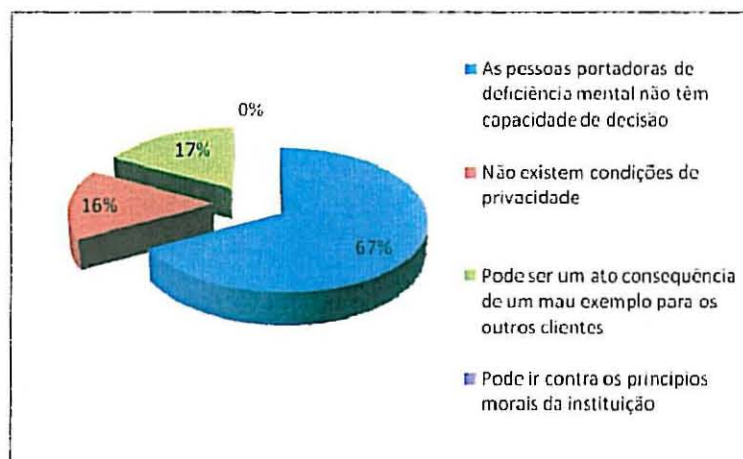
Gráfico 16 – Prática da atividade sexual das pessoas portadoras de deficiência mental nas instituições

Segundo o gráfico 16, 50% (N=5) dos inquiridos concordam com a prática da atividade sexual das pessoas portadoras de deficiência mental nas instituições que as acolhem e 50% (N=5) são contra essa prática nas instituições.



**Gráfico 16(1)** – Prática sexual das pessoas portadoras de deficiência mental nas instituições

Como podemos comprovar no gráfico 16(1), os familiares mencionam três formas diferentes da prática da atividade sexual no seio institucional: 50% (N=5) indicam que esta pode ser praticada desde que haja consentimento e desejo entre o par, e com o igual valor de 25% (N=5) os familiares indicam que a prática sexual pode ser feita desde que exista consentimento familiar e desde que a instituição providencie todas as medidas de contraceção.



**Gráfico 16(2)** – Razões da não prática sexual das pessoas portadoras de deficiência mental nas instituições

Dos familiares que não concordam com a prática sexual das pessoas portadoras de deficiência mental na instituição onde são acolhidas, 67% (N=7) consideram que as

peçoas portadoras de deficiência mental não têm capacidade de decisão, 17% (N=2) afirmam que pode ser um ato consequência de um mau exemplo para os outros clientes e 16% (N=1) indicam não existirem condições de privacidade, como comprovamos no gráfico 16 (2).

## **Capítulo VI – Conclusões finais**

No decorrer deste trabalho, foram sentidas algumas limitações, cujas consequências se refletiram na construção de instrumentos e nos processos de trabalho. Para tal, contribui a quase inexistente bibliografia, relativamente ao tema da sexualidade na deficiência mental, sendo, na sua maioria, uma informação muito dispersa.

Apesar das limitações bibliográficas, pensamos que a oportunidade para analisar aspetos fundamentais, num contexto de mudança, da problemática em estudo, assim como o grau de aderência e/ou não aderência a práticas subjacentes a essa mudança, contrabalança as limitações referidas.

Este estudo é um indicador do que pensam e realizam clientes, familiares e técnicos relativamente à sexualidade do deficiente mental, tendo em conta a relação que estabelecem. Após a análise dos dados e discussão dos mesmos, torna-se importante apontar algumas conclusões, às quais chegamos através do modelo proposto, apresentado e analisado ao longo deste estudo:

- A sexualidade dos portadores de deficiência mental deve começar hoje a ser a ganhar importância neste grupo social específico, pois este é um domínio pouco investigado, que gera muitas dúvidas, incertezas, discussões para os próprios indivíduos, para a família e para os profissionais da área, como pudemos concluir através de algumas respostas analisadas nos inquéritos por questionários e nas entrevistas dos respetivos;

- A pessoa portadora de deficiência mental tem necessidades afetivas de um modo pessoal e intransferível e a sexualidade deve ser um dos campos de intervenção técnica e familiar;

- Segundo a análise dos inquéritos por questionário, as famílias assumem nas suas respostas uma visão do portador de deficiência mental como um ser assexuado, que não goza de direitos sexuais e afetivos, não deve viver a sua sexualidade e se acharem que a deve viver, devem fazê-lo tendo em conta as orientações familiares, que não tem capacidade de constituir uma família;

- No seio familiar parece predominar o receio, a negação, crenças, atitudes que dominam e vão continuar a dominar, as práticas e percepções face à sexualidade do portador de deficiência mental;

- Os familiares inquiridos enfrentam inúmeros desafios e situações difíceis, circunstâncias com que outros pais e familiares nunca se depararão.

É normal que haja uma tensão indevida na estrutura familiar, pois enquanto algumas famílias são capazes de ser bem sucedidas ao dialogar, informar, aconselhar, educar para a sexualidade os seus familiares, revelando-se consideravelmente realistas, outros encontram-se menos preparadas para aceitar o desafio;

- A maior parte dos familiares inquiridos ignoram e rejeitam os problemas sexuais e afetivos da pessoa com deficiência, assumindo uma atitude, por um lado de superprotecção e por outro de negligência ou repressiva, que não lhes possibilita a construção de uma identidade própria de homem ou mulher;

- Os profissionais da área assumem-se nas entrevistas como responsáveis pela educação afetiva e sexual dos portadores de deficiência mental, contudo agem de acordo com valores pessoais e crenças que vão construindo ao longo da vida e que não quebram nas suas práticas profissionais;

- Estas atitudes assumidas por parte dos técnicos, claramente que tendem a condicionar as respostas dos indivíduos portadores de deficiência mental com quem trabalham;

- Por mais que um técnico tente esconder as dúvidas, fraquezas, sem dúvida que durante a realização deste trabalho, algumas vezes foram visíveis atitudes que consideravam estes indivíduos “assexuados”, revelando grandes dificuldades em lidar objectivamente, diariamente, com essas demandas, procurando, rapidamente, quem há anos trabalha na área para uma orientação profissional, ou um incentivo na intervenção;

- As sessões informativas, de debate, de partilha de experiências e de alguma aprendizagem, foram sem dúvida uma grande valia na concretização deste projeto, tendo alcançado, de forma geral, resultados bastante produtivos. A ansiedade que caracterizava estes indivíduos, no início de cada sessão, transformava-se em autoconfiança, autoestima, seres mais informados, com menos dúvidas e com a percepção de que puderam falar e foram ouvidos sobre a sexualidade de cada um;

- Todos os clientes envolvidos revelaram curiosidade e bastantes dúvidas em relação ao tema da sexualidade. A satisfação dessas curiosidades contribuiu, sem dúvida, para a criação de um espaço onde os portadores de deficiência mental pudessem esclarecer as suas dúvidas, incertezas, de forma a minimizar riscos e ansiedades. Proporcionou uma visão integrada das experiências vividas pelos deficientes mentais;

- Os indivíduos portadores de deficiência mental participantes no estudo, hoje são cidadãos mais responsáveis, informados e preventivos no campo da sua sexualidade, adquiriram competências cognitivas que os ajudam a viver uma sexualidade adequada;

- A relação com os seus familiares não se apoia nas mesmas crenças, no que diz respeito à sexualidade, pois ao longo das sessões adquiriram competências para dialogar o tema e reivindicarem os seus direitos;

- Durante a implementação do projeto tivemos a certeza de que os deficientes mentais tiveram acesso a informações sobre vários temas da sexualidade, ainda que muitas vezes, alguns deles fossem limitados e deturpados. As estratégias utilizadas forem alternativas, eficazes e que contribuíram para o incentivo da amostra partilhar as suas vivências sexuais. Foram seleccionadas temas de intervenção, tendo em conta contadiferentes aspetos essenciais à vivência adequada da sexualidade, tendo em conta sempre o eu, o outro e as relações estabelecidas entre ambas as partes;

- A instituição em causa, precisa de refletir muito mais sobre as suas práticas, estratégias, organização em atividades de promoção de saúde, pouco frequentes e implementadas com esta população. É importante dar continuidade ao desenvolvimento deste tipo de projetos para pessoas com deficiência mental, pois podem ser considerados banais por muitos, mas nunca serão indiferentes para quem neles participa;

- Em Portugal, há um longo caminho a percorrer para ser aceite e normalizada a sexualidade das pessoas com deficiência mental;

- Esta intervenção promoveu uma educação positiva, onde existiu a liberdade de expressão de sentimentos, motivações, vivências, experiências, medos, vergonhas, frustrações, ansiedades, revoltas.

Concluímos, mas não terminamos. Deixamos apenas uma “gota” no mar do conhecimento da sexualidade na deficiência mental, permanecendo a porta aberta para que alguém continue este desafio, que foi, sem dúvida muito pertinente e gratificante, pois a ação voluntária é essencial à construção de uma contemporaneidade solidária,

mas necessita de ser enquadrada em programas de intervenção, devidamente planificados e coordenados.

Podemos assumir que a cada dia que passa a sociedade transforma-se no que diz respeito a padrões de comportamento sexual, quebram-se alguns mitos, discriminações, tabus e preconceitos, mas é urgente mudar mentalidades, implementar programas de educação sexual que incluam ações de sensibilização, informação, educação, direcionadas para pessoas deficientes, técnicos, família e comunidade em geral.

Com este trabalho pretendemos dar o contributo nessa mudança, que exigiu uma postura e análise crítica contínuas, procurando novas condutas, estabelecendo novos valores, construindo pontes de ligação para novas realidades sociais.

Terminamos uma batalha e ao mesmo tempo talvez iniciamos outra, que alguém deve travar para que o portador de deficiência mental se afirme no que foi a nossa escolha e a sua opção. E quem sabe um dia realizar um sonho, como o que relata C7, *encontro uma enorme vontade de voltar a caminhar porque sei ainda dar os passos mágicos do Michel Jackson para trás*, não caminhando ao ritmo de alguém, mas ao seu próprio ritmo, nunca para trás, mas fortalecendo os vossos passos, pois é preciso continuar este *sonho*, de uma forma calma e confiante.

## **Bibliografia**

- Albuquerque, M. e Ramos, S. (2007). *A sexualidade na deficiência mental profunda – um estudo descritivo sobre atitudes de pais e profissionais*. Psicologia. [www.psicologia.com.pt](http://www.psicologia.com.pt) (Acedido a 15 de Janeiro de 2011).
- Alcobia, H., Mendes, A. e Serôdio, M. (2003). *Educar para a Sexualidade*. Porto Editora.
- Alonso, M. e Bermejo, B. (2001). *Atraso mental*. Amadora: Mc Graw Hill.
- Bautista, R. (1997). *Necessidades Educativas Especiais*. 1ª Edição. Lisboa: Dinalivro.
- Benasulim, A., Somões, A., Vilar, B., Pinto, P., Gabriel, S., Gil, S., Lameiras, S. e Gonçalves, Y. (2006). *A Orquídea e o Beija-flor: sobrevoando as questões sexuais dos jovens*. Porto: Areal Editores.
- Comissão da Condição Feminina (1983). *Atividades para uma Educação Não Sexista: Sugestões para o Ensino Pré-Primário*. Lisboa. Coleção: Mudar as Atitudes nº6.
- Conselho Pontifício para a Família. *Sexualidade Humana: Verdade e Significado, Orientações educativas em família*. Lisboa: Rei dos livros.
- Cardoso, J. (2006). *Sexualidade e Deficiência*. Coleção Psicologias: Série Psicologia e Saúde. Quarteto.
- Correa, A. (2005). *La deficiencia mental. Ámbitos de intervención*. In Royo e Urquizar (coord.). *Bases Psicopedagógicas de la Educación Especial*. Madrid: Psicología Pirámide, pp.267-290.
- Félix, I. (1997). *Sexualidade e Educação Sexual na deficiência mental*. Revista FENACERCI, maio (pp. 40-43).

- Félix, I. e Marques, A. (1995). *E nós... somos diferentes? Sexualidade e educação sexual na deficiência mental*. 1ª Edição. Lisboa: Associação para o Planeamento Familiar.
- Frade, A., Marques, A., Alverca, C. e Vilar, D. (2009). *Educação Sexual na Escola: Guia para professores, formadores e educadores*. Lisboa: Textos Editores.
- Fortin, M. *Glossário*. In: Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Lisboa: Lusociência. ISBN 972-8383-10-X.
- Glate, R. (1996). *A sexualidade da pessoa com deficiência mental: Pesquisando, refletindo e debatendo sobre o tema: questões atuais em Educação Especial*. Volume II. Rio de Janeiro: Sette Letras.
- Giami, A. (2004). *O Anjo e a fera: Sexualidade, deficiência mental, instituição*. São Paulo: Edições Casa do Psicólogo.
- Gomes, A. (1995). Ideias gerais sobre sexualidade dos deficientes. In Félix, I. e Marques, A. (coord.). *E nós... somos diferentes? Sexualidade e educação sexual na deficiência mental*. 1ª Edição. Lisboa: Associação para o Planeamento Familiar, pp.19-27.
- Lakatos, E., Marconi, M. (1991). *Metodologia científica: ciência e conhecimento científico, método científico, teoria, hipóteses e variáveis*. São Paulo: Atlas. ISBN 85-224-0641-3.
- Landívar, G. (1988). *Deficiencia mental. Diagnostico Y programacion recuperativa*. 2ª Edição. Madrid: Coleccion Educacion Especial.
- López, F. e Fuertes, A. (2002). *Para compreender a sexualidade*. Lisboa: Associação do Planeamento Familiar.
- Loureiro, S. (s/data). *Agora que já não sou criança...Programa de Educação Sexual para Jovens com Deficiência Mental Moderada*. Lisboa: SNRIPD.

- Machado, J. (1996). *Educação Sexual na Escola*. Universidade Aberta.
- Maia, B. (2006). *Sexualidade e Deficiências*. São Paulo: UNESP.
- Marques e Forreta (2005) in Marques A. M. (2005). *Ser +. Programa de Desenvolvimento Pessoal e Social para Crianças, Jovens e Adultos Portadores de Deficiência Mental*. Lisboa: Associação do Planeamento Familiar.
- Mateus, M. (2008). *O estudo do Meio Social como processo educativo de desenvolvimento local*. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança.
- Mottier, V. (2010). *A Sexualidade, Uma Breve Introdução*. Alfragide: Texto Editores.
- OMS (1989). *Classificação Internacional das Deficiências e Incapacidades e Desvantagens*. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação.
- ONU (1983). *Programa Mundial de Ação Relativo às Pessoas Deficientes*. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação.
- Pieczkowski, T. (2007). *Educação sexual de pessoas com deficiência mental*. In Revista Educação Especial: edição: 2007 - N° 30, Acedido em <http://coralx.ufsm.br/revce/ceesp/2007/02/a7.htm> a 14/02/2010.
- Polit, D., Hungler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas. ISBN 85-7307-101-X.
- Prazeres, V. (2003). *Saúde Juvenil no Masculino: Género e Saúde Sexual e Reprodutiva*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Reis, J. e Peixoto, L. (1999). *A deficiência mental. Causas, características, intervenção*. Braga: APPACDM.
- Shimono, S. e Barboza, R. (s/data). *Sexualidade da Pessoa com Deficiência Mental: Um passo para a Inclusão Social*. São Paulo: Unidade Mineira da Universidade Rede APAE.

Teles, A., Lança, C., Marques, C., Simões, L., Ré, M., Carvalho, M., Meira, M., Costa, M., Cravo, T. e Marques, Z. (2009). *O Sexo dos Anjos ou os Anjos sem Sexo*. Águeda: CERCIAG.

Vieira, F. e Pereira, M. (2003). *Se houvera quem me ensinara.... A educação de pessoas com deficiência mental*( 2ª Edição). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

### **Legislação**

Constituição da República Portuguesa (2005). Acedido a 21/03/2011 em <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Documents/constpt2005.pdf>.

Declaração Universal dos Direitos do Homem de 10 de Dezembro de 1948. Acedido a 13/02/2011 no Diário da República de 9 de Março de 1978 em <http://dre.pt/util/pdfs/files/dudh.pdf>.

Lei de Bases do Sistema Educativo Português N°49/2005 de 30 de Agosto. Acedido a 25/05/2011 em [http://www.fenprof.pt/Download/FENPROF/SM\\_Doc/Mid\\_132/Doc\\_1172/Ane\\_xos/LBSE%20Lei%2049%202005.pdf](http://www.fenprof.pt/Download/FENPROF/SM_Doc/Mid_132/Doc_1172/Ane_xos/LBSE%20Lei%2049%202005.pdf).

*Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência In Programa Mundial de Ação Relativo às Pessoas Deficientes* (s/data). Acedido a 14/05/2011 em [http://www.adfa-portugal.com/livros/Convencao\\_ONU.pdf](http://www.adfa-portugal.com/livros/Convencao_ONU.pdf).

### **Vídeos**

Crescer em Saúde (s/data) - *(História: Conhecer para prevenção)*

José Sá Caetano (2004) – *Maria e as outras*

Gus Van Sant (2008) - *Milk*

Laurie Clarke (2007) – *A Guerra dos Espermatozóides*

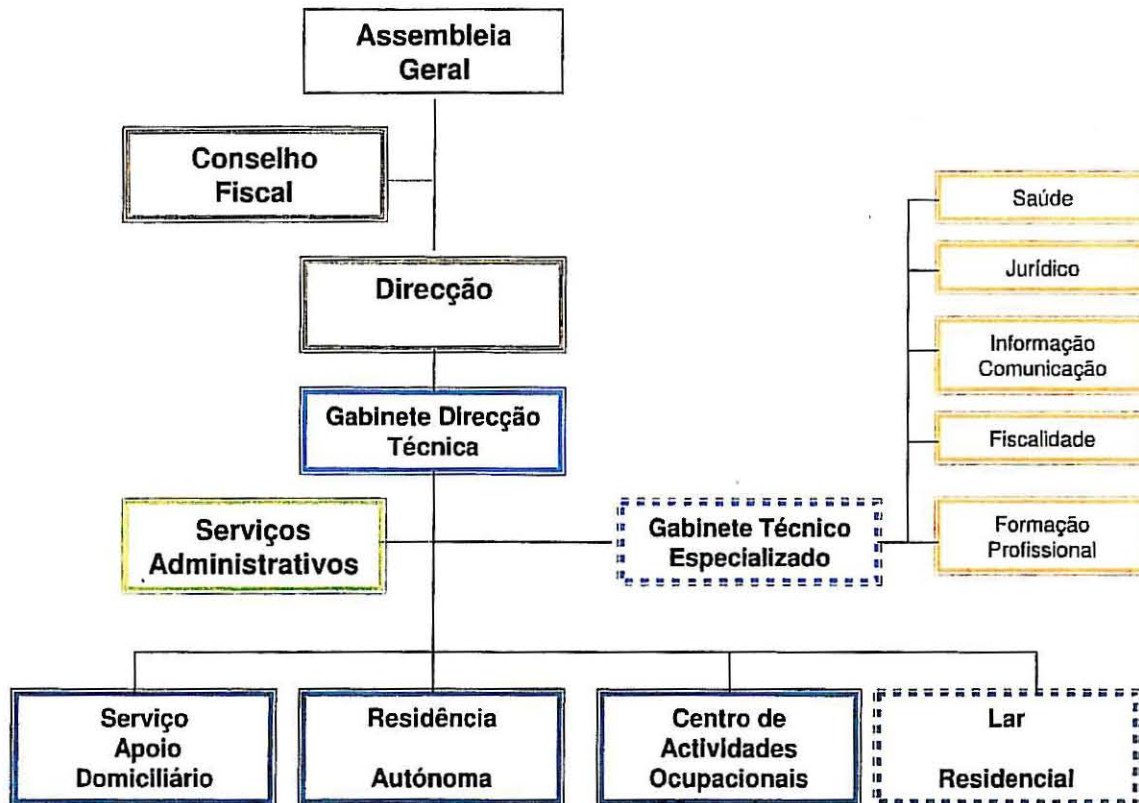
Liler Moller (s/data) – *Então é Assim!*

Steven Shaiberg (2002) – *Secretary*

## **Anexos**

## Anexo nº 1 – Organograma da instituição

### ASCUDT – Associação Sócio-Cultural dos Deficientes de Trás-os-Montes



## **Anexo nº 2 – Inquérito por questionário às famílias dos portadores de deficiência mental**

Com este inquérito por questionário pretendem-se “desvendar” as representações, crenças e atitudes dos familiares de portadores de deficiência mental, face à sexualidade na deficiência mental, elaborado no âmbito do, Mestrado em Educação Social.

Agradeço, desde já a sua colaboração.

Assinale com (x) o quadrado que achar correto e escreva por extenso, nos espaços reservados para o efeito.

### **A- Dados Pessoais**

**A1.** Idade \_\_\_\_\_ anos

**A2.** Sexo:

Masculino

Feminino

**A3.** Estado civil:

Solteiro/a

Casado/a

Divorciado/a

Viúvo/a

Outro

Qual? \_\_\_\_\_

**A4.** Meio em que habita:

Rural

Urbano

**A5. Habilitações Literárias:**

- 1º ciclo
- 2º ciclo
- 3º ciclo
- Secundário (frequência)
- Secundário (completo)
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento
- Outro Qual? \_\_\_\_\_

**A6. Profissão:** \_\_\_\_\_

**A7. Número total de filhos:**

- 1       2       3       4       5
- Outro número

**A8. Número total de filhos portadores de deficiência e idade:**

- 1 \_\_\_\_\_     2 \_\_\_\_\_     3 \_\_\_\_\_     4 \_\_\_\_\_     5 \_\_\_\_\_
- Outro número

**A9. Grau de parentesco com a pessoa portadora de deficiência:**

- Filho/a
- Primo/a
- Sobrinho/a
- Neto/a
- Outro Qual? \_\_\_\_\_

**A10. Tipo de deficiência:**

- Deficiência mental
- Deficiência motora
- Deficiência auditiva

Deficiência visual

Outra

Qual? \_\_\_\_\_

**A11.** Grau de deficiência:

Ligeira

Moderada

Severa

Profunda

## **B. Representações, crenças e atitudes da família face à deficiência mental**

**B1.** Assinale se a sexualidade é uma função fisiológica do indivíduo portador de deficiência mental.

Sim

Não

Justifique a resposta dada:

---

---

---

**B2.** Indique se a pessoa portadora de deficiência mental deve viver a sua sexualidade

Sim

Não

**B2.1.** Se respondeu **Sim**, assinale a forma que considera mais adequada à vivência da sexualidade pela, pessoa portadora de deficiência:

Forma natural

Forma condicionada

Tendo em conta as orientações das famílias

**B2.2.** Se respondeu **Não**, assinale a forma que considera mais adequada à não vivência da sexualidade pela pessoa portadora de deficiência:

- São seres assexuados
- Não têm capacidade de decisão
- Existe algum tipo de comprometimento biológico e/ou anatómico dos órgãos sexuais
- Existe algum tipo de comprometimento dos sistemas responsáveis pelo funcionamento sexual
- Porque não têm consciência do que fazem
- Porque não têm responsabilidade para acarretar as consequências dos seus actos

**B3.** Indique se considera importante que se trabalhe a educação sexual nas pessoas portadoras de deficiência mental?

- Sim
- Não

**B3.1.** Se respondeu **Sim**, assinale a quem compete o trabalho no âmbito da educação sexual das pessoas portadoras de deficiência mental:

- Aos profissionais das instituições
- Aos professores de educação especial
- À família
- Aos técnicos de educação (professores, educadores)
- Aos técnicos de saúde
- Aos amigos
- Outros Quais? \_\_\_\_\_

**B4.** A prática da actividade sexual deve ser permitida, por parte das pessoas portadoras de deficiência mental nas instituições que as acolhem?

- Sim
- Não

**B4.1.** Se respondeu **Sim**, mencione a forma como essa prática deve ser feita:

- Desde que haja consentimento e desejo entre o par

- Desde que exista consentimento familiar
- Desde que a instituição providencie todas as medidas de contraceção
- Desde que a instituição providencie as condições de privacidade

**B4.2.** Se respondeu **Não**, mencione se essa prática não deve ser vivida porque:

- As pessoas portadoras de deficiência mental não têm capacidade de decisão
- Não existem condições de privacidade
- Pode ser um ato consequência de um mau exemplo para os outros clientes
- Pode ir contra os princípios morais da instituição

**B5.** Assinale se o indivíduo portador de deficiência mental pode constituir família:

- Sim
- Não

**B5.1.** Se a resposta foi **Sim**, escolha a razão ou as razões que considera justificativas:

- Todos os seres humanos têm direitos idênticos
- Os indivíduos portadores de deficiência mental podem ser considerados pessoas tão capazes como as ditas “normais”
- No âmbito legal, nada os impede

**B5.2.** Se a resposta foi **Não**, escolha a razão ou razões que considera justificativas:

- As pessoas portadoras de deficiência mental não têm consciência dos seus actos
- Não reúnem condições para criarem uma família
- Os seus filhos podem ser igualmente deficientes
- A lei não permite o casamento

*Obrigado pela sua colaboração!*

## **Anexo nº3 – Entrevista Individual**

### ***Entrevista à Diretora de Serviços da ASCUDT***

Com esta entrevista pretendem-se “desvendar” as representações, crenças e atitudes dos Técnicos face à sexualidade na deficiência mental, elaborado no âmbito do, Mestrado em Educação Social.

Agradeço, desde já a sua colaboração.

#### **1. Que visão tem da sociedade acerca da sexualidade da pessoa com deficiência mental?**

*Penso que a maioria da sociedade não aceita que a pessoa com deficiência mental tenha direito a exprimir e a viver de forma saudável a sua sexualidade. Acho que ainda existe um tabu relativamente a essa expressão de sentimentos e necessidades fisiológicas da pessoa com deficiência mental. Seja pela falta de educação e de cultura da sociedade, seja pelo medo que as famílias têm de que os seus filhos deficientes mentais se reproduzam e tenham também filhos deficientes ou pelo simples facto de pensarem que eles não têm as mesmas necessidades e apetências sexuais como têm as “ditas pessoas normais”. Acho que é uma questão de falta de desenvolvimento de mentalidades, que está ainda muito presa a preconceitos de índole religioso que preconizam a sexualidade como um acto de simples reprodução do ser humano e nada mais.*

#### **2. O que seria preciso mudar para ir de encontro à sua visão?**

*Mudar mentalidades. E, muitas acções de informação, educação e sensibilização direccionadas, principalmente, aos familiares das pessoas com deficiência. Pois, no meu entender, é na família que nascem essas crenças e preconceitos errados sobre o não direito à sexualidade dos seus filhos e que lhe são proibidos.*

**3. O que pensa sobre a homossexualidade e a bissexualidade?**

*São tendências, preferências sexuais dos indivíduos que devido a diversos factores, biológicos, anatómicos, psicológicos, emocionais, culturais e ambientais optam por exprimir e vivenciar a sua sexualidade com indivíduos do mesmo ou diferente sexo.*

**4. Sente-se à vontade para falar sobre sexualidade com os clientes portadores de deficiência mental?**

*Claro que sim, utilizando sempre uma linguagem adequada e simples, num ambiente de confiança e abertura total de expressão de necessidades, sentimentos, opiniões.*

**5. Acha que a pessoa com deficiência mental tem direito a vivenciar a sua sexualidade? Porquê?**

*Claro que sim, é uma pessoa com necessidades, sentimentos e emoções como qualquer outra pessoa que tem direitos e deveres, necessidades e satisfações, que tem que estar integrada de forma plena na sociedade. Ressalvando sempre o direito à educação e formação sexual ao longo da sua vida.*

**6. Considera que os clientes da instituição têm necessidades sexuais? Como as manifestam e que medidas preconiza para os apoiar?**

*Todo o ser humano tem direito a exprimir e a satisfazer as suas necessidades sexuais desde que cumpra os parâmetros da privacidade e individualidade que as manifestações sexuais requerem. Os clientes na instituição são educados de forma a controlarem as suas expressões e actos sexuais como em qualquer outra instituição de educação ou formação. São sensibilizados, orientados e educados para terem comportamentos assertivos e adequados ao desenvolvimento da sua própria sexualidade, passando pela aceitação de valores morais e regras eticamente correctas e pela promoção do seu auto-conceito enquanto seres humanos diferentes mas não indiferentes ao instituído na sociedade.*

**7. Considera que a pessoa portadora de deficiência mental tem os mesmos desejos, prazer, as fantasias, fetiches, ideais que a pessoa dita normal?**

*Claro que sim, se calhar até com mais frequência e intensidade do que as pessoas "ditas normais" devido à sua maior dificuldade em controlarem a libido, com a produção excessiva de hormonas e, à dificuldade que têm em satisfazerem, efectivamente, esses desejos e fantasias com um(a) parceiro(a).*

**8. É de opinião que a pessoa com deficiência mental pode viver uma vida a dois, namorar, ter relações sexuais, casar e ter uma família?**

*Como já referi, eu aceito e defendo a sexualidade da pessoa com deficiência. No entanto, acho que o compromisso do casamento e a responsabilidade de constituir família depende do grau de deficiência mental da pessoa ou da existência de uma retaguarda familiar adequada que o oriente e ajude a ter esse tipo de vida independente de forma responsável.*

**9. Qual a situação, mais incómoda, no âmbito da sexualidade, com que teve de lidar na sua prática profissional? Como a resolveu?**

*Presenciar um acto sexual, numa sala da instituição, entre duas pessoas adultas com deficiência mental. Foi uma situação constrangedora para todos. As pessoas em causa foram alertadas para não voltarem a repetir esse tipo de acto dentro da instituição; aconselhados a usarem preservativos e a realizarem essas expressões e actos sexuais num ambiente seguro e em privado. A partir desse momento as portas das salas de actividades ocupacionais estão sempre abertas.*

**10. Considera que os clientes da instituição podem ser suscetíveis de sofrer abusos sexuais?**

*Sim. Tenho conhecimento de alguns casos que sofreram de abusos sexuais com o consentimento da própria mãe. Sei de outros casos, quando eram crianças de 6, 7 e 9 anos de idade, foram abusados por colegas mais velhos e por técnicos da instituição que os acolhia.*

**11. Qual a atitude da instituição, no sentido de intervir adequadamente, quando desconfia ou deteta situações de abuso sexual nos seus clientes?**

*A instituição só teve conhecimento, de todos os casos descritos anteriormente, através de relatos de factos vivenciados pelos próprios deficientes que se passaram há mais de 15, 10 e 7 anos atrás. Em todos os casos a família foi informada sobre os factos e orientada sobre as melhores opções de resolução da problemática. A instituição está atenta e está orientada juridicamente para agir em conformidade à protecção do bem-estar e da integridade física, psicológica e emocional dos nossos clientes com deficiência.*

**12. Sente que tem alguma responsabilidade na educação sexual da pessoa com deficiência?**

*Sim, muita. Embora haja constrangimentos que não nos permitam desenvolver da melhor forma a sua educação e formação sexual, pois quando vêm para a instituição já são adultos de 20, 30 ou 40 anos de idade e todo o background familiar e educativo que receberam anteriormente dificulta o nosso trabalho. Mas tentamos fazer o nosso melhor.*

Obrigada pela sua disponibilidade.

## **Anexo nº4 – Entrevista Coletiva**

### ***Entrevista aos Técnicos da ASCUDT***

Com esta entrevista pretendem-se “desvendar” as representações, crenças e atitudes dos Técnicos face à sexualidade na deficiência mental, elaborado no âmbito do, Mestrado em Educação Social.

Agradeço, desde já a sua colaboração.

#### **1. Que visão tem da sociedade acerca da sexualidade da pessoa com deficiência mental?**

**Educadora Social:** *Na minha opinião, acho que perante a sociedade atual ainda se verifica muito o tabu de que a pessoa com deficiência não pode pensar sequer na sua sexualidade.*

**Terapeuta da Fala:** *A minha opinião é a de que as pessoas têm uma visão muito fechada e curta acerca desse tema. Não creio que a sociedade veja com bons olhos a sexualidade nas pessoas com deficiência, apesar de muitas vezes dizerem o contrário.*

**Terapeuta de Reabilitação Motora:** *A sociedade aceita a sexualidade nas pessoas ditas normais, mas quando se trata de pessoas com algum tipo de deficiência ou dificuldade não vêm isso da melhor maneira, nem como sendo uma atitude normal.*

**Psicólogo:** *No meu parecer, penso que a sociedade não vê esta situação com muito bons olhos, isto porque ainda é visto como um tabu, devido a serem pessoas com deficiência. À partida já são rotulados pelo resto da população, são pessoas que não podem ter relações sexuais ou amorosas com outras pessoas.*

##### **1.1. O que seria preciso mudar para ir de encontro à sua visão?**

**Educadora Social:** *Acho que acima de tudo é preciso mudar a mentalidade das pessoas e o qual pode ser feito com gestos simples, através de sessões de esclarecimentos,*

*brochuras, filmes entre outros. No entanto, ainda existe um longo caminho a percorrer e a meta está muito longe de ser alcançada.*

**Terapeuta da Fala:** *Se a minha visão da sociedade acerca da sexualidade das pessoas com deficiência não é a melhor, então não acho que se deva ir de encontro à minha visão. Agora, para ir de encontro à minha visão acerca da sexualidade de pessoas com deficiência, sem ter em conta o que a sociedade acha, penso que tal é normal, pois são pessoas com desejos e necessidades, tal como os outros, e só é natural que tenham desejo sexual e que o expressem.*

**Terapeuta de Reabilitação:** *Mudar a mentalidade das pessoas e informá-las sobre o assunto.*

**Psicólogo:** *Apesar do isolamento social que muitos deficientes vivenciam, alguns estudos demonstram que estes jovens gostariam de ter relações sexuais, de casar e de ter filhos. Na verdade, o que ocorre é que essas pessoas têm menos oportunidades de explorar alguma relação com seus semelhantes, o que dificulta o alcance de suas aspirações. Se a expressão sexual ocorre num contexto social, então o isolamento tem, como consequência, a incapacidade do deficiente em aprender e desenvolver habilidades sociais. A conduta sexual é aprendida, formada e reforçada por fatores ambientais. Os ambientes integrados oferecem maiores probabilidades de reforçar condutas integradas.*

## **2. O que pensa sobre a homossexualidade e a bissexualidade?**

**Educadora Social:** *Acho que cada ser humano tem o direito de fazer a sua própria escolha, por isso mesmo existe o livre arbítrio. O essencial é cada um sentir-se bem consigo próprio, ser feliz e fazer alguém feliz.*

**Terapeuta da Fala:** *Cada um é livre de fazer o que bem entender, desde que não afetem a vida dos outros.*

**Terapeuta de Reabilitação:** *Não tenho nenhum tipo de preconceito, cada um tem a liberdade de ter a sua opção sexual, desde que respeite os outros.*

**Psicólogo:** *Cada indivíduo deve ter o seu próprio senso de identidade pessoal e social com base nas suas atrações, manifestando comportamentos e aderindo a uma comunidade de pessoas que compartilham da mesma orientação sexual.*

**3. Sente-se à vontade para falar sobre sexualidade com os clientes portadores de deficiência mental?**

**Educadora Social:** *Sim*

**Terapeuta da Fala:** *Sim*

**Terapeuta de Reabilitação Motora:** *Sim*

**Psicólogo:** *Sim, no meu parecer até acho que me sinto bastante à vontade para abordar qualquer assunto ligado diretamente ou indiretamente a este tema.*

**4. Sente-se preparado para intervir neste âmbito? Se não, o que é preciso para que se sinta preparado?**

**Educadora Social:** *Sinto-me preparada. Os assuntos devem ser abordados com clareza e adaptados ao público-alvo.*

**Terapeuta da Fala:** *Sim.*

**Terapeuta de Reabilitação Motora:** *Sim*

**Psicólogo:** *Sim, pelo facto de pensar que é um tema tão importante ou mais que outro qualquer na sociedade dos dias de hoje.*

**5. Considera que quando um cliente se dirige a si para lhe tocar, apalpar, abraçar, beijar ou acariciar, é intencional ou acha que é desprovido de desejo?**

**Educadora Social:** *No que diz respeito à experiência que tenho com este público-alvo, posso afirmar que tais atos são ou não intencionais dependendo do grau de deficiência de cada um.*

*Existem clientes no meu local de trabalho que me dão um abraço ou mais durante o dia mas não é com segundas intenções, é sim uma forma de mostrar o quanto gostam de nós e também uma forma de dizerem que precisam de atenção. Por outro lado, tenho clientes em que já não se verifica o mesmo, pois são detentores de uma maior autonomia e esses sim já tem malícia.*

*Afirmo, que me afasto desses clientes no que diz respeito ao contacto e não enquanto profissional, pois é necessário que eles perceberem que existem barreiras e normas para serem cumpridas.*

**Terapeuta da Fala:** *É intencional. Agora, um beijo ou uma carícia pode ser interpretado como um gesto de afeto desprovido de desejo sexual, enquanto que apalpar já tem necessariamente uma conotação mais sexual.*

**Terapeuta de Reabilitação Motora:** *Depende de quem o fizer, mas normalmente quem toma uma atitude dessas é com intenção.*

**Psicólogo:** *No meu entender acho que é desprovido de desejo. Isto porque muitos deles, ou quase todos, fazem determinados movimentos ou gestos sem qualquer raciocínio, ou seja, não têm qualquer intenção ou significado para eles, o gesto realizado por eles. Não quer dizer que um ou outro possa fazer esses gestos com certa finalidade ou intenção.*

#### **6. Em sua opinião a pessoa com deficiência mental tem direito a vivenciar a sua sexualidade? Porquê?**

**Educadora Social:** *Acho que sim. Todos nós temos as nossas necessidades e a pessoa com deficiência mental é acima de tudo um ser humano e tem necessidades como qualquer outra pessoa.*

**Terapeuta da Fala:** *Claro. Porque não? No que a esse aspeto se refere, têm os mesmos direitos que os outros e têm desejos e necessidades que deverão ser satisfeitas.*

**Terapeuta de Reabilitação Motora:** *Sim, porque apesar da sua condição, têm as mesmas necessidades que as outras pessoas, logo não encontro qualquer tipo de impedimento para que tal aconteça.*

**Psicólogo:** *Sim. Porque é um ser humano como todos os outros, tem os seus direitos e os seus deveres. Têm direito a ter uma vida perfeitamente normal como todos nós. Apesar de terem certas limitações, podem ser felizes como as outras pessoas.*

#### **7. Quais são as necessidades sexuais mais evidentes dos clientes? Qual o seu papel no sentido de os poder apoiar?**

**Educadora Social:** *Na minha opinião, acho que a necessidade mais evidente é a de tocar em alguém. Dá para perceber que são pessoas com muitas carências afetivas e emocionais e que gostariam que alguém olhasse para eles de uma outra forma. Na maioria das vezes é mesmo para dizer “estamos aqui!”, “Precisamos de atenção”!*

*No que concerne ao meu papel, eu tenho que estar presente e falar com eles. Quando o assunto for mais “sério”, este tem que ser abordado e trabalhado em conjunto ou mesmo de forma individual e nunca esquecendo de que público-alvo se trata.*

**Terapeuta da Fala:** *Eles têm muitas carências afetivas, necessidade de carinho. Ser meiga para eles, sem os deixar passar os limites da relação cliente/colaborador. Conversar com eles acerca da sexualidade pode ser uma boa solução para os entender e aconselhar.*

**Terapeuta de Reabilitação Motora:** Não respondeu.

**Psicólogo:** *Gostariam de ter relações sexuais, de casar e de ter filhos. E alguns deles satisfazer alguns desejos sexuais. O que posso ajudar em relação a esta temática, é ajudá-los a interiorizarem a sua deficiência, e fazê-los ver que são pessoa como todas as outras, tem os seus direitos e os seus deveres. Que também podem ter uma vida sexual perfeita como todas as outras pessoas.*

**8. Considera que a pessoa portadora de deficiência tem os mesmos desejos, prazer, fantasias, fetiches, ideais que a pessoa dita normal?**

**Educadora Social:** *Nem todos, pois depende do grau de deficiência de cada um.*

**Terapeuta da Fala:** *Sim.*

**Terapeuta de Reabilitação Motora:** *Sim.*

**Psicólogo:** *Penso que sim, isto no meu entender, mas talvez alguns deles não tenham todos esses desejos devido as suas limitações físicas ou psicológicas quando são bastante acentuadas.*

**9. É da opinião que a pessoa com deficiência pode viver uma vida a dois, namorar, ter relações sexuais, casar e ter uma família?**

**Educadora Social:** *Como referi na resposta anterior, depende do grau de deficiência de cada um, no entanto se for uma deficiência ligeira acho que é viável ter um relacionamento duradouro e ter uma vida sexual perfeitamente normal.*

**Terapeuta da Fala:** *Claro, no entanto depende do grau de deficiência. O casamento e a parentalidade acarretam responsabilidades que não podem ser descuradas em nome da igualdade de direitos. Se o cliente tiver uma deficiência que o impeça de cumprir as suas responsabilidades perante o cônjuge ou filhos, então não vejo com bons olhos que se casem.*

*Caso contrário, não creio que só por ter alguma deficiência se deva impedir o casamento ou a parentalidade.*

**Terapeuta de Reabilitação Motora:** *Se a sua condição permitir ter uma vida o mais normal possível e a sua saúde mental não estiver afetada, sim.*

**Psicólogo:** *Sim, porque são seres humanos como todos nós, têm o mesmo direito de viver a vida e de serem felizes, isto dentro das suas capacidades e limitações. Também porque perante a sociedade têm os mesmos direitos e deveres como todos os outros cidadãos.*

**10. Considera que a instituição deveria ter uma norma que proibisse qualquer tipo de contacto físico entre clientes ou qualquer outro tipo de manifestação sexual? Porquê?**

**Educadora Social:** *No que concerne à Instituição acho que é viável ter uma norma que estabeleça limites e onde o contacto físico com cariz sexual não se manifeste dentro da mesma, pois torna-se necessário salvaguardar o bom nome da Instituição e os próprios clientes terem consciência de que existem regras para cumprir. Assim sendo, a Instituição não tem que ser um ponto de encontro para esta matéria mas ser sim uma alavanca para os clientes conseguirem ser integrados de uma forma positiva na sociedade.*

**Terapeuta da Fala:** *Depende do tipo de contacto físico. Um abraço pode fazer muito bem para a confiança entre o cliente e o colaborador. Uma manifestação sexual já deve ser proibida.*

**Terapeuta de Reabilitação Motora:** *Sim, porque podem existir situações intencionais ou não, que podem ser mais constrangedoras para os envolvidos.*

**Psicólogo:** *Acho que não é muito boa ideia a proibição dentro da Instituição do contacto físico entre eles, isto porque alguns deles quando estão a falar com as outras pessoas procuram sempre o contacto físico, talvez para demonstrar o carinho que tem por essa pessoa ou para chamar a atenção dessa pessoa. Também devido a ser uma forma de dar carinho a outro cliente e dizer que pode contar com ele quando precisar, isto nos casos quando a sua amizade é bastante acentuada.*

*Em relação as manifestações sexuais, eles são seres humanos como todos os outros, por isso essas manifestações podem acontecer com alguma frequência. Mas nesses casos todos nós colaboradores tentamos explicar-lhes as coisas, e fazer-lhes ver que neste local têm que*

*ter respeito por todos os seus colegas e colaboradores e que não é local apropriado para demonstrar certas e determinadas manifestações sexuais.*

**11. Considera importante dar formação aos clientes desta instituição sobre educação sexual? Porquê?**

**Educadora Social:** *Sim, acho que ficam mais enriquecidos nesta temática e é-lhes dada a oportunidade de se pronunciarem sobre o mesmo.*

*É de salientar que os clientes desta Instituição tem vários tipos de deficiências e nem todos compreendem o tema da melhor forma, no entanto, acho que é de louvar este tipo de iniciativas pois vão de encontro a temas que normalmente são vistos como tabus na sociedade.*

**Terapeuta da Fala:** *Sim, porque é preferível que estejam informados. Se as pessoas ditas normais devem ser informadas, os clientes também.*

**Terapeuta de Reabilitação Motora:** *Sim, porque existem sempre dúvidas que ficam por esclarecer e muitas vezes eles não têm coragem de as expor.*

**Psicólogo:** *Acho muito importante que estas ações de informação sejam dadas com alguma regularidade perante este público alvo. Isto, porque alguns dos clientes como possuem os seus QI muitos baixos, precisam que estas informações lhes sejam repetidas em curtos períodos de tempo devido à sua má retenção de informação. Isto porque passado pouco tempo são-lhe feitas algumas questões sobre o tema que foi apresentado, e alguns deles já não conseguem responder a certas questões.*

Obrigada pela sua disponibilidade.

## **Anexo nº5 – Ficha de Trabalho (Sessão 1)**

### **Ficha de Trabalho – Sessão 1**

Assinale com uma cruz a opção que acha correta:

1. A sexualidade é:
  - 1.1. Uma energia que encontra a sua expressão física no desejo de contacto, ternura e às vezes amor.
  - 1.2. Uma energia que encontra a sua expressão física, psicológica no desejo de contacto, ternura e às vezes amor.
  - 1.3. Uma energia que encontra a sua expressão física, psicológica e social no desejo de contacto, ternura e às vezes amor.

## **Anexo nº6 – Ficha de Trabalho (Sessão 2)**

### **Ficha de Trabalho – Sessão 2**

Observe as seguintes figuras:

1. Selecione a figura que corresponde:
  - 1.1. A uma mulher;
  - 1.2. A um homem;
2. Ordene as figuras por idade e por sexo.



### **Anexo nº7 – Ficha de Trabalho (Sessão 4)**

#### *Ficha de Trabalho – Sessão 4*

1. Seguem-se algumas afirmações relacionadas com a sexualidade e com os papéis sexuais. Reflita sobre cada uma delas e assinale com uma cruz o quadrado que melhor demonstra a sua opinião.

Nº	Afirmação	Concordo	Discordo
1	Os homens não choram.		
2	É errado os homens vestirem roupas femininas.		
3	Os homens têm mais interesse na atividade sexual do que as mulheres.		
4	A mulher deve ser a última a decidir se quer ter filhos.		
5	Os homens devem ser igualmente responsáveis pelos trabalhos domésticos.		
6	Os homens são mais corajosos do que as mulheres.		
7	Os homens conduzem melhor que as mulheres.		

## **Anexo nº8 – Ficha de Trabalho (Sessão 5)**

### *Ficha de trabalho – Sessão 5*

Assinale a opção que acha mais correta sobre os métodos contraceptivos:

1. O preservativo é falível?
  - 1.1. Sim
  - 1.2. Não
2. Na primeira relação sexual nunca se engravida. A frase está:
  - 2.1. Correta
  - 2.2. Errada
3. Devemos encarar o aborto como um método contraceptivo?
  - 3.1. Devemos, visto que há uma interrupção da gravidez.
  - 3.2. Não, o aborto não é um método contraceptivo.
4. Qual é o método contraceptivo mais adequado para evitar uma gravidez?
  - 4.1. Preservativo
  - 4.2. Métodos contraceptivos naturais
  - 4.3. Pílula
5. Os espermicidas:
  - 5.1. Inserem-se depois do ato sexual e matam os espermatozóides.
  - 5.2. Inserem-se antes do ato sexual e matam os óvulos.
  - 5.3. Inserem-se depois do ato sexual e matam os óvulos.
  - 5.4. Inserem-se antes do ato sexual e matam os espermatozóides.

## **Anexo nº9 – Ficha de Trabalho (Sessão 6)**

### *Ficha de trabalho – Sessão 6*

Assinale a opção que acha correta sobre as doenças sexualmente transmissíveis:

1. Qual das seguintes doenças pode ser transmitida sexualmente?
  - 1.1. Hepatit B;
  - 1.2. Tuberculose;
  - 1.3. Amigdalite.
2. Qual o método que melhor protege contra as infeções sexualmente transmissíveis?
  - 2.1. Os preservativos;
  - 2.2. Utilização de espermicidas;
  - 2.3. Utilização de espermicidas com pílula.
3. As doenças sexualmente transmissíveis são muito fáceis de detetar?
  - 3.1. Verdadeiro.
  - 3.2. Falso.
4. Qual das seguintes opções, é a forma mais fácil de ficar infetado com uma doença sexualmente transmissível?
  - 4.1. Através de beijos;
  - 4.2. Através da prática de sexo vaginal sem preservativo;
  - 4.3. Partilha de toalhetes pessoais.
5. Numa relação heterossexual quem é que tem mais probabilidade de ficar infetado com VIH se o/a parceiro/a estiver infetado?
  - 5.1. Homem;
  - 5.2. Mulher;
  - 5.3. Ambos são igualmente vulneráveis.

### **Anexo nº10 – Ficha de Trabalho (Sessão 7)**

3. Qual a causa da Sida? 3.1. Uma bactéria; 3.2. Um fungo; 3.3. Um vírus.
4. Que cuidados se devem adoptar para não contrair a sida: 4.1. A nível individual? 4.2. A nível social?

### **Anexo nº11 – Ficha de Trabalho (Sessão 8)**

<b>Ficha de trabalho – Sessão 8</b>			
1. Seguem-se algumas afirmações relacionadas com a resposta sexual humana. Reflita sobre cada uma delas e assinale com uma cruz o quadrado que melhor demonstra a sua opinião.			
Nº	Afirmação	Verdadeira	Falsa
1	Após o orgasmo, mulheres e homens não conseguem ser estimulados sexualmente.		
2	Existe uma relação direta entre as dimensões do pénis e o desempenho sexual masculino.		
3	A fase do orgasmo é, para toda a gente, a fase mais importante das relações sexuais.		
4	O desejo sexual é mais intenso nos homens do que nas mulheres.		
5	Homens poderão manter relações sexuais com orgasmos, sem terem sempre necessidade de passar pela fase da resolução.		

## **Anexo nº12 – Ficha de Trabalho (Sessão 9)**

### **Ficha de trabalho – Sessão 9**

Tendo em conta os tipos de orientação sexual, assinala a tua orientação:

1. A minha orientação sexual é:
  - 1.1. Heterossexual;
  - 1.2. Homossexual;
  - 1.3. Transexual.

## **Anexo nº13 – Testemunhos de Vivências sexuais**

**C1:** *Nasci em Carção e estive lá muito tempo. A minha mãe veio para Bragança e depois vim eu e o meu pai. Depois a minha mãe faleceu e o meu pai meses também. Eu fui viver com a minha irmã, até hoje.*

*Aqui na ASCUDT temos vindo a falar de marmelada (sexualidade), eu gosto, mas nunca tive relações com ninguém. Já tive muitas namoradas, dava-lhe beijos e abraços. Podia calhar casar-me e ter filhos. Gostava de ter um rapaz e uma rapariga e passear com ela.*

*De resto, uma vez aconteceu que a minha irmã me meteu lá onde ela trabalha e não gostei muito, porque o professor bateu-me muito nas nalgas, ao fim vim para aqui. Gosto muito de estar aqui.*

**C2:** *Nasci em Bragança e fui para Macedo de Cavaleiros tirar um curso de cozinha. Quando acabei, vim para cá outra vez, foi quando vim para a ASCUDT, onde estou até hoje.*

*Estou a gostar de aprender coisas sobre a sexualidade (...), sabes, eu já tive relações sexuais com a minha namorada (...) há muito tempo. Íamos a passear na rua e eu dei-lhe um apalpaço e um beijo na boca. Usei preservativo, tinha-o no bolso.*

*Outra vez fiz aquilo que falámos no outro dia. Estávamos à porta de casa dela, só estávamos eu e ela, não havia mais ninguém, ela quis (...) meti o pénis na vagina (...) estivemos lá um bocado a namorar, até passar o tempo (...) já há muito que namoro com ela. Ela gosta muito de mim, está feliz comigo e gostou muito. Dei-lhe um beijinho na boca. Não usei preservativo, mas tem de se usar, não é? Esqueci-me de o pôr...*

*Ela convida-me todos os dias para ir, a casa dela.*

*Sabes, aqui nunca tive nenhuma namorada, nem nunca ninguém se meteu comigo.*

*Eu gosto da minha namorada, ela tem a minha foto e eu a dela e vamos casar.*

**C3:** *Nasci em Moçambique a 1 de julho de 1966 e vim para Bragança em 1978.*

*Frequentei o 1º ano na escola primária. Depois fui para o CEE (Centro de Educação Especial), porque eu não conseguia aprender muito bem... nasci com uma deficiência mental.*

*Estive no CEE até aos 17 anos. Tirei vários cursos e tive o meu primeiro emprego nos Móveis Granjo.*

*Em 2000 vim para a ASCUDT, até hoje.*

*Aos 14/15 anos tive pela primeira vez relações sexuais com uma gêmea e depois com a outra.*

*Desde então, tenho tido alguns relacionamentos com algumas raparigas.*

**C4:** *Nasci em Bragança em 1973. Andei na Escola Normal mas não conseguia, era posto de parte e então fui para um Centro de Educação Especial.*

*Estudei até à 4ª classe e fui para o ciclo onde fiz o 6º ano.*

*Trabalhei 2 anos numa oficina de móveis de casa-de-banho e em 1995 vim para a Instituição até hoje.*

*Aos 20 anos tive relações sexuais com uma colega do Centro de Educação Especial onde tinha estado. A partir desta altura tive algumas relações sempre com colegas, mas nada sexuais.*

**C5:** *Nasci numa aldeia que pertence a Alfandega da Fé. Até à 4ª classe estive lá e permaneci lá até aos 34 anos. Trabalhava em casa e na agricultura.*

*Aos 34 anos vim para Bragança, para casa de uma irmã e em 2005 entrei para a Instituição. Em 2006 fui para a Residência que pertence à Instituição, onde habito até hoje. Em 2008, um familiar meu também veio morar comigo lá. É complicado porque sempre tivemos uma relação difícil, mas agora que estamos juntos complicou-se muito.*

*Nasci normal...mas...aos 9 anos tive uma meningite, que me provocou algumas deficiências do lado esquerdo. Ainda hoje não me aceito a mim mesma, isto revolta-me. Logo a seguir, aos 12 anos, perdi a minha mãe, foi atropelada.*

*Com isto tudo, percebe-se que a minha vida não é normal e nada é feito como as outras pessoas, até a sexualidade.*

*Já tinha 35 anos quando iniciei a minha vida sexual e foi com uma pessoa igual a mim. Tive uma vida sexual activa durante 1 ano, mas ele deixou-me...nunca mais o vi...ligou-me uma vez e nunca mais soube nada dele.*

**C6:** *Nasci em França em 1973. Vim para cá aos 12 anos.*

*Sempre estudei. Aos 14 anos tive o meu primeiro namorado e desde aí tive outros namorados.*

*Vivi durante 12 anos em união de facto, tive uma filha que faz 3 anos dia 20 de junho.*

*Eu fiquei doente, ambos desempregados e ele entrou também em depressão e partiu para a violência.*

*Como tive medo dele, por estar neste estado caótico e me colocar a mim como estou hoje, fui ao Ministério Público, fugi dele. Ele bebia e estava sempre a ter recaídas.*

*Fugi para casa dos meus pais. O tribunal deu a menina aos avós paternos devido a separações anteriores.*

*Em casa dos meus pais fui mal recebida, estive lá cerca de um mês. Os meus pais internaram-me na psiquiatria. O meu pai batia-me muito com o cinto e o meu ex-marido, entretanto foi preso porque esfaqueou o pai e uma prima. O pai perdoou-o e já lhe pagou a fiança. Ele telefona-me todos os dias para o meu telemóvel.*

**C7:** *Nasci em Mirandela, dia 13 de Novembro de 1985. Tive uma infância feliz até ter tido um traumatismo craniano apenas com 16 anos há 8 anos causado por ter tido um acidente de motorizada e como consequências perdi o andar por ter estado 5\6 meses em coma médica. Deste tempo todo cerca de metade do tempo, foi em coma profundo e o resto do tempo em estado vegetativo. Mudando de assunto, parti também o pulso da mão direita.*

*Mentalmente, fiquei com muito esquecimento de coisas que para as outras pessoas são simples. Também não consigo ter muita memória. Tenho uma personalidade forte porque desde a data que tive o acidente jamais me emocionei.*

*Aos 8 anos eu era um puto reguila, gordinho, bonito e tinha olhos azuis e as raparigas gostavam de mim. Fazia-se tudo por gestos.*

*A vizinha do meu avô gostava de mim, mas eu não gostava dela, sentia-me atraído fisicamente.*

*Tive relações com ela, eu disse-lhe, baixa a cueca e depois introduzi o meu pénis na vagina dela. Não ejaculei, aliás eu com 8 anos nem sabia que um homem ejaculava. Desde então tive sempre uma vida sexual muito activa, pratiquei sexo anal, oral... aos 16 anos o meu pai achou que eu tinha perdido a virgindade.*

*Uma vez em Alcoitão, um rapaz era um paneleiro e apalpou-me a perna, e eu mandei-lhe com um pedal da cadeira na cabeça. Não gosto de homens.  
Eu sou deficiente, não maluco e desde que estou na cadeira já tive relações, mas só 4 ou 5 vezes.*

*Também tenho consequências muito frustrantes com o relacionamento com as outras pessoas que me causam muita tristeza porque nem sempre consigo através dos actos fazer compreender os meus sentimentos principalmente os sentimentos mais intensos.*

*Neste momento, encontro-me muito supersticioso pelo simples facto de nunca mais conseguir caminhar de novo nem ter nenhuma namorada (...).*

*De momento para além de me encontrar muito supersticioso também encontro uma enorme vontade de voltar a caminhar porque sei ainda dar os passos mágicos do Michel Jackson para trás. Já há 8 anos não pratico e simplesmente tenho muita pena por ele ter falecido porque era um rei para mim e para o meu primo, filho de uma tia da minha avó.*

*Eu tenho tanta superstição pelo simples facto de me encontrar sempre com tanto sofrimento, como as dores de costas e frio nos pés e membros que com a minha super inteligência descobri que os pés e os membros aquecem com a força e peso nas biqueiras de pés .*

*(...) A minha relação familiar até é boa, mas eu esperava que fosse melhor com o meu irmão porque eu apesar de ter tido o acidente com apenas 16 anos tinha já muita mais experiência de vida e maturidade do que a que ele tem com 18 anos de idade, pelo simples facto de eu ter sido criado com os meus avós, porque eu e o "puto", como eu lhe chamo por ser 6 anos mais novo somos filhos de pais emigrantes e ele como é o "menino lindo do papa" não teve na minha educação que é mais rebelde. Fui criado com 2 cães, 1 tractor que aprendi a conduzir com 8 anos de idade, fora as máquinas que já me passaram pelas mãos: carros, motas até 1100 cm<sup>3</sup>. Para ser verdadeiro só foi uma mota de 1100cm<sup>3</sup>, mas foi uma Honda CBR QUE é uma mota demasiado potente!*

*O que eu gosto mais de fazer é de comer tudo o que me aparece para dar ao dente, mas isto agravou-se com o facto de ter tido o traumatismo craniano por ter estado em coma e alimentado por uma sonda gástrica tanto tempo. Isto dizem os médicos do Porto do Hospital de Santo António onde estive em coma profundo cerca de 3 meses em 2002\03. Desde então o meu apetite tem-se agravado consideravelmente.*

*(...) Os meus objectivos para o futuro são: arranjar namorada, começar a caminhar de novo, ter um trabalhito nocturno, visto que sou uma das únicas pessoas que não precisa do creme da Dra. Ana para disfarçar as olheiras, que não sabendo porquê tantas pessoas têm.*

**C8:** *Nasci em Bragança com o coração muito doente. Eu não tenho deficiência, tenho é o coração doente. Quando eu estava em Macedo metia o pénis no pipi das meninas, mas era feio...só pode fazer a mãe e o pai.*

**C9:** *Nasci em Macedo de Cavaleiros no dia 11 de Fevereiro. Sempre me considerei feliz ... apesar de ter nascido com uma deficiência mental.*

*Até aos 6 anos estive em Macedo de Cavaleiros. Aos 7 anos vim para Bragança para o CEE (Centro de Educação Especial). Sempre me trataram muito bem, estive lá até aos 16 anos.*

*Regressei a Macedo e estive lá 11 anos com os meus pais. Lembro-me que aos 14 anos, eu e o meu pai fomos a uma casa de meninas, ele bebeu muito e deu-me dinheiro. Fui com uma prostituta, com quem perdi a virgindade.*

*Aos 18 anos tive pela primeira vez relações sexuais com um homem. A partir desse momento sempre gostei de homens e sempre tive uma vida sexual ativa.*

*Aos 27 anos voltei a Bragança e dei entrada na ASCUDT. Nesta altura, numa consulta de rotina soube que era seropositivo. Nunca descobri com quem apanhei, mas desconfio...*

*Durante três anos tive relações com um senhor, que é meu namorado. Nunca o vou largar, ninguém quer que eu ande com ele, mas eu não sou capaz de largá-lo. Eu amo-o. Dá-me muito prazer estar com ele. Ele é casado, tem 1 filho, tem 65 anos e tem um café.*

*Sempre tive uma vida com muitos companheiros.*

*Antes até ia ao Transmontano ter com prostitutas, uma vez pagaram-me e outra ofereceram-me. Não gostei muito.*

**C10:** *Nasci em Madrid. Aos 19 meses vim para a aldeia do meu pai.*

*Aos 3 anos vim para Bragança. Andei do 1º ao 4º ano na escola primária. Depois fiz o 9º ano na Paulo Quintela. Fui para o IEFP (Instituto de Emprego e Formação Profissional) para continuar até ao 12º ano, mas não consegui... Sofri muito no parto, fiquei sem oxigénio e fiquei com uma deficiência mental.*

*Como não estudava, costumava ficar em casa e às vezes ia com o meu pai para a aldeia. Quando íamos para o café para vermos uma senhora amiga do meu pai, eu sentava-me ao pé dela e vinha sempre um senhor que se sentava ao meu lado e apalpava-me.*

*O meu pai não gostou, mas nunca fazia nada.*

*Aos 11 anos pedi a virgindade com um colega da escola. Nunca mais tive relações sexuais... Foi o meu único namorado, naquele dia ele apalpou-me muito.*

*Em 2009 vim para a ASCUDT.*

**Anexo nº14 – Brainstorming 1 (A sexualidade é...)**

Sexualidade é...	
C1	“Amor”
C2	“Fazer festinhas”
C3	“Amor”
C4	“Relações Sexuais”
C5	“Amigos”
C6	“Prazer”
C7	“Namorados”
C8	“Amor”
C9	“Sexo”
C10	“Relações Sexuais”

**Anexo nº15 – Brainstorming 2 (Constituição do órgão sexual)**

Qual é o nosso órgão sexual?	
C1	“Não sei ”
C2	“Pénis”
C3	“Pénis”
C4	“Pénis”
C5	“Vagina”
C6	“Vagina”
C7	“Pénis”
C8	“Pénis”
C9	“Pénis”
C10	“Vagina”

**Anexo nº16 – Brainstorming 3 (Prazer)**

	Definição de prazer	Formas de manifestar o prazer
C1	“É dar-me bem com os meus amigos”	“Na ginástica e a dançar”
C2	Não respondeu	“A brincar”
C3	“É um sentimento que nos une, a duas pessoas que gostam uma da outra”	“Com os amigos e a cantar”.
C4	“Prazer de sexo e da companhia”	“Na companhia de alguém, ouvir música, ler”
C5	Não respondeu	“ A ler”
C6	Não respondeu	Não respondeu
C7	“É quando vamos brincar”	“Sair com os amigos”
C8	Não respondeu	“ A conversar”
C9	“Os amigos”	“Ser amigo da Drª Sandra”
C10	“É dar-me bem com os meus amigos”	“A correr e a passear”.

### **Anexo nº17 – Brainstorming 4 (Homossexualidade)**

<b>Definição de Homossexualidade</b>	
<b>C1</b>	“Para mim isso acho que é bem (...) mas não gosto de ver homens a fazer a mamada, é as mulheres que fazem. Eu nunca fiz mamada com homens, não gosto”.
<b>C2</b>	“Acho que são paneleiros. Homens com homens não gosto, gosto só de ver com mulheres, mas, não me importo de ver, é deixá-los andar”.
<b>C3</b>	“A homossexualidade é um homem <i>gay</i> . Que pode ser um homem virado ao contrário. Um homossexual pode ser uma pessoa normal e que goste de homens”.
<b>C4</b>	“É um homem que gosta de ter relações com homens. Ao longo da história já havia a homossexualidade a nível mundial”.
<b>C5</b>	“Respeito mas não entendo e é esquisito. Se Deus fez o homem e a mulher por algum motivo foi...”.
<b>C6</b>	“Acho que é feio porque é falta de respeito pelas famílias. Não gosto de ver (...) não sei mais”.
<b>C7</b>	“A homossexualidade é a relação entre homens e mulheres. Eu sou homossexual e gosto de ser e de ver”.
<b>C8</b>	“Não gosto de ver homossexuais, porque acho que eles têm conversas diferentes intelectualmente. Sou contra a homossexualidade, porque acho que os homens não devem ter sexo entre os dois. Considero-me um bocado homofóbico”.
<b>C9</b>	“O homem é maricas. Na televisão fica mal (...) é feio, ou são homens ou são maricas. O homem está no homem, dá beijos, é maricas. Não gosto de ver maricas”.
<b>C10</b>	“É uma relação entre dois homens ou duas mulheres. Hoje em dia é o que há mais, mas eu não gosto de ver”.

*Texto escrito conforme o Acordo Ortográfico - convertido pelo Lince.*