

Instituto Superior de Psicologia Aplicada



CRENÇAS E ATITUDES FACE À SEXUALIDADE DAS PESSOAS PORTADORAS
DE DEFICIÊNCIA MENTAL

Autor

Patrícia Alexandra Correia Ribeiro

Nº de aluno

12596

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia

Especialidade em Clínica

2009

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

CRENÇAS E ATITUDES FACE À SEXUALIDADE DAS PESSOAS PORTADORAS
DE DEFICIÊNCIA MENTAL

Patrícia Alexandra Correia Ribeiro

Dissertação orientada por Professor Doutor Victor Cláudio

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia

Especialidade em Clínica

2009

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Professor Doutor Victor Cláudio apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº 19673 / 2006 publicado em Diário da Republica 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todas as pessoas que contribuíram directamente ou indirectamente para a realização deste estudo, nomeadamente:

- Ao Dr. Victor Cláudio pela sua persistência para que houvesse um trabalho contínuo ao longo do ano, por me ter incentivo na sua concretização e pelas sugestões dadas ao longo deste tempo, de forma a melhorar este estudo.

- À Directora da Escola Secundária Leal da Câmara por ter permitido a realização deste estudo naquela instituição.

- A todos os participantes deste estudo porque sem a sua colaboração não teria sido possível a sua concretização.

- À Dr.^a Tânia Varela por estar sempre disponível a ajudar na análise estatística.

- À Dr.^a Ivone Félix pela cedência de informações essenciais e por autorizar a utilização da sua escala de atitudes neste estudo, revelando-se assim uma ajuda indispensável.

- À minha amiga Ana Torres por me ter ajudado na organização do trabalho e na análise estatística.

- E não menos importante, aos meus pais e à minha irmã por insistirem na realização deste trabalho, o quanto antes, e por me terem dado apoio mesmo quando estava desmotivada.

RESUMO

Perante o século XXI, ainda existem crenças e atitudes negativas face à sexualidade em geral mas quando se trata da sexualidade das pessoas portadoras de deficiência mental estas tornam-se ainda mais negativas. Com o intuito de se verificar se existiam diferenças significativas nas atitudes das pessoas, face à sexualidade das pessoas portadoras de deficiência mental, consoante o género, a faixa etária e o grau de ensino procedeu-se a um estudo, comparativo transversal. Para tal, foi utilizada uma amostra de 110 sujeitos (63,6% do género feminino e 36,4% do género masculino), com idades compreendidas entre os 15 e os 30 anos, na qual foi aplicada uma escala de atitudes, Inventário de atitudes sobre a sexualidade e a deficiência mental (SMRAI), adaptada e validada por Félix, sendo esta composta por 40 itens que se dividem em duas sub-escalas com 20 itens cada, uma relacionada com a expressão da sexualidade em geral e outra com a expressão da sexualidade na deficiência mental. Utilizando-se um nível de significância de 0,05, concluiu-se que não existiam diferenças significativas nas atitudes das pessoas no que concerne às variáveis faixa etária e grau de ensino mas relativamente ao género há uma tendência para o oposto.

Palavras-chave: Crenças, atitudes, sexualidade, deficiência mental

Abstract: Before century XXI, there are negative beliefs and attitudes towards the sexuality in general but when it comes to the sexuality of people with mental retardation they become even worse. In order to check whether there were difference in the attitudes of people, towards sexuality of people with mental retardation, depending on gender, age and level of education held to one study, comparative cross. To this end, we used a sample of 110 subjects (63.6% of female and 36.4% males), with ages understood between 15 and 30 in which was applied a attitudes scale, Sexuality and Mentally Retarded Attitudes Inventory

(SMRAI), adapted and validated for Felix, composed by 40 items which are divided into two subscales with 20 items each, one related to the expression of sexuality in general and the other with the expression of sexuality in mental retardation. Using a significance level of 0.05, concluded that there were no significant differences in the attitudes of people regarding the variables age and level of education but relatively on gender there is a tendency for the opposite.

Key-words: Beliefs, attitudes, sexuality, Mental Retardation

ÍNDICE

Introdução	1
Enquadramento teórico	3
Crenças e atitudes	3
Sexualidade	7
Crenças e atitudes face à sexualidade	11
Deficiência mental	14
Crenças e atitudes face à sexualidade das pessoas portadoras de deficiência mental	21
Formulação do problema.....	28
Problema	28
Hipóteses	28
Variáveis	29
Método	30
Amostra	30
Instrumentos	32
Delineamento	34
Procedimento	35
Resultados	36
Discussão.....	54
Referências	60

Anexos

Anexo A: Questionário Sócio-demográfico e Escala de Atitudes – Inventário de Atitudes sobre a sexualidade e a deficiência mental (SMRAI)	68
Anexo B: Pedido de autorização à instituição	73
Anexo C: Termo de Consentimento informado	75
Anexo D: Teste de Kolmogorov-Smirnov	77

Anexo E: Teste de Kolmogorov-Smirnov das sub-escalas	79
Anexo F: Representação gráfica das sub-escalas quanto ao género	82
Anexo G: Correlação de Pearson	84
Anexo H: Representação gráfica das sub-escalas quanto à faixa etária	86
Anexo I: Representação gráfica das sub-escalas quanto ao grau de ensino	88

Lista de Quadros

QUADRO 1: Tabela de frequências da variável género	30
QUADRO 2: Distribuição dos sujeitos por faixas etárias segundo o género.....	31
QUADRO 3: Distribuição dos sujeitos pelo grau de ensino consoante o género.....	31
QUADRO 4: Tabela de frequências da variável Estado civil.	32
QUADRO 5: Teste de Levene para a homogeneidade das variâncias e <i>t</i> -Student para verificar as diferenças entre as atitudes no género feminino e no género masculino.....	36
QUADRO 6: Percentagens das atitudes no género feminino e no género masculino	37
QUADRO 7: Medidas de tendência central das atitudes no género feminino	39
QUADRO 8: Medidas de tendência central das atitudes no género masculino	39
QUADRO 9: Teste de Levene para a homogeneidade das variâncias e teste <i>t</i> -Student para verificar as diferenças entre as atitudes face a sexualidade em geral, no género feminino e no género masculino	40
QUADRO 10: Percentagens das atitudes, face à sexualidade em geral, no género feminino e no género masculino	41
QUADRO 11: Teste de Levene para a homogeneidade das variâncias e teste <i>t</i> -Student para verificar as diferenças entre as atitudes face a sexualidade na deficiência mental, no género feminino e no género masculino.....	41
QUADRO 12: Percentagens das atitudes, face à sexualidade na deficiência mental, no género feminino e no género masculino.....	42
QUADRO 13: Teste ANOVA <i>one-way</i> para verificar se existem diferenças nas atitudes relativamente às três faixas etárias.....	43
QUADRO 14: Teste <i>Post Hoc</i> de Tukey para comparar a média das atitudes entre as faixas etárias	43
QUADRO 15: Percentagens das atitudes relativamente a cada faixa etária	44

QUADRO 16: Teste ANOVA <i>one-way</i> para verificar se existem diferenças nas atitudes face à sexualidade em geral nas três faixas etárias	45
QUADRO 17: Percentagens das atitudes, face à sexualidade em geral, no que concerne às três faixas etárias	46
QUADRO 18: Teste ANOVA <i>one-way</i> para verificar se existem diferenças nas atitudes face à sexualidade na deficiência mental nas três faixas etárias	46
QUADRO 19: Percentagens das atitudes, face à sexualidade na deficiência mental, referentes às três faixas etária	47
QUADRO 20: Teste ANOVA <i>one-way</i> para verificar se existem diferenças significativas nas atitudes, face à sexualidade das pessoas portadoras de deficiência mental, relativamente ao grau de ensino.....	48
QUADRO 21: Teste <i>Post Hoc</i> de Scheffe e Bonferroni para comparar as médias dos resultados das atitudes entre os vários graus de ensino	48
QUADRO 22: Percentagens das atitudes, face à sexualidade das pessoas portadoras de deficiência mental, nos diferentes graus de ensino	49
QUADRO 23: Teste ANOVA <i>one-way</i> para verificar se existem diferenças significativas nas atitudes face à sexualidade em geral relativamente ao grau de ensino	50
QUADRO 24: Percentagens das atitudes, face à sexualidade em geral, consoante o grau de ensino	51
QUADRO 25: Teste ANOVA <i>one-way</i> para verificar se existem diferenças nas atitudes face à sexualidade na deficiência mental relativamente ao grau de ensino	52
QUADRO 26: Percentagens das atitudes, face à sexualidade na deficiência mental, consoante o grau de ensino	52
QUADRO 27: Percentagens das atitudes, face à sexualidade e geral relativamente às atitudes face à sexualidade na deficiência mental.....	53

Lista de Gráficos

GRÁFICO 1: Representação gráfica das atitudes face ao género feminino e ao género masculino	38
GRÁFICO 2: Representação gráfica das atitudes relativamente às diferentes faixas etárias..	45
GRÁFICO 3: Representação gráfica das diferenças entre as atitudes nos diferentes graus de ensino	50

INTRODUÇÃO

Desde que nascemos são desenvolvidas diversas crenças sobre nós próprios, sobre as outras pessoas e sobre o mundo que nos rodeia, as quais aceitamos como sendo totalmente verdadeiras e que por vezes se tornam rígidas e generalizáveis. Perante um determinado acontecimento, situação ou até mesmo pessoa é através destas crenças que pensamos e agimos sobre o mesmo, surgindo assim as nossas atitudes. A sociedade, em que cada um de nós está inserido, encontra-se constantemente em mudanças sendo as alterações dos nossos valores e atitudes vistos como componentes de integração, reflexão e adaptação às novas condições emergentes. Mas por vezes, surgem dentro desta crenças e atitudes negativas face a um grupo social, a um tema ou até mesmo a um acontecimento, e o tema da sexualidade não é excepção.

A sexualidade sempre foi vista de formas diferentes consoante a época histórica e a cultura mas, em pleno século XXI, esta ainda permanece envolta em várias crenças e atitudes negativas, que por vezes, reflectem preconceitos e estereótipos. Mas ao se falar da sexualidade das pessoas portadoras de deficiência mental estas atitudes acabam por ganhar características ainda mais negativas e por isso torna-se um tema tabu.

Embora existam poucos estudos referentes à temática da sexualidade nas pessoas portadoras de deficiência mental e sendo estes, normalmente, dirigidos aos profissionais e não técnicos que estão em contacto com esta população e aos seus pais, procedeu-se a um estudo comparativo transversal com o intuito de se observar se as atitudes da população em geral, face à sexualidade das pessoas portadoras de deficiência mental, são significativamente diferentes consoante o seu género, a sua faixa etária e o seu grau de ensino. Para além disto foi realizada, atendendo aos factores anteriores, uma análise das atitudes face à sexualidade em geral e as atitudes face à sexualidade na deficiência mental, de forma a se perceber se haviam alterações nas atitudes, consoante o tipo de sexualidade a que se está a referir.

Este estudo tem assim como objectivo principal compreender um pouco mais sobre as crenças e atitudes, face há sexualidade das pessoas portadoras de deficiência mental, existentes hoje em dia, na nossa sociedade, mas também pretende informar e esclarecer a

população, em geral, para a importância da sexualidade nas pessoas portadoras de deficiência mental e que sirva de base para estudos futuro.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Crenças e Atitudes

Todos os nossos pensamentos e comportamentos são influenciados, tanto de forma externa como interna, pela sociedade e cultura que nos rodeia. Cada um de nós, desde da nossa infância, desenvolve diversas crenças sobre nós próprios, sobre outras pessoas e sobre o mundo que nos rodeia, adoptando-as como verdades absolutas, que nos orientam no nosso dia a dia (J. Beck, 1995; Cláudio & Sousa, 2003).

Ao longo de vários séculos a concepção de crença foi abordada por vários autores e por isso existem várias perspectivas sobre mesma. De acordo com Engel (1995), as crenças são representações subjectivas de algo considerado verdadeiro, traduzindo-se por *“um estado mental que dá o seu assentimento a uma certa representação, ou que conduz a juízos cuja verdade objectiva não é garantida e que não é acompanhada de um sentimento de certeza”* (cit. in Diniz, 2004, p. 21), comportando este assentimento vários graus de intensidade sendo o mais fraco as opiniões e o mais forte as certezas. Já para outro autor, J. Beck (1995), existem dois tipos de crenças, as crenças centrais, que são o nível fundamental das crenças e são referentes ao conjunto de informações, de conhecimentos, que nós aceitamos como sendo totalmente verdadeiras e que por vezes se tornam rígidas e generalizáveis, a uma determinada situação, a um acontecimento ou a um conceito. Normalmente, estas crenças adquirem um sentido subjectivo para os indivíduos que confiam plenamente que essa crença é a correcta, mesmo sendo completamente errada, levando a que muitas vezes as suas interpretações sobre uma dada situação, objecto ou até mesmo pessoa seja errada (A. Beck, 1982). Para além destas existem as crenças intermédias, que surgem sobre a influência das crenças centrais, e que se traduzem pelas atitudes, regras e suposições que levam um indivíduo, perante um determinado acontecimento, a pensar e a agir sobre o mesmo, tornando-se estas crenças um bem necessário para que cada indivíduo organize as suas próprias experiências, afim de se tornarem lógicas e adaptativas, de acordo com o meio onde estão inseridos. É através dos

nossos pensamentos automáticos que estas crenças, interiorizadas e armazenadas, *a priori*, são recuperadas (Cláudio & Sousa, 2003).

Todas as nossas crenças, atitudes, representações, expectativas, memórias, entre outras coisas, fazem parte dos conteúdos dos esquemas cognitivos, que servem como um filtro de forma a permitir que cada um de nós processe a informação vindo do exterior, estando estes interligados a outros esquemas, ou seja, aos esquemas afectivos, comportamentais e motivacionais. De acordo com o tipo de conteúdo, os esquemas podem ser divididos em três tipos, os mais simples constituídos por esquemas de simples objectos ou ideias muito específicas do nosso mundo psicológico e social, num segundo nível as crenças e atitudes que adquirindo a forma de regras e que são utilizadas pelos indivíduos para se avaliarem a si e às outras pessoas, e por fim poder-se-á encontrar a um terceiro nível, mais geral que o anterior, as crenças com características de ideias absolutas, sendo este um factor do auto-conceito (A. Beck, 2005; Clark, A. Beck & Alford, 1999; Cláudio & Sousa, 2003; Hyer, *et al.*, 1990). Assim ao avaliarmos uma determinada situação vamos evidenciar determinadas cognições, pensamentos e imagens verbais. De acordo com A. Beck (1982), tais cognições, derivadas de esquemas, atitudes ou suposições, que os indivíduos desenvolvem através de experiências prévias, reflectem a forma como o indivíduo se vê tanto no passado, no presente como no futuro e em geral o mundo que o rodeia.

Segundo este mesmo autor, independentemente da situação, a que os indivíduos são expostos, esta é constituída por uma panóplia de estímulos, onde apenas são seleccionados os estímulos específicos que depois de combinados conduzem à conceitualização dessa mesma situação. Normalmente, a conceitualização de uma dada situação pode ser diferente, por parte de diferentes indivíduos, mas um indivíduo perante várias situações semelhantes tende a ter uma resposta coerente. Assim perante uma determinada situação o indivíduo vai activar esquemas (padrões cognitivos estáveis), relativamente à mesma, permitindo a passagem dos dados recolhidos a cognições, tornando-se estes esquemas a base para a separação, diferenciação e codificação dos estímulos que cada indivíduo é confrontado diariamente e assim permitir a estruturação das suas experiências, podendo estes esquemas ser retidos durante muito tempo e ao longo do mesmo ser enriquecidos por experiências vindas do meio.

Assim poder-se-á pensar na noção de crença através de duas perspectivas, uma mais interna e outra mais externa. De acordo com a primeira perspectiva existe uma noção de crença mais naturalista, onde é tida como um estado mental que medeia a entrada de

informação e a saída de comportamentos ou estados mentais, estando esta crença ligada à disposição para a acção e aos estados mentais (os desejos), associados a esta disposição e a esta crença. Na perspectiva externalista a noção de crença é tida como uma perspectiva intencional, ou seja, nesta perspectiva os conteúdos das crenças são causados por factores externos. Sendo através da cultura que as crenças se manifestam, mas uma dada crença ou desejo pode ser atribuída a uma pessoa, a um acontecimento ou a uma situação, numa dada cultura, mas noutra pode não ter sentido ou serem muito diferentes (Diniz, 2004; Ferreira, 2007).

Poder-se-á assim referir que as crenças modelam as nossas atitudes, ou seja, é através das informações recebidas do exterior e aceitando-as como sendo totalmente verdadeiras, que agimos sobre uma determinada situação, acontecimento ou pessoa (Cláudio & Sousa, 2003; Monteiro & Santos, 2001a). De acordo com Fishbein & Ajzén (1975) a atitude “*representa um sentimento geral de uma pessoa, favorável ou desfavorável, relativamente a um determinado objecto estímulo*” (p. 216), ou seja, é “*uma tendência, uma predisposição, para responder a um objecto, pessoa ou situação, de uma forma positiva ou negativa.*” (Monteiro & Santos, 2001a, p.159), sendo assim, o potencial de uma pessoa para reagir de uma determinada maneira, não ocorrendo esta de uma forma isolada mas sim através de um conjunto de reacções que surgem em determinadas situações. Não sendo as atitudes directamente observáveis, estas apenas são conhecidas através das condutas (verbais e não verbais) manifestadas pelos indivíduos, não devendo ser estas comparadas aos comportamentos (Monteiro & Santos, 2001a).

As atitudes manifestadas pelos indivíduos são expressas através de três componentes, a componente cognitiva, que corresponde ao conjunto de ideias, juízos, crenças sobre um determinado objecto, ou seja, o conhecimento que cada indivíduo tem sobre o objecto, a situação, etc. a que está direccionada essa atitude. A componente afectiva, que corresponde aos sentimentos positivos ou negativos, que por sua vez geram atitudes positivas e negativas, face a um determinado objecto, isto é, a reacção emocional suscitada pelo objecto. E por fim a componente comportamental, correspondente ao conjunto de reacções, de proximidade ou de evitamento, relativamente ao objecto (Cavazza, 2008; Cláudio & Sousa, 2003; DuBrin, 2003; Monteiro & Santos, 2001a).

Em 1986, Fazio descreve a atitude como uma associação que a memória de um indivíduo faz entre o objecto alvo da atitude e a avaliação que é feita sobre este, sendo através

das suas atitudes que o indivíduo organiza e classifica os objectos que pertencem ao seu meio envolvente, os conhecimentos e as necessidades, facilitando assim a adaptação à realidade, tornando-se por isso os elementos básicos das relações sociais. Logo é através da sociedade, onde cada um de nós está inserido, que as nossas atitudes são determinadas e modeladas, ou seja, é através dos nossos pais, dos nossos pares, dos *mass-media*, etc., que as nossas atitudes face a determinados objectos, situações ou até mesmo pessoas se vão construindo. As atitudes manifestadas, por cada um de nós, têm um carácter permanente, só quando existe um sentimento fraco, pouca informação, não existe uma experiência próxima e imediata ou se tem uma experiência traumática relativamente ao objecto, à situação ou à pessoa, é que poder-se-á proporcionar a alteração dessas atitudes.

Dentro da nossa sociedade, por vezes, surgem crenças e atitudes negativas face a um grupo social, levando por isso à categorização da realidade social. A essas crenças, dá-se o nome de estereótipos, que correspondem às ideias que os indivíduos têm, resultantes da generalização e/ou especificação, de que todos os membros pertencentes a um mesmo grupo têm as mesmas características e se comportam de igual forma, sendo por isso responsáveis pela formação de pré-julgamentos. Surgem assim os preconceitos, as atitudes, que levam um indivíduo a avaliar uma pessoa ou um grupo social, normalmente de forma negativa, conduzindo, muitas vezes, a comportamentos de discriminação e de segregação. Estes preconceitos são aprendidos através do processo de socialização e muitas vezes surgem associados a grupos sociais, a pessoas ou a realidades que os indivíduos nunca tiveram contacto, podendo também surgir como forma de explicação de uma determinada situação social (Monteiro & Santos, 2001a).

De acordo com Vala e Torres (2006), existe uma relação entre as atitudes, a idade, e os valores das pessoas, tendo-se em conta, na sua análise, duas perspectivas diferentes, a primeira relacionada com o curso de vida, onde as atitudes que expressamos em relação aos objectos sociais estão relacionadas ao modo como nós nos adaptamos ao mundo que nos rodeia. A segunda perspectiva está relacionada com o curso geracional, ou seja, cada geração está inserida num espaço social e num período histórico distinto, estando por isso os indivíduos expostos a diferentes tipos de influências e estímulos. Como a nossa sociedade está em constantes mudanças os valores e as atitudes são vistos como componentes de integração, reflexão, de adaptação às novas condições emergentes e impulsionadores das mudanças sociais. Assim, de acordo com estes autores, é evidente que em função da nossa época histórica, da nossa cultura e até mesmo da nossa sociedade, as nossas atitudes, valores e juízos

variam consoante a nossa faixa etária, uma vez que cada indivíduo encontra-se exposto a diferentes tipos de estímulos.

Sexualidade

A sexualidade ao longo dos vários séculos foi sempre vista de formas diferentes, consoante a época histórica e a cultura onde o tema é referenciado. Mas de acordo com Pacheco (1998), ao longo das várias épocas históricas existiu uma atitude funcionalista em relação ao sexo, assumindo assim a reprodução um factor crucial no seio da família, da tribo ou da nação.

Considerando-se que o fenómeno sexual teve origens nas tradições judaico-cristãs, há indícios que na sociedade ocidental entre o século XVI-XVIII, o sexo só teria intenções procriativas, mas nesta época era normal isto acontecer, uma vez que não existiam meios anticonceptivos seguros e eficazes. Neste último século, era comum a procura do amor e da vida sexual fora do casamento o que conduzia, como consequência, a inúmeros abortos e infanticídios provenientes dessas ligações. Nos séculos seguintes, século XVIII e XIX, a sexualidade era vista como uma emoção manipulada, instrumental, modelável e erótica, sendo por isso exterior ao indivíduo e sujeita a uma aprendizagem. Com o virar deste último século, a sexualidade passa a ser interiorizada e por isso menos susceptível de aprendizagens. Já nos anos 40 e 60, do século XX, as atitudes dominantes eram as de negação, proibição e obsessão, porque a sexualidade era tida com algo secreto, tabu, onde qualquer tema referente à sexualidade, embora interessante, acarretava um símbolo de intocável e indiscutível, além de haver uma repressão interna e externa que conduzia a uma continua obsessão pelo tema (López & Fuertes, 1999; Pais, 1987). Entretanto nos finais deste século, já não faz sentido falar da sexualidade numa perspectiva bíblica, uma vez que esta não faz menção às grandes problemáticas deste século tais com a masturbação, a contracepção, entre outras coisas e como a sociedade é muito mais pluralista também não é correcto falar de atitudes dominantes, porque há uma atitude própria de uma sociedade liberal, onde se defende e respeita as liberdades formais, embora ainda sejam impostos valores por pessoas com poder económico

através dos meios de comunicação e outros agentes políticos e sociais (López & Fuertes, 1999; Pacheco, 1998).

Perante isto, podemos ter a noção de que dependendo de cada época histórica e de cada autor a temática da sexualidade apresenta várias interpretações e, por isso, existe uma panóplia de pontos de vista que se vão repercutir no conceito da sexualidade. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (Vilar & Souto, 2008):

“a sexualidade é uma energia que nos motiva para encontrar amor, contacto, ternura e intimidade; ela integra-se no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados. A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, acções e interacções e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental”.

Assim a sexualidade de cada ser humano está interligada com aspectos de ordem biológica, psicológica e sociocultural (Gomes & Castilho, 2003; M. S. Silva, M. R. Silva & Alves, 2004). Sendo esta composta, de acordo com Achilles (1996, in Gomes & Castilho, 2003), por três factores interligados: a identidade sexual (percepção individual sobre o género), a identidade de género (sentimento subjectivo de pertencer ao seu próprio género) e o comportamento sexual (expressão, manifestação pessoal face à sexualidade), afectando estes factores o crescimento, o desenvolvimento e o funcionamento da personalidade do indivíduo. É assim indubitável dizer-se que tanto a sexualidade como a afectividade, de cada indivíduo, está interligada com a sua própria personalidade, sendo através da satisfação das necessidades básicas de cada indivíduo, como por exemplo, os desejos, o prazer, a ternura, etc., que se promove o desenvolvimento da mesma. Através da perspectiva freudiana a personalidade é determinada através dos impulsos sexuais e do desenvolvimento psico-sexual, sendo este desenvolvimento um processo complexo que está presente desde a infância, através da vinculação estabelecida entre o bebé e a sua mãe, até à idade adulta. Qualquer criança, desde muito nova, vai recolhendo informação acerca da sua sexualidade através das pessoas que as rodeiam (a família, os colegas, os educadores, entre outras pessoas), mas é principalmente através dos seus pais, primeiro da sua mãe e depois do seu pai, que a sua dimensão psico-sexual é desenvolvida. É através destas interacções, entre pais-filhos, que se vão desenvolver e fortalecer os seus sentimentos, expectativas, atitudes, permitindo assim a construção do seu próprio conceito de sexualidade e logo as suas manifestações sexuais. Inicialmente as crianças

interessam-se pela exploração do seu próprio corpo e mais tarde começam-se a sentir interessados pelo corpo de outras pessoas (Gomes & Castilho, 2003; Loureiro, 1994/95; Monteiro & Santos, 2001b).

Tal como acontece com as outras crianças, as crianças portadoras de deficiência mental, à medida que vão crescendo e iniciam a fase escolar despontam uma série de novos sentimentos, emoções, afectos e conseqüentemente impulsos sexuais que antes não haviam surgido, vindo-se a repercutir nas reacções e atitudes dos seus pais, que por si só acarretam uma influência positiva ou negativa, no modo como estas crianças vão vivênciar e expressar a sua própria sexualidade. Devido às limitações cognitivas e sócio-adaptativas existentes nesta população, o desenvolvimento psico-sexual processa-se de uma forma mais lenta e, devido a isto, surge numa idade mais tardia do que numa população sem problemas (Andrade, 2000; Gomes & Castilho, 2003; Loureiro, 1994/95; Martins, 1995). De acordo com Gomes e Castilho (2003), existem vários factores para tal ocorrência, ou seja, pode ocorrer devido ao tipo de deficiência e às características agregadas à mesma, ao tipo de educação afectivo-sexual existente, às atitudes dos familiares, dos educadores, da sociedade, isto é, das pessoas que rodeiam estes indivíduos, e aos tipos de relações interpessoais que são estabelecidas.

Mas, segundo os mesmos, é na fase da adolescência que se verificam grandes mudanças em vários níveis, tanto familiares, sociais, emocionais como pessoais, levando a que os adolescentes construam a sua nova identidade pessoal. Estes sentem que se estão a habitar um corpo estranho porque progressivamente vão adquirindo características de adulto e perdendo os traços de criança. Torna-se assim uma fase cheia de medos e receios, onde a expressão sexual é estabelecida pelas expectativas e pelo significado que a sociedade dá a certos padrões de actividades sexuais e não tanto aos impulsos biológicos que o adolescente possa demonstrar.

Devido a ser uma fase cheia de medos e receios e como os jovens portadores de deficiência mental experienciam as mudanças corporais e emocionais com maiores dificuldades, relativamente aos outros adolescentes, é necessário que estes tenham apoio dos técnicos e de outras pessoas significativas, principalmente a dos seus pais, para que lhes sejam transmitidas todas as informações precisas e adequadas à compreensão dos acontecimentos que ocorrem nesta fase. Sendo, por isso, importante a transmissão de conhecimentos relativos às mudanças corporais como também conhecimentos referentes às relações interpessoais, ao fenómeno do enamoramento e atracção física e sexual, à masturbação, à homossexualidade e à adequação

dos seus comportamentos sexuais, tornando-se o apoio destas pessoas fundamental neste processo formativo e informativo, uma vez que, devido à sua deficiência necessitam que estas informações sejam repetidas em várias alturas e de várias formas (Gomes & Castilho, 2003). Loureiro (1994/95) refere que é através da exploração do seu próprio corpo, de jogos sexuais entre jovens do mesmo sexo, da troca de carícias com o sexo oposto que os jovens portadores de deficiência mental, na adolescência, descobrem, comparam e verificam como é que o seu próprio corpo funciona.

Assim sendo, e de acordo com Nodin (2001), é na fase da adolescência que surgem sentimentos de pudor e noções de moral, que levam à contenção dos seus impulsos, mas ao se sentirem cheios de dúvidas estes acabam por ir à procura de informações aos meios envolventes que tem disponíveis, não indo, inicialmente, pedir informação aqueles que os rodeiam. Tentam então encontrar estas informações através de meios em que não tenham que comunicar directamente com outras pessoas, utilizando normalmente a internet, uma vez que é um meio onde existe uma enorme quantidade de informações, entre as quais sobre sexo. Depois de obterem informações, através destes meios de comunicação, os adolescentes vão procurar obter informações através de outras pessoas, tentando verificar se aquilo que realmente sentem e se as transformações que estão a ocorrer apenas acontecem consigo ou se existem outras pessoas que estão a passar ou que tenham passado pelo mesmo. A troca de informação e experiências sobre a sexualidade com amigos e colegas é a forma mais habitual de troca de informações, sendo normalmente através destes que se dá o processo de socialização, havendo por isso, nesta fase, um investimento excessivo nos amigos e um desinvestimento nos pais. Os amigos tornam-se confidentes dos seus problemas e das suas angústias, conselheiros e cria-se uma intimidade emocional e afectiva, mas esta procura de informações pode trazer vantagens e desvantagens porque embora a influência destes seja muito intensa neste período, verificam-se, muitas vezes, que os seus conhecimentos sobre a sexualidade são fundamentados por crenças adulteradas ou falsas e, por isso, estes conhecimentos são incorrectos. Para além das informações obtidas através dos seus pais, pares e *mass-media* esta é obtida, em grande parte, através dos seus professores, que possibilitam a sua recolha, consolidação e assim o enriquecimento da sua personalidade. Estas transmissões ocorrem através da forma verbal, das atitudes, dos gestos, das posturas que os professores têm sobre, por exemplo, o simples papel de cada género, mas a função desempenhada pelos professores não é fácil, porque muitos deles não tiveram oportunidade de

falar sobre a sexualidade com as pessoas que os rodeavam ou não tiveram formação adequada e específica ao longo do seu percurso escolar, sentindo-se desta forma inseguros na abordagem de certas questões (Gomes & Castilho, 2003; Nodin, 2001).

A introdução da educação sexual nas escolas tem se vindo a alterar muito pouco desde há 25 anos atrás, quando houve a primeira legislação, em 1984, sobre a educação sexual em Portugal, onde se estabelecia que era dever do Estado garantir "*o direito à Educação Sexual como componente do direito fundamental à Educação*" (Ramos, 2005, p. 53), garantindo assim a educação sexual dos jovens nas escolas, nas organizações sanitárias e nos meios de comunicação social (Direcção Nacional da Associação para o Planeamento da Família, 2004).

Estudos realizados por Vilar e Ferreira (2008), revelaram que a escola tem alguma relevância na educação sexual dos jovens, sendo realizada uma abordagem do tipo biológica e preventiva no âmbito das Ciências Naturais, enquanto que a Formação cívica e os colóquios ganham relevância no 3º ciclo e a disciplina de Filosofia no secundário. A educação sexual deve abordar assim os aspectos corporais, os sentimentos, os valores, as atitudes e os comportamentos relacionados com uma actividade (expressão erótica) e com a diferenciação corporal específica. Mas será que esta perspectiva de abordagem da educação sexual nas escolas é pensada e realizada desta forma.

Crenças e atitudes face à sexualidade

Existem várias contradições relacionadas com a sexualidade, uma vez que por um lado o homem tem impulsos sexuais motivadores para a realização de um determinado comportamento, por outro existem limitações impostas por um sistema de crenças. Mas a partir do século XX, estas contradições têm ganho um maior significado porque dentro da nossa sociedade ocorrem mudanças no sentido da permissividade e da prostituição, embora subjacente a estas ainda aja uma sobrevalorização do modelo onde a vertente reprodutiva da expressão sexual é privilegiada (Gomes, 1995).

Assim sendo é a sociedade, onde cada indivíduo está inserido, que através da imposição de certos valores, ideias, críticas, etc., influencia a nossa sexualidade, mas embora já se notem algumas mudanças acerca desta temática, por vezes, a sexualidade ainda se

encontra encerrada em crenças estereotipadas, que muitas vezes, não correspondem à realidade (Cordeiro, 2003; Gomes & Castilho, 2003). Vilar (1987), refere que as nossas atitudes, valores, sentimentos e comportamentos acerca da sexualidade são construídos através de dois processos, o processo de aprendizagem quotidiana, espontânea e ocasional, que é adquirida através da percepção das atitudes que os nossos familiares, amigos, professores, *mass-media* têm acerca dos acontecimentos sexuais e através dos processos estruturados e dirigidos, relacionados com a educação sexual.

Como forma de se constatar até que ponto a sexualidade é vista pelos nossos jovens foi realizado um estudo por Miguel e Vilar (1987), para o Instituto de Estudos para o Desenvolvimento, sobre os valores e atitudes dos jovens portugueses, dos 15 aos 24 anos, face à sexualidade, chegando-se a várias conclusões, entre as quais que estes jovens na sua maioria consideravam a sexualidade como uma forma de comunicação entre o homem e a mulher ou como uma relação global entre duas pessoas, que não existiam diferenças entre as idades no que respeita a esta questão e que são os rapazes ateus e as raparigas católicas praticantes que apresentavam um realce no aspecto “relações sexuais”. No que concerne à escolaridade pôde-se verificar que quanto menores são as habilitações literárias destes jovens mais destacam o factor “relações sexuais” em detrimento do factor “comunicação” na sexualidade e por fim que não existem diferenças significativas entre os rapazes e as raparigas no que toca à sexualidade. Pode-se concluir assim deste estudo que o grau de escolaridade é um dos factores importantes para as mudanças de atitudes face ao tema da sexualidade, uma vez que, se pôde comprovar que, embora a diferença de idades entre os participantes fosse reduzida, um jovem com um grau escolar superior apresenta uma atitude mais liberal sobre a sexualidade do que um jovem com um grau escolar inferior.

Muitas destas atitudes, encontradas na nossa cultura, estão relacionadas com a existência de um padrão de moral sexual onde ocorre um antagonismo entre os papéis psico-socio-sexuais do homem e da mulher, assumindo o homem um lugar activo e a mulher um lugar passivo. Devido a isto, muitas pessoas acabam por pensar que a expressão do impulso sexual será (apenas) aceitável quando as pessoas são jovens e bonitas, ou seja, “*perfeitas*” (Gomes, 1995).

López e Fuertes (1999), acreditam que dentro da nossa sociedade ocorrem atitudes positivas e negativas face aos estereótipos de beleza e destreza corporal, relacionados com o género e com os comportamentos relativos a uma determinada idade, surgindo assim dois

tipos de atitudes pessoais, opostas, face à sexualidade. A primeira atitude de referência é a atitude conservadora, onde as pessoas apresentam uma visão da sexualidade como uma vertente reprodutora e por isso são contra o aborto, a homossexualidade, ao direito à sexualidade nas pessoas portadoras de deficiência mental, acabando por adoptar uma determinada conduta moral, “(...) costumam considerar legítimos os comportamentos que, tendo lugar dentro do casamento, estão directa ou indirectamente orientados para a reprodução” (p. 30), estando a educação sexual voltada para esta mesma temática, a do casamento, do amor e da reprodução.

Os sentimentos e comportamentos associados a este sistema de crenças levam à formação de três tipos de atitudes conservadoras, a atitude de interdição, que é a sua forma mais radical, onde há uma negação de qualquer fantasia, sentimento, desejo ou comportamento sexual que não ocorra dentro do casamento e com fins procriativos; a atitude de dependência, onde normalmente são encontradas pessoas com um nível cultural baixo, caracterizadas por um medo associado ao tema da sexualidade, sendo que ao considerá-lo um tema delicado apresentam uma atitude de submissão às pessoas que compreendem do assunto, uma autoridade moral ou profissional; e por fim a existência de uma atitude conservadora integrada, onde as pessoas integram a sexualidade de forma correcta num sistema de valores coerentes, sendo que apesar de apresentarem uma atitude conservadora face a alguns temas sobre a sexualidade estas pessoas encaram-na positivamente como uma dimensão humana que faz sentido num sistema de relações afectivas estáveis.

A segunda atitude de referência é a atitude liberal onde as pessoas não têm uma visão da sexualidade meramente reprodutora, dão valor também ao prazer, à comunicação, afectividade, etc., ou seja, apresentam uma maior liberalidade quanto às leis e aos costumes sociais e permitem adaptar a educação sexual a cada pessoa, consoante as suas necessidades. Tal como nas atitudes conservadoras nas atitudes liberais podemos encontrar diferentes formas de atitudes, ou seja, podemos encontrar uma atitude liberal individualista que é caracterizada pela interiorização por parte das pessoas, e aplicado ao domínio do sexual os princípios mais radicais do liberalismo político e social; uma atitude liberal impositiva, onde as pessoas defendem firmemente a necessidade de mudança de ideias, sentimentos e comportamentos sexuais das pessoas, com o intuito de ocorrerem mudanças na vida quotidiana e na organização social dominante; e por fim uma atitude liberal aberta onde as pessoas aceitam a sexualidade como algo positivo, possibilitando ao homem múltiplos

benefícios, como a reprodução, o estabelecimento de relações de prazer, como uma forma de comunicação íntima, sentimentos, entre outras coisas (López & Fuertes, 1999).

Estudos realizados por Fischer (1988, in López & Fuertes, 1999; Ramos, 2005), falam de duas tipologias básicas que permitem definir a forma de sentir, pensar e viver a sexualidade, as atitudes erotofóbicas onde existe uma reação mais negativa aos estímulos sexuais, levando a uma diminuição das fantasias sexuais e uma menor abertura a diferentes experiências e a actividades sexuais. E uma atitude erotofílica onde existe uma atitude positiva e confortável, relativamente às diferentes expressões da sexualidade ao longo da vida, nomeadamente em relação ao corpo, à identidade sexual e aos comportamentos sexuais em geral. Estas atitudes resultam das ideias, valores, modelos observados e experienciados através da nossa sociedade, ao longo da nossa vida.

Assim podemo-nos deparar com várias atitudes dentro da nossa sociedade, no que concerne ao tema da sexualidade, face a isto podemos retirar várias elações quanto aos temas tabus, para esta, como por exemplo, a sexualidade das pessoas portadoras de deficiência mental, como é que esta é vista, que tipo de crenças e atitudes existem e se diferem muito das encontradas na sexualidade em geral.

Deficiência Mental

Devido a esta população ser muito heterogeneidade, tanto a nível da sua etologia, grau, disfunções, como nas suas necessidades educativas, torna-se muito difícil encontrar uma única definição para caracterizar estes indivíduos, sendo a deficiência mental um termo que embora tenha origens médicas, uma vez que é explicado em termos de sintomas, síndromes e desordens é definido por critérios éticos, morais, psicossociais, etc. De acordo com a Associação Americana sobre a Deficiência Mental:

“a deficiência mental refere-se a limitações substanciais no funcionamento actualmente presente. Caracteriza-se por um funcionamento intelectual significativamente abaixo da média, existindo concomitantemente com limitações relacionadas em duas ou mais áreas de aptidões adaptativas: comunicação, autonomia pessoal, autonomia em casa,

aptidões sociais, uso de recursos de comunicação, auto-direcção, saúde e segurança, académica funcional, lazer e ocupação/emprego. A deficiência mental manifesta-se antes dos 18 anos” (Schalock & Luckasson, 2004, p. 139).

Elaborada através de um modelo funcional esta definição vê a deficiência mental dentro do contexto do meio, onde o indivíduo está inserido, ou seja, é pensada como uma limitação específica funcional e resultante da interacção existente entre a pessoa com incapacidade de expressão, as suas limitações e as exigências do meio onde este está inserido. Este modelo funcional em vez de classificar a deficiência mental em quatro níveis (ligeiro, médio, grave e profundo) tal como Grossman e outros autores o fizeram, baseia-se na intensidade e no padrão dos sistemas de apoio, que servem de mediadores entre o funcionamento destes indivíduos e as dimensões intelectuais, relacionais, adaptativas, organicistas e contextuais. Estes sistemas de apoio apresentam quatro níveis de intensidade, intermitente, quando os apoios são utilizados de forma episódica e momentânea, sendo normalmente aplicados em situações de crise ou em períodos de transição no ciclo de vida; limitado, quando os apoios são limitados e persistentes, sendo destinados para apoiar em pequenos períodos de treino ou em acções voltadas para o acompanhamento de necessidades que requerem uma assistência de curta duração, mantendo-se este apoio até à sua finalização; extensivo, quando são apoios periódicos e regulares que, normalmente, são indicados para alguns contextos, como por exemplo, a escola, o trabalho, etc., não tendo estas limitações temporais; e permanente, quando são apoios constantes, estáveis e de alta intensidade, não sendo destinados a nenhum contexto específico e podendo ser utilizados durante toda a vida e por isso envolvem uma vasta equipa (Carvalho & Maciel, 2003; Gomes & Castilho, 2003).

É através destes apoios que se promove o acesso dos indivíduos portadores de deficiência mental, aos recursos, à informação e às relações interpessoais em ambientes integrados. Os apoios podem ter origem em diferentes tipos de recursos: humanos, ou seja, vindos da própria pessoa portadora de deficiência mental ou de outras pessoas; técnicos, através das novas tecnologias ou dos recursos terapêuticos; ou institucionais, entre estes destacam-se os serviços sociais, serviços educativos e serviços de reabilitação, sendo estes recursos e estratégias agrupados, em diferentes tipos, de acordo com a sua função, como por exemplo, o ensino, a assistência nas actividades domésticas da vida diária, a assistência na saúde e no bem-estar, etc. (Gomes & Castilho, 2003).

Para Luckasson, *et al.* (1992, in Gomes & Castilho, 2003) é através destes apoios que haverá a possibilidade de um aumento do nível das competências adaptativas, das capacidades funcionais, a maximização dos objectivos relativos à saúde e ao bem-estar físico, psicológico e funcional e o desenvolvimento das características do meio com o intuito das pessoas portadoras de deficiência mental serem respeitadas, terem a oportunidade de escolha, de participação e de exposição das suas competências sociais dentro da sua comunidade.

Para além desta concepção funcional existem muitas outras que falam sobre a deficiência mental principalmente no que concerne aos vários graus e factores originários, sendo a sua classificação auxiliada com o aparecimento e utilização das técnicas psicométricas, ou seja, através do cálculo do Quociente de inteligência (QI).

A partir dos finais do século XIX até meados dos anos 50/60, do século passado, foram elaboradas várias teorias e conceptualizações próprias sobre a inteligência mas os autores demonstravam apenas preocupação na sua definição e avaliação, sendo visualizada como algo estável, inato, previsível e passível de ser quantificada. Foi então nos anos 60 que esta visão se alterou, passando a ser vista como um potencial susceptível de ser modificada através das influências da escola e da família (Almeida & Morais, 1989; Almeida & Roazzi, 1988). A inteligência acaba por ser assim “*um conjunto de estratégias de resolução de problemas, mais ou menos comuns a todas as tarefas, podendo aparecer mais ou menos requeridas e mais ou menos valorizadas em função das próprias peculiaridades das tarefas*” (Almeida & Morais, 1989, p. 37).

No início do século XX, mais propriamente em 1904, devido à necessidade de identificar as crianças que precisavam de uma educação especial foi nomeado, por uma comissão em França, um professor de Psicologia e um médico que construíssem um exame psicológico para tal diagnóstico surgindo assim, em 1905, a primeira escala métrica de Inteligência, criada por Binet e Simon. Assim através da identificação da idade mental (IM) Binet e Simon descreveram o desempenho das crianças na sua escala, estando os seus resultados diferenciados de acordo com seus estratos sócio-culturais. A partir deste momento a escala foi aperfeiçoada e muitas outras foram construídas mas foi na Alemanha, que pela primeira vez foi empregue o termo Quociente de Inteligência (QI), por Stern. Este introduziu assim um aperfeiçoamento à maneira de pensar e de aplicar os testes de inteligência, defendendo que a inteligência deveria ser medida através da razão entre a idade mental da criança e a sua idade cronológica (IC), obtendo-se assim o seu QI. Mais tarde, Terman, em 1916, publica uma

revisão da escala de Binet-Simon onde propõe a multiplicação do Quociente de Inteligência por 100, tornando-se numa fórmula ainda hoje empregue (Almeida & Morais, 1989; M. Cole & S. Cole, 2004; Monteiro & Santos, 2001a). Como forma de se analisar os resultados destes testes foram desenvolvidas diversas classificações mas baseando-nos na classificação proposta por Wescher, que ainda hoje é utilizada, poder-se-á dizer que o QI variar entre os 200 valores e os 0 valores, ou seja, quando um indivíduo apresenta um QI superior a 127 valores é considerado um superdotado enquanto se um indivíduo tiver um QI inferior a 20 apresenta uma debilidade profunda, ostentando uma inteligência média os indivíduos com um QI entre os 90 e os 110 valores (Melão Jr., 2006).

De acordo com tal classificação, a Associação Americana sobre a Deficiência Mental e a Organização mundial de saúde defendem que existem cinco graus de deficiência mental, a limite, a ligeira, a moderada, a grave e a profunda. Assim se um indivíduo obter um QI entre os 85 e os 68 valores apresentam uma deficiência mental limite ou Borderline, sendo um grupo com bastantes potencialidades, apenas manifestam algumas dificuldades concretas. Neste grupo podemos encontrar, normalmente, indivíduos provenientes de um meio sociocultural desfavorecido;

Os indivíduos portadores de deficiência mental ligeira, abrangem a maior parte da população com deficiência mental, apresentando estes um QI entre os 68 e os 52 valores, e tal como o grau de deficiência anterior, estão dissimulados na sociedade em geral, uma vez que apenas manifestam um atraso mínimo nas áreas perceptivas e motoras, sendo, na maior parte das vezes, apenas detectáveis em meio escolar;

Os indivíduos portadores de deficiência mental moderada ou média, apresentam um QI entre os 51 e os 36 valores, sendo este grupo caracterizado por indivíduos que apresentam algumas dificuldades tais como na autonomia social, na aquisição de técnicas de leitura, escrita e cálculo, e na expressão oral, sendo no entanto a sua coordenação motora aceitável permitindo-lhes, por isso, adquirir algumas técnicas a fim de realizarem alguns trabalhos práticos;

Os indivíduos portadores de deficiência mental grave, apresentam um QI entre os 35 e os 20 valores, ostentando estes indivíduos grandes dificuldades a nível da sua autonomia pessoal e social, para além disto apresentam um sistema comunicativo muito pobre e têm dificuldades psicomotoras relevantes. Quanto ao seu grau de dependência relativamente às actividades diárias esta varia de acordo com o seu treino, apenas conseguindo aprender coisas simples;

Quanto aos indivíduos portadores de deficiência mental profunda, apresentam um QI inferior a 20 valores, sendo este grupo caracterizado por grandes limitações tanto a nível sensório-motor como a nível da comunicação, encontrando-se sempre dependentes da ajuda de outras pessoas, e devido a isto, o seu desenvolvimento pode ser comparado a uma criança com uma idade inferior a 2 anos (Pacheco & Valência, 1997; Sprovieri & Assumpção, 2005).

De acordo com diversos estudos realizados no século XX, o grau de deficiência mental depende de várias condições, entre as quais podem-se salientar, as de desenvolvimento, as sócio-económicas, as de higiene, as de patologia familiar, as sócio-culturais da mãe, entre outras coisas (Fonseca, 1980). Mas no que concerne aos diversos factores que estão na origem da deficiência mental, deve-se ter em conta a origem tanto interna como externa à própria pessoa. Dentro destes factores poder-se-ão destacar os factores químicos, ou seja, o uso de drogas, álcool, fármacos e o contacto com elementos químicos, como por exemplo, o mercúrio, nos períodos pré-natais e neonatais, podendo estes causar lesões cerebrais no recém-nascido. Os factores físicos, como as infecções, antes, durante e após o nascimento, causadas por vírus e bactérias, embora a sua influência tenha vindo a diminuir na nossa sociedade devido à imunidade, à prevenção e ao tratamento. Os factores perinatais e neonatais, como por exemplo, a incompatibilidade do RH entre a mãe e recém-nascido. E por fim os factores genéticos, ou seja, através de herança genética poder-se-ão transmitir de pais para filhos malformações genéticas que poderão levar a vários tipos de síndromes, como por exemplo, a síndrome de Down (Pacheco & Valência, 1997; Sprovieri. & Assumpção, 2005; Stein. & Susser, 1974).

Mediante estas características, dos diversos graus de deficiência mental e dos possíveis factores originários, devemos ter em conta o peso que a deficiência mental teve ao longo dos vários séculos e as transformações que foram ocorrendo tanto no que concerne ao termo, às atitudes e crenças face às pessoas portadoras de deficiência mental como relativamente à sua definição.

Até quase ao início do século XIX existiam poucos registos em torno da deficiência mental, principalmente porque a taxa de mortalidade desta população era muito elevada. Naquele tempo, tal como, por vezes, ainda hoje se verifica, a deficiência mental era vista por alguns extractos sócio-culturais como um problema ligado ao divino, alguma manifestação do mal, de um castigo de Deus pelos pecados cometidos pelos homens, normalmente pecados sexuais. A base desta posição está inserida numa visão mais tradicional onde qualquer prática

sexual é intrinsecamente má (Gomes, 1995). Um estudo Antropológico, realizado no distrito de Bragança em 2004, relativamente às várias causas que originam a deficiência mental vieram demonstrar isto mesmo, que a sua população reenviava a sua existência para o castigo de Deus, para as maldições, para os demónios da alma, entre outras coisas (Castro, 2007).

Através destas concepções populares as pessoas portadoras de deficiência mental eram consideradas “*seres anormais*”, originando assim duas atitudes opostas mas ligadas por raízes comuns: a valorização – desvalorização; a rejeição – protecção. Esta rejeição é uma reacção primitiva fundamental que também pode ser encontrada na xenofobia, no racismo, etc., sendo a sua base o medo, um medo que pode ser fundamentado mas é frequentemente o seu carácter estranho, o desconhecimento da verdade que se receia, que cria ou reforça o medo. Existe um medo popular da loucura ao qual se presta, por vezes, um carácter hereditário e contagioso. Mas esta rejeição é ambígua porque nunca é completamente assumida.

Como tal, até aos finais do séc. XVIII, na Europa, foram construídos asilos ou “*hospitais gerais*”, onde eram depositadas todas as pessoas que se desviavam da norma social, tornando-se cada vez mais concentrados e indispensáveis mas ao mesmo tempo insuportáveis porque constituíam o “*foco da infecção social e moral*” (Perron, 1976).

Antes do século XIX, as pessoas portadoras de deficiência mental não eram distinguidas dos indivíduos com loucura, apenas foram libertados das suas prisões através de Pinel, mas este não conseguiu fazer distinção entre os estados, confundindo idiota com atrasado mental acentuado, as demências e os estados de entorpecimento. Mas o termo idiotismo não era, para este, loucura mas sim uma “*carência ou insuficiência intelectual*” (Pessotti, 1999, p. 57). Assim até ao início deste século, as deficiências mentais eram praticamente confundidas com outros tipos de patologias. Na forma mais extrema há uma condenação moral desta, uma desumanização pela perda da alma, não sendo mais que uma criatura do diabo que era necessário exterminar. No entanto os “*idiotas*” tornavam-se úteis na aldeia porque eram considerados como “*pára-raios*”, ou seja, eram as pessoas onde a cólera diurna se abatia.

No decorrer do século XIX, Esquirol, em 1818, propõe o termo “*idiota*”, não como uma doença mas como um estado do não desenvolvimento das faculdades intelectuais, observadas a partir da mais tenra idade e sem melhorias, sendo necessário notar que este estado de demência é uma regressão a partir de um desenvolvimento intelectual anterior normal. Este autor refere também que existem três tipos de deficiência, a confusão mental, caracterizada

por uma alteração passageira das funções intelectuais, a loucura, caracterizada por uma alteração irreversível das funções intelectuais e por fim o idiotia, que é diferente dos outros dois tipos de deficiência porque é uma “*agenesia intelectual*”, ou seja, há uma falta de inteligência porque esta nunca se desenvolveu. Anos mais tarde, mais propriamente em 1857, Morel propõe a teoria da degenerescência, na qual menciona que se verifica em certas famílias de geração em geração a uma degradação progressiva do ser humano. Este refere que no início do processo surge na primeira geração simples desequilibrados, preguiçosos e delinquentes menores enquanto que na segunda geração à uma tendência inata para a loucura, nomeadamente para a deterioração intelectual, e no fim do processo, na última geração, atinge-se a degenerescência total com o atraso mental, a imbecilidade e a idiotice. Tendo esta teoria grandes repercussões até início do século XX (Pan, 2000; Perron, 1976).

A partir de 1890, através da implementação da escolaridade obrigatória, surgiu uma outra consciencialização dos problemas levantados pelas crianças com deficiência mental ligeira, porque nesse momento notou-se que haviam crianças com incapacidades intelectuais pouco graves sendo por isso designadas como “*débeis*”, surgindo assim a debilidade mental pela primeira vez como uma incapacidade escolar. Devido a estas incapacidades foram levantadas duas soluções ou não havia escolaridade obrigatória para estas crianças ou então construía-se classes especiais, sendo adoptada esta segunda solução na maior parte dos países. Quando às deficiências médias e profundas, nos finais do século XIX, inícios do século XX, foram criadas muitas instituições e organismos voltadas para estes indivíduos, mas estas acabaram por evoluir para asilos por diversos factores (Perron, 1976).

Segundo Fonseca (1980), até a esta altura, todos estes autores e muitos outros ao descreverem a deficiência mental procuravam apenas compreender a natureza do problema, sendo os seus termos e classificações voltados para estigmas e critérios sociais. Só mais tarde é que se deixou de lado este ponto de vista e começou-se a aceitar a deficiência mental e a tentá-la explicar o mais objectivamente possível. Foi nesta época que se tentou encontrar uma definição para a deficiência mental, sendo esta influenciada pelas exigências sociais, culturais, políticas e administrativas. Nos finais do século XIX a deficiência mental era vista numa perspectiva organicista, neurológica, sendo diagnosticada através do atraso no desenvolvimento dos processos cognitivos, já no século XX esta foi associada a aspectos dinâmicos, sendo então classificada como um distúrbio congénito da personalidade na categoria das oligofrenias. Assim as pessoas portadoras de deficiência mental devido à sua

debilidade estavam mais susceptíveis às consequências ideológicas, sociopolíticas e antropológicas de cada época e por isso existem épocas e sociedades onde são tratados com menosprezo, através do abandono e do infanticídio, e noutras com mais humanidade e de forma mais positiva (Carvalho & Maciel, 2003; Oliveira, 2007; Pan, 2000).

Segundo Morato (1995), existe uma lentificação na mudança da nova ordem moral, face à deficiência mental, porque embora já se tenha passado algum tempo desde os primeiros esforços para descrever esta população ainda persiste uma atitude social de rejeição/segregação em detrimento de uma atitudes social de aceitação e compreensão da diferença, repercutindo-se esta lentificação das mudanças de crenças e atitudes também a nível da sua sexualidade.

Crenças e atitudes face à sexualidade das pessoas portadoras de deficiência mental

Na sociedade de hoje ainda nos deparamos com várias atitudes negativas face á sexualidade em geral, mas quando falamos da sexualidade das pessoas portadoras de deficiência mental esta é vista de uma forma ainda mais negativa uma vez que está rodeada de mitos, preconceitos e tabus. Mas estas atitudes dependem de diversos factores tais como o grau e o tipo de deficiência e as características pessoais de cada sujeito. Sendo assim, na nossa sociedade, estas pessoas são consideradas tanto como seres assexuados e sem direitos a uma vida afectivo-sexual, pelo facto de não serem autónomos tanto a nível físico como economicamente de outras pessoas, limitando-se, por isso, o seu acesso à informação, à aceitação social como seres sexuados e restringe-se as manifestações normais e necessárias ao seu desenvolvimento, como também são vistas como tendo perturbações sexuais devido à manifestação de comportamentos sexuais que socialmente não são bem vistos, como por exemplo, a masturbação, embora estes tipos de impulsos sexuais são comuns em qualquer ser humano (Costa & Leal, 2002; Gomes & Castilho, 2003; Pinheiro & Leal, 2005).

Mas estas duas ideias são erradas, uma vez que embora existam algumas diferenças relacionadas com a idade, o grau de deficiência, a maturidade e as características individuais a sexualidade das pessoas portadoras de deficiência mental é manifestada da mesma maneira que qualquer outra pessoa e por isso o seu controlo, sublimação ou expressão varia de acordo com cada um (Gomes & Castilho, 2003). Sendo assim a sua sexualidade é moldada por

preconceitos e atitudes sociais, levando a que os seus direitos afectivo-sexuais sejam negadas. Mas uma coisa é certa enquanto seres humanos somos todos sexuais, independentemente das limitações que a pessoa possa ter, sendo a sexualidade uma categoria permanente do *self* (Gomes, 1995).

Quando falamos das pessoas portadoras de deficiência mental acabamos por focar a nossa atenção nas questões de acesso, de igualdade de oportunidades, dos apoios, da integração social e colocando-se de parte a questão da dimensão afectivo-sexual. Mas sendo a sexualidade uma dimensão da personalidade, a sua expressão ao ser reprimida ou ignorada, leva a que se crie dificuldades no crescimento e desenvolvimento, dos jovens portadores de deficiência mental, enquanto pessoas (Monteiro, 2003).

As pessoas portadoras de deficiência mental, normalmente vivem em instituições que são regidas por regras muito rígidas e que dificilmente são contestadas, dificultando, por isso, o seu desenvolvimento pessoal e social que contribui para a manutenção de comportamentos desadequados e desajustados. Normalmente, os técnicos destas instituições são confrontados diariamente com comportamentos sexuais explícitos por parte das pessoas portadoras de deficiência mental mas não conseguem dialogar ou agir de uma forma natural e correcta, levando a que estas pessoas se sintam desamparadas. Assim dentro do grupo dos técnicos, dos pais, da comunidade em geral e até mesmo no seio dos jovens com deficiência mental existem sentimentos e atitudes contraditórias e ambivalentes relativamente à forma como vivem a sua sexualidade, não estando assim estes grupos preparados para lidar com a vivência e a expressão afectivo-sexual destes jovens mas esquecem-se que esta faz parte da integridade da própria vida, permitindo que a reabilitação e a integração social sejam eficazes (Gomes & Castilho, 2003).

Como a população com deficiência mental é muito heterogénia, existem indivíduos com maior ou menor grau de desenvolvimento a nível intelectual e sexual e por isso, concomitantemente, existe uma enorme variedade de comportamentos tal como se observa na população sem deficiência. Devido a isto, e baseando-nos na classificação anteriormente utilizada, podemos obter, através do contributo de Gomes e Castilho (2003), uma descrição do desenvolvimento psico-sexual dos diferentes tipos de deficiência mental.

O despontar da puberdade nas pessoas portadoras de deficiência mental grave e profunda ocorre da mesma forma que qualquer outra pessoa, através de transformações corporais, mas quanto mais grave for a sua deficiência mais primitiva será a sua sexualidade, uma vez que

apresentam grandes limitações intelectuais, sócio-adaptativas e linguísticas. Assim nesta fase os jovens portadores de deficiências profundas vivenciam os seus impulsos sexuais de uma forma auto-gartificante, ou seja, normalmente manifestam comportamentos de auto-manipulação e auto-estímulo do seu próprio corpo, mas é, principalmente, através do corpo, das carícias, dos abraços que estes comunicam. Enquanto que os jovens portadores de deficiência mental grave, como apresentam “maiores capacidades”, que os anteriores, e como utilizam a linguagem, embora simples, para comunicarem, já conseguem estabelecer outras vinculações, sem ser só com a sua mãe, e assim podem obter satisfação através destes contactos. Devido a estas características estes jovens tornam-se vulneráveis e muitas vezes alvos de abusos sexuais, onde alguns estudos, realizados nos Estados Unidos, vieram demonstrar que os abusadores são, normalmente, pessoas que estão muito perto dos jovens portadores de deficiência mental e que são detentores da sua confiança, não tendo estes jovens, no fim, consciência dos mesmos porque pensam que é uma manifestação de um carinho especial por si (Félix, 1995). Face a este panorama não se deve ter uma atitude discriminatória mas sim ajudar estes jovens a desenvolverem certas aptidões sociais para se poderem defender dos possíveis agressores e deles “próprios” porque muitas vezes através destes comportamentos masturbatórios acabam-se por se magoar.

Quando pensamos nos jovens portadores de deficiência mental moderada e ligeira deparamo-nos com uma dicotomia, uma vez que se por um lado ao serem mais autónomos não necessitam de serem sistematicamente acompanhamentos por outrem, por outro lado ao serem portadores de uma deficiência mental não são inteiramente responsáveis pela sua própria vida e da sua descendência. Com as mudanças físicas e emocionais, que ocorrem na adolescência, estes jovens acabam por ficar perturbados e confundidos, uma vez que não sabem lidar com a sua sexualidade. Quando a deficiência mental é ligeira estes apresentam um desenvolvimento e comportamentos muito próximos aos dos seus pares, sem deficiência, e ao exprimirem mais as suas necessidades acabam por se tornar mais vulneráveis à pressão da social, aos estímulos e a diversos perigos mas através da implementação da educação sexual, do desenvolvimento da sua auto-estima e da socialização puderam alcançar um desenvolvimento psico-sexual normal.

Mas, normalmente, estes jovens portadores de deficiência mental não são inseridos em programas de educação sexual, sendo esta para Pan (2000):

“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”(p. 300).

Em Portugal já existem algumas instituições que implementaram a prática da educação sexual, tal como a cooperativa de S. Pedro, em Barcarena, mas o nosso país ainda tem um longo caminho a percorrer. Na Holanda a sexualidade das pessoas portadoras de deficiência mental não é um tabu, ali existem técnicos que ensinam estas pessoas a se masturbar ou até mesmo técnicos que masturbam as próprias pessoas com deficiência mental profunda, porque não são capazes de o fazer sozinhos (“Diário de Notícias”, 2006). Mas em Portugal, muito dos nossos técnicos têm a crença de que os jovens portadores de deficiência mental masturbam-se de uma forma excessiva, mas esta concepção é errada porque o nosso próprio organismo têm a capacidade de regular estes impulsos sexuais e a maior parte destes comportamentos não passam de estereotípias e estimulações corporais (Gomes & Castilho, 2003).

Mas embora estas crenças e atitudes ainda hoje se verifiquem, tem se vindo a notar, aos poucos e poucos, a sua alteração na nossa sociedade. Em 1994, foi construído um programa de educação sexual em Setúbal intitulado “Aprender...a vida!”, que consistia em dialogar semanal com um grupo de pessoas portadoras de deficiência mental, tendo como base cinco unidades temáticas interligadas umas com as outras. Através deste programa todos os elementos do grupo têm a oportunidade de expressarem os seus saberes, de forma a aumentarem a sua auto-estima, e debaterem temas como as relações interpessoais, a questão da saúde sexual e reprodutiva e o abuso sexual (Forreta, 2005).

Para haver uma maior eficácia da educação sexual, esta deve ser abordada de uma forma adaptada às capacidades cognitivas e linguísticas de cada indivíduo, com deficiência mental, devendo por isso ser diferenciada, específica e individualizada. Este tipo de apoio para além de transmitir a informação necessária para a compreensão da sua vida afectivo-sexual permite também aumentar a auto-estima e a satisfação pessoal e, devido a isto, haverá uma melhor integração social e uma melhoria das relações interpessoais. Para além da componente afectivo-sexual também devem ser leccionados conteúdos a nível dos comportamentos sócio-adaptativos e das competências sociais, que muitas vezes são

reduzidas, fruto da institucionalização prolongada, ou seja, para além de serem abordadas questões como a reprodução, a contracepção, a anatomia e a fisiologia também devem ser abordadas questões como as emoções, os sentimentos, os papéis sexuais, a ética, as normas sociais, os valores e os costumes (Gomes & Castilho, 2003). É também através desta intervenção pedagógica, intencional e estruturada, que se pretende evitar e eliminar comportamentos indesejáveis tais como a manifestação indiscriminada dos afectos, a exibição de comportamentos sexuais, a indefesa perante situações de risco de abuso sexual, entre outras coisas, de forma a que integração social seja mais eficaz (Monteiro, 2003).

De acordo com o primeiro artigo da “Declaração de Direitos do Deficiente Mental”, aprovada em 1971 pela ONU, “*o deficiente mental deve gozar, no máximo grau possível, os mesmos direitos dos demais seres humanos*”. Mas será que na nossa sociedade, passados 38 anos, ocorreram alterações nas suas atitudes? Será que na nossa sociedade existem igualdades de tratamento entre as pessoas portadoras de deficiência mental e a restante população, relativamente ao campo da sexualidade? Será que as pessoas portadoras de deficiência mental têm a oportunidade de constituírem a sua própria família e conseqüentemente ter filhos? Estas e muitas outras questões são constantemente debatidas na nossa sociedade mas devido à sua complexidade e a muitos outros factores ainda existe um longo caminho a percorrer.

No que concerne à questão da possibilidade das pessoas portadoras de deficiência mental poderem vir a ter filhos e se têm capacidades para os poder criar e educar, é uma questão tabu na nossa sociedade e por isso bastante debatida. Este é um assunto de alguma complexidade, principalmente porque a maior parte dos indivíduos que compõem a nossa sociedade ou a de outros países não aceitam a sexualidade destas pessoas, levando muitas vezes a que se criem leis pouco éticas e morais tal como a possibilidade da esterilização. Estudos realizados em 2003, por Félix, vão a favor desta perspectiva, uma vez que estes vieram demonstrar que os técnicos têm a crença de que as pessoas portadoras de deficiência mental não devem procriar. No início do séc. XX admitia-se que a maior parte das deficiências mentais eram hereditárias e só uma pequena parte surgia devido a doenças ou a acidentes, por isso os cuidados tidos naquela época, relativamente aos deficientes mentais, era a da educação, da segregação e da esterilização. Foi em 1907, na América, mais propriamente no estado de Indiana, que se elaborou a lei da esterilização dos idiotas, criminosos, imbecis e violadores, propagando-se esta lei a mais 23 estados dos Estados Unidos da América e só mais tarde por algumas Nações Europeias. Até então, na Europa, esta ideia era vista como

algo que desrespeitava a dignidade e a liberdade do doente e em vez desta lei praticava-se a lei da segregação porque pensava-se que assim não se podiam procriar. Naquela altura, havia um raciocínio simples de que as pessoas portadoras de deficiência mental ao terem filhos iriam transmitir a mesma à sua descendência e assim os indivíduos atingidos eram cada vez mais numerosos, de geração em geração (Perron, 1976).

Embora continue a predominar uma cultura da eficácia, da juventude e da perfeição física, na nossa sociedade, já se verificam algumas atitudes mais tolerantes e menos moralizantes nos profissionais, mas as atitudes e crenças negativas que ainda hoje existem no seio da família e na população em geral condicionam o trabalho realizado por estes na integração social destes indivíduos.

Com o objecto de se ver até que ponto as crenças e atitudes na sociedade têm se vindo a alterar, foram realizados vários estudos, principalmente no que concerne às atitudes dos profissionais face à sexualidade das pessoas portadoras de deficiência mental. De entre os quais podemos destacar o estudo realizado por Costa e Leal (2002) e Pinheiro e Leal (2005), onde se pretendia estudar as crenças e atitudes dos técnicos de reabilitação e não técnicos perante a sexualidade das pessoas portadoras de deficiência mental, consoante também o seu grau de deficiência, no qual se constatou que existiam diferenças nas crenças dos dois grupos e que ambos estão de acordo que estas pessoas apresentam comportamentos sexuais tão frequentes como qualquer outra pessoa, embora esta crença varie consoante o tipo de deficiência. Para além destes resultados é de salientar que se verificou que as mulheres têm menor dificuldade em abordar a temática da sexualidade. Sendo normal isto acontecer porque de acordo com o paradigma da dualidade e da dicotomia, entre os géneros, esta é extensível a vários domínios da vida humana até mesmo a nível da sexualidade sendo esta uma construção histórico-cultural, uma vez que os comportamentos sexuais são delimitados pelas normas sociais e culturais dominantes. Mas embora seja cedida uma maior liberdade sexual aos homens esta não é sinónimo de uma maior liberdade de expressão dos seus valores, porque os homens têm maiores dificuldade em expressar os seus sentimentos, as suas atitudes, em geral o seu ponto de vista face a alguns temas, tais como os da sexualidade (Gagnon & Simon, 2005; Ramos, Carvalho & Leal, 2004).

Já Murray e Minnes (1994), nos seus estudos sobre as atitudes face à sexualidade das pessoas portadoras de deficiência mental vieram revelar que em geral há uma atitude liberal moderada entre os técnicos e não técnicos, em contacto com esta população, que são os sujeitos com

idades inferiores aos 40 anos e os que têm uma educação universitária que apresentam atitudes mais liberais relativamente à sexualidade na deficiência mental e por fim são os profissionais que revelam, significativamente, mais atitudes liberais comparativamente às pessoas que cuidam directamente desta população

De acordo com estudos efectuados por Félix (2003), utilizando a escala de atitudes – Inventário de atitudes sobre a sexualidade e a deficiência mental (*SMRAI*), constatou-se que as atitudes dos profissionais face a sexualidade são tendencialmente liberais mas existem uma maior liberalidade nas atitudes face à sexualidade em geral do que nas atitudes face à sexualidade das pessoas portadoras de deficiência mental. Podendo-se constatar, no fim do estudo, que estas atitudes podiam derivar da falta de formação no domínio da sexualidade. Albuquerque e Ramos (2007) nos seus estudos, com a mesma escala, vieram a verificar que os profissionais apresentavam atitudes mais conservadoras, relativamente à sexualidade das pessoas portadoras de deficiência mental profunda, do que atitudes liberais. Ramos através dos seus estudos em 2005, sobre a temática “Atitudes dos pais e técnicos face à sexualidade da jovem portadora de deficiência mental”, vieram demonstrar que existiam diferenças significativas entre as atitudes dos pais e dos técnicos no domínio “atitudes perante a sexualidade”, apresentado, estes últimos, uma atitude mais positiva, verificando-se este resultado também no que concerne ao domínio do “desenvolvimento psico-afectivo e sexual da jovem portadora de deficiência mental”.

Perante isto pode-se concluir que para haver realmente uma integração das pessoas portadoras de deficiência mental na sociedade é necessário que haja de ambas as partes, um sentimento de pertença. É através das barreiras atitudinais e dos mitos que são gerados à volta da sua sexualidade e da sexualidade em geral que impede que as pessoas portadoras de deficiência mental não sejam aceites como parceiro sexual e consequentemente não construam a sua própria família (Gomes & Castilho, 2003).

FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

Problemas

Será que as atitudes, face à sexualidade das pessoas portadoras de deficiência mental, variam consoante o género?

Será que as atitudes, face à sexualidade das pessoas portadoras de deficiência mental, variam consoante a faixa etária?

Será que as atitudes, face à sexualidade das pessoas portadoras de deficiência mental, variam consoante o grau de ensino?

Hipóteses

Se existem diferenças significativas então o género feminino apresenta uma atitude mais liberal do que o género masculino.

Se existem diferenças significativas então quanto maior for a faixa etária mais conservadora será a sua atitude.

Se existem diferenças significativas nas atitudes, face à sexualidade das pessoas portadoras de deficiência mental, então quanto maior for o grau de ensino mais liberal será a sua atitude.

Variáveis

- Variável dependente:

- Atitudes face à sexualidade das pessoas portadoras de deficiência mental (Atitude muito conservadora; Atitude conservadora; Atitude liberal; Atitude muito liberal), que é subdividida em:
 - Atitudes face à sexualidade em geral (Atitude muito conservadora; Atitude conservadora; Atitude liberal; Atitude muito liberal);
 - Atitude face à sexualidade na deficiência mental (Atitude muito conservadora; Atitude conservadora; Atitude liberal; Atitude muito liberal).

-Variáveis independentes: Género (feminino / masculino)

Idade (15-19; 20-24; 25-30)

Grau de ensino (Ensino básico; Ensino secundário;

Ensino Superior)

MÉTODO

Amostra

A amostra, deste estudo, foi obtida através de uma amostragem por conveniência e por propagação geométrica, sendo esta constituída por um total de 110 sujeitos, 40 do género masculino (36,4%) e 70 do género feminino (63,6%) (ver quadro 1), encontrando-se alguns destes a frequentar a escola Secundaria Leal da Câmara, em Rio-de-Mouro. No que concerne às idades, estas estão compreendidas entre os 15 e 30 anos, sendo que dos 110 sujeitos, ao todo, 43 (39,1%) encontram-se numa faixa etária entre os 15 e os 19 anos, dos quais 24,5% são do género feminino e 14,5% do género masculino, 38 sujeitos (34,5%) encontra-se na faixa etária dos 20 e os 24 anos, dos quais 25,5% são do género feminino e 9,1% do género masculino e por fim 29 sujeitos (26,4%) com uma idade entre os 25 e os 30 anos sendo que 13,6% são do género feminino e 12,7% do género masculino (ver quadro 2). Poder-se-á assim reparar que tanto na faixa etária dos 15 e os 19 anos como também dos 20 aos 24 anos existe um desfaseamento entre os géneros mas na faixa etária entre os 25 e os 30 anos esta tendência já não se verifica.

		Frequências relativas
Casos válidos	Feminino	63,6%
	Masculino	36,4%
	Total	100,0%

Quadro 1: Tabela de frequências da variável género.

			Faixas etárias			Total
			15-19	20-24	25-30	
Género	Feminino	Nº de sujeitos	27	28	15	70
		% Total	24,5%	25,5%	13,6%	63,6%
	Masculino	Nº de sujeitos	16	10	14	40
		% Total	14,5%	9,1%	12,7%	36,4%
Total		Nº de sujeitos	43	38	29	110
		% Total	39,1%	34,5%	26,4%	100,0%

Quadro 2: Distribuição dos sujeitos por faixas etárias segundo o género.

Ao nível da escolaridade, a amostra é constituída 20,9% sujeitos que concluíram ou encontram-se a concluir o ensino básico, de entre os quais 11,8% são do género feminino e 9,1% são do género masculino, na sua grande maioria, 60,9% dos sujeitos, já concluíram ou encontram-se a concluir o ensino secundário, de entre os quais 40% são do género feminino e 20,9% são do género masculino e apenas 18,2% dos sujeitos frequentam ou já concluíram o ensino superior, sendo 11,8% do género feminino e 6,4% do género masculino (ver quadro 3).

			Escolaridade			Total
			E. Básico	E. Secundário	E. Superior	
Género	Feminino	Nº de sujeitos	13	44	13	70
		% Total	11,8%	40,0%	11,8%	63,6%
	Masculino	Nº de sujeitos	10	23	7	40
		% Total	9,1%	20,9%	6,4%	36,4%
Total		Nº de sujeitos	23	67	20	110
		% Total	20,9%	60,9%	18,2%	100,0%

Quadro 3: Distribuição dos sujeitos pelo grau de ensino consoante o género.

Em relação ao estado civil é de salientar que grande parte da amostra, 83,6% dos sujeitos, é solteiro e apenas 16,4% encontra-se casado ou em união de facto (ver quadro 4).

		Frequências relativas
Casos válidos	Solteiro	83,6
	Casado ou em União de Facto	16,4
	Total	100,0

Quadro 4: Tabela de frequências da variável Estado civil.

Instrumentos

Neste estudo foi aplicada uma escala de atitudes face à sexualidade das pessoas deficientes mentais, intitulada por Inventário de atitudes sobre a sexualidade e a deficiência mental (SMRAI) (ver anexo A), composto por um total de 40 itens, e um questionário sócio-demográfica (ver anexo A), cedidos gentilmente pela Dr.^a. Ivone Félix, Directora da Cooperativa de S. Pedro, em Barcarena.

No que concerne ao questionário sócio-demográfico, este é constituído por várias itens como a idade, o sexo, a escolaridade, o estado civil, a religião e se têm algum familiar portador de deficiência mental e o seu grau.

Relativamente à escala de atitudes SMRAI, foi construída por Brantlinger em 1983, com o intuito de se estudar as atitudes dos profissionais, face à sexualidade das pessoas portadoras de deficiência mental, e as suas necessidade de formação, sendo testada pela mesma quanto à sua validade interna e fiabilidade (coeficiente $\alpha = 0,95$), mais tarde, em 1991, foi testada por Holmes e Rose (alfa de Cronbach, $\alpha = 0,883$) (Holmes, 1998). Por fim em 1994, a consistência interna da sub-escala de 20 itens sobre as atitudes face à sexualidade das pessoas portadoras de deficiência mental, foi analisada por Murray e Mines (alfa de Cronbach $\alpha = 0,859$).

Em Portugal, esta escala de atitudes foi traduzida, a partir da versão original, e adaptada por Félix, que devido à incerteza da sua utilização em Portugal procedeu à análise da sua validade interna ($\alpha = 0,8862$) e das duas sub-escalas ($\alpha = 0,8073$ e $\alpha = 0,8170$) (Félix, comunicação pessoal, Março 13, 2009).

A escala de atitude SMRAI, é divisível em duas sub-escalas com 20 itens cada, a primeira subescala abrange os itens 1, 2, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 14, 17, 18, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 31, 37, estando está relacionada com as expressões da sexualidade em geral, focando por exemplo, questões como a educação sexual nas escolas, o género e a sexualidade, o controlo social da sexualidade, os diversos comportamentos sexuais e o acesso à contraceção. A segunda subescala está relacionada com a expressão da sexualidade nas pessoas com deficiência mental, como por exemplo, normas referentes à sexualidade nas instituições que trabalham com estas pessoas e com as práticas dos profissionais dessas instituições, a qual abrange os itens 3, 4, 8, 12, 13, 15, 16, 19, 23, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 38, 39, 40. Sendo esta escala do tipo Lickert, os valores estão compreendidos entre o valor 1 (concordo totalmente) e 5 (discordo totalmente).

Findo o preenchimento da escala, cada indivíduo poderá obter uma pontuação que varia entre os 40 e os 200 valores, sendo esta traduzível em atitudes que poderão variar entre o muito conservadora e o muito liberal. Assim um indivíduo com uma atitude conservadora é um indivíduo que apresenta um pensamento ligado ao tradicional, ou seja, um pensamento rígido e pouco flexível às mudanças, não sendo de todo contra estas mas quando estas ocorrem só é fiel ao que já existe, sendo por isso a sua vida gerida pelas transmissões dos seus antepassados. Tornam-se pessoas autoritárias onde a independência absoluta é um projecto impossível, vivem no seio de uma hierarquia e por isso são desconfiados de tudo o resto. Devido a isto, a sexualidade é vista como uma vertente reprodutora no seio do casamento e não como um meio de comunicação, de transmissão de afectos entre duas pessoas, o que leva a não aceitarem o aborto, a sexualidade entre as pessoas portadoras de deficiência, a homossexualidade, entre outras coisas. São indivíduos que vêm de uma forma negativa tudo o que foge à norma, á regra.

Em contrapartida os indivíduos com uma atitude liberal vêm a liberdade individual como um objectivo central. São grandes defensores dos direitos humanos tornando-se, por isso, pessoas optimistas. A sexualidade é vista mais do que um meio reprodutivo onde a comunicação a transmissão de afecto, o prazer entre duas pessoas é essencial. As suas leis e costumes sociais

são mais tolerantes e por isso têm uma maior facilidade em se adaptar às mudanças que ocorrem no seio da sociedade (López & Fuertes, 1999; Lomba, 2009).

Assim se um indivíduo obter um pontuação entre os 40 e 80 valores apresenta uma atitude muito conservadora, dos 81 aos 120 uma atitude conservadora, dos 121 aos 160 valores uma atitude liberal e dos 161 aos 200 uma atitude muito liberal. O mesmo acontece nas sub-escalas mas a sua pontuação varia entre os 20 e os 100 valores, sendo que um sujeito que apresente uma cotação entre os 20 e os 40 valores apresenta uma atitude muito conservadora, entre os 41 e os 60 valores uma atitude conservadora, entre os 61 e os 80 valores uma atitude liberal e entre os 81 e os 100 valores uma atitude muito liberal. De forma a obter esta pontuação é necessário recodificar os valores de alguns itens (itens 2, 5, 7, 8, 12, 13, 15, 16, 18, 19, 29, 32, 36, 39, 40), ou seja, que a sua pontuação seja invertida de forma a se obter a pontuação correcta, e por isso neste itens o valor 5 vale 1, o 4 vale 2 e assim sucessivamente. Tendo sido esta classificação construída por Félix para suprimir as lacunas existentes na escala original, uma vez que não se sabia a pontuação a partir da qual se considerava uma atitude mais conservadora ou mais liberal.

Embora esta escala de atitudes tenha sido, ao longo dos vários estudos, utilizada apenas em profissionais ou pessoas que trabalham com este tipo população, como não existiam conhecimentos sobre a existência de outra escala deste tipo, aplicada à população em geral, e face a não existirem limitações quanto à sua aplicação, foi então utilizada para o desenvolvimento deste estudo.

Delineamento

O referido estudo é do tipo comparativo transversal e tem o intuito de comparar as atitudes das pessoas, face à sexualidade das pessoas portadoras de deficiência mental, consoante a faixa etária, o género e o grau de ensino e no que concerne às atitudes face à sexualidade em geral e às atitudes face à sexualidade na deficiência mental.

Procedimento

Foi entregue na escola secundária Leal da Câmara, em Rio-de-Mouro, um pedido de autorização (ver anexo B) para a realização deste estudo naquele estabelecimento. Passado algum tempo, depois de dada a autorização pelo Conselho Directivo, foram entregues 100 questionários e escalas de atitudes, com o seu devido termo de consentimento (ver anexo C), para serem distribuídos por uma turma do 10º, 11º, 12º e a uma turma da noite. Estes acabaram por não serem entregues pessoalmente, a cada um dos alunos, porque a escola apenas permitiu que estes fossem preenchidos nas aulas de área-projecto e, por isso, dos 100 questionários e escalas entregues na escola apenas foram devolvidos 50, dos quais foram eliminados 15 porque não tinham o termo de consentimento assinado ou porque os participantes tinham uma idade superior aos 30 anos.

A outra parte constituinte da amostra foi recolhida através da entrega do questionário e escala, com as seus devidos termos de consentimento, a pessoas conhecidas, com idades compreendidas entre os 15 e os 30, que mais tarde acabaram por os entregar aos seus amigos e conhecidos.

No acto da entrega, tanto às pessoas conhecidas como na escola, foi dito que os dados e as suas respostas eram confidenciais e anónimas, tendo o estudo como objectivo ver quais eram as suas atitudes face à sexualidades das pessoas portadoras de deficiência mental, indicando que para tal era necessário ler as perguntas com muita atenção e consoante a sua opinião fazer uma bola no número que achassem melhor, sendo que o 1 correspondia ao concordo totalmente e o 5 ao discordo totalmente.

RESULTADOS

Com o intuito de se testar se a variável dependente, atitudes face à sexualidade das pessoas portadoras de deficiência mental, segue ou não uma distribuição normal utilizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov (ver anexo D). Com a probabilidade de erro de 5%, obteve-se um *p-value* (*p*) de 0,088, logo como $p > 0,05$, pôde-se verificar que a distribuição da variável normal, assim poder-se-á utilizar testes paramétricos para analisar as hipóteses em estudo.

Sendo a amostra independente e a variável dependente quantitativa, utilizou-se o teste *t*-Student para analisar se existiam diferenças significativas nas atitudes, face à sexualidade das pessoas portadoras de deficiência mental, no género feminino e no género masculino. Para a sua utilização além de ser necessário a variável dependente ter distribuição normal, como se comprovou anteriormente, é necessário que as variâncias sejam homogêneas e para tal utilizou-se o teste de Levene (ver quadro 5), onde se obteve um $p = 0,802$, mostrando assim que sendo $p > 0,05$ as variâncias são homogêneas. Através do teste *t*-Student obteve-se um $p = 0,018$, logo como $p < 0,05$ rejeito H_0 , ou seja, rejeito a hipótese nula onde é postulado que não existem diferenças significativas entre as variáveis e assim poder-se-á dizer que as atitudes existentes nos dois géneros são significativamente diferentes (ver quadro 5).

		Teste de Levene para a homogeneidade das variâncias		<i>t</i> -test para a homogeneidade das médias		
		F	<i>p-value</i>	t	DI	<i>p-value</i>
Resultados das atitudes	Variâncias iguais assumidas	0,063	0,802	2,401	108	0,018
	Variâncias iguais não assumidas			2,411	82,320	0,018

Quadro 5: Teste de Levene para a homogeneidade das variâncias e *t*-Student para verificar as diferenças entre as atitudes no género feminino e no género masculino.

De forma a compreender mais detalhadamente este resultado, procedeu-se à análise percentual dos valores obtidos pelos sujeitos na variável dependente, no que concerne aos dois géneros. Assim poder-se-á dizer que existem 3 sujeitos (2,7%) com atitudes conservadoras, dos quais 2 (1,8%) são do género feminino e 1 (0,9%) são do género masculino, 72 sujeitos (65,5%) apresenta uma atitude liberal, dos quais 41 (37,3%) são do género feminino e 31 (28,2%) são do género masculino, quanto às atitudes muito liberais existem 35 sujeitos (31,8%), dos quais 27 (24,5%) são do género feminino e 8 (7,3%) são do género masculino (ver quadro 6). É de se salientar, também, que não existem sujeitos com atitudes muito conservadoras e quanto às atitudes conservadoras a sua incidência é diminuta. Poder-se-á ainda verificar que a grande maioria dos sujeitos apresenta atitudes liberais, sendo no género feminino onde se encontram um maior número de atitudes muito liberais mas entre estes dois géneros poder-se-á notar um desfazamento entre o número total de sujeitos.

			Género		Total
			Feminino	Masculino	
Categoria atitudes	Atitude Conservadora	Nº de sujeitos	2	1	3
		% Total	1,8%	0,9%	2,7%
	Atitude Liberal	Nº de sujeitos	41	31	72
		% Total	37,3%	28,2%	65,5%
	Atitude Muito Liberal	Nº de sujeitos	27	8	35
		% Total	24,5%	7,3%	31,8%
Total		Nº de sujeitos	70	40	110
		% Total	63,6%	36,4%	100,0%

Quadro 6: Percentagens das atitudes no género feminino e no género masculino.

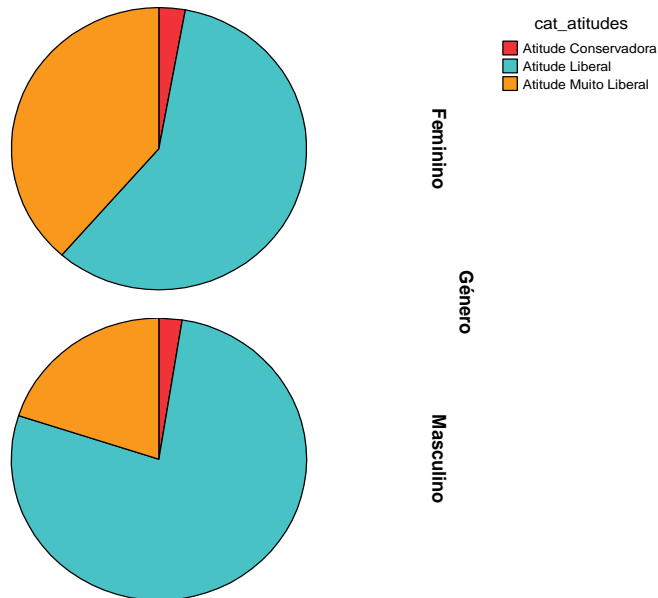


Gráfico 1: Representação gráfica das atitudes face ao género feminino e ao género masculino.

Como forma de se ter uma visão geral destas diferenças construiu-se um gráfico (ver gráfico 1) onde se pode constatar que o género masculino apresenta mais atitudes liberais do que o género feminino, mas em contrapartida existem mais atitudes muito liberais no género feminino do que o género masculino.

Através da análise das medidas de tendência central, tanto no género feminino (ver quadro 7) como no género masculino (ver quadro 8), poder-se-á notar algumas diferenças, ou seja, o género feminino apresenta uma mediana de 152 valores e uma moda de 151 valores enquanto que no género masculino apresenta uma mediana de 147 valores e uma moda de 162 valores, podendo-se assim reparar que os valores mais frequentes nos dois géneros, a moda, são significativamente diferentes, sendo este valor superior no género masculino. Ao se observarem os valores dos resultados mínimos e máximos dos dois géneros poder-se-á observar algumas discrepâncias entre os seus valores, isto é, o género feminino apresenta um resultado mínimo de 109 valores e um resultado máximo de 183 valores enquanto que o género masculino apresenta um resultado mínimo de 120 valores e um máximo de 187 valores. Mostrando estes resultados que embora o género feminino apresente atitudes mais liberais que o género masculino, os seus valores máximos e mínimos são mais baixos que no género masculino.

N	Válido	70
	Omitido	0
Mediana		152,0000
Moda		151,00
Mínimo		109,00
Máximo		183,00
Percentis	25	145,5000
	50	152,0000
	75	165,0000

Quadro 7: Medidas de tendência central das atitudes no género feminino.

N	Válido	40
	Oculto	0
Mediana		147,0000
Moda		162,00
Mínimo		120,00
Máximo		187,00
Percentis	25	135,7500
	50	147,0000
	75	157,7500

Quadro 8: Medidas de tendência central das atitudes no género masculino.

De forma a se obter um maior número de informações achou-se pertinente a análise individual das duas sub-escalas, atitudes face à sexualidade em geral e as atitudes face à sexualidade na deficiência mental, no que concerne às várias variáveis independentes. Com o intuito de se verificar se as duas sub-escalas seguem ou não uma distribuição normal procedeu-se à análise do teste de Kolmogorov-Smirnov (ver anexo E), obtendo-se um $p = 0,200$, em ambas as sub-escalas, podendo-se assim dizer que como $p > 0,05$ a amostra das duas sub-escalas seguem uma distribuição normal, permitindo assim a utilização de testes paramétricos, na análise das variáveis independentes.

Em primeiro lugar foi feita a análise da sub-escala atitudes face à sexualidade em geral, no que concerne ao género, e para tal, como a amostra é independente, a variável dependente quantitativa, a amostra tem distribuição normal e as variâncias são homogéneas, uma vez que no teste de Levene (ver quadro 9) o $p = 0,915$ e por isso é superior a 0,05, utilizou-se o teste t -Student para se proceder à análise das diferenças significativas nas atitudes face à sexualidade em geral, tanto no género feminino como no género masculino. Através deste pode-se constatar que existe um $p = 0,147$, logo como $p > 0,05$ não rejeito H_0 e assim poder-se-á dizer que as atitudes existentes nos dois géneros são significativamente iguais no que respeita à sub-escala atitudes face à sexualidade em geral (ver quadro 9).

		Teste de Levene para a homogeneidade das variâncias		t -test para a homogeneidade das médias		
		F	p -value	t	DI	p -value
Atitudes face à sexualidade em geral	Variâncias iguais assumidas	0,011	0,915	1,468	108	0,145
	Variâncias iguais não assumidas			1,502	86,962	0,137

Quadro 9: Teste de Levene para a homogeneidade das variâncias e teste t -Student para verificar as diferenças entre as atitudes face a sexualidade em geral, no género feminino e no género masculino.

De uma forma mais detalhada, através do quadro 10, poder-se-á dizer que existem 6 sujeitos (5,5%) com atitudes conservadoras, dos quais 4 (3,6%) são do género feminino e 2 (1,8%) são do género masculino, 74 sujeitos (67,3%) apresenta uma atitude liberal, dos quais 44 (40%) são do género feminino e 30 (27,3%) são do género masculino, quanto às atitudes muito liberais existem 30 sujeitos (27,3%), dos quais 22 (20%) são do género feminino e 8 (7,3%) são do género masculino. É de se salientar também que não existem sujeitos com atitudes muito conservadoras. Assim, através deste quadro (ver quadro 10) e a sua representação gráfica (ver anexo F) poder-se-á dizer que a grande maioria dos sujeitos, em ambos os géneros, apresenta mais atitudes liberais e que existe uma ligeira diferença nas atitudes liberais no género feminino relativamente ao género masculino, embora esta diferença não seja significativa.

			Género		Total
			Feminino	Masculino	
Categoria atitudes face à sexualidade em geral	Atitude Conservadora	Nº de sujeitos	4	2	6
		% Total	3,6%	1,8%	5,5%
	Atitude Liberal	Nº de sujeitos	44	30	74
		% Total	40,0%	27,3%	67,3%
	Atitude Muito Liberal	Nº de sujeitos	22	8	30
		% Total	20,0%	7,3%	27,3%
Total		Nº de sujeitos	70	40	110
		% Total	63,6%	36,4%	100,0%

Quadro 10: Percentagens das atitudes, face à sexualidade em geral, no género feminino e no género masculino.

No que concerne à análise da sub-escala atitudes face à sexualidade na deficiência mental relativamente aos dois géneros, também se procedeu à utilização do teste *t*-Student, sendo as variâncias tal como na sub-escala anterior homogéneas mas com um $p = 0,735$ (ver quadro 11). Através deste teste verificou-se que um $p = 0,005$ e por isso como $p < 0,05$ poder-se-á dizer que as atitudes face à sexualidade na deficiência mental, em ambos os géneros, são significativamente diferentes, obtendo-se assim um resultado contrário ao da outra sub-escala (ver quadro 11).

		Teste de Levene para a homogeneidade das variâncias		<i>t</i> -test homogeneidade das medias		
		F	<i>p</i> -value	t	Dl	<i>p</i> -value
Atitudes face à sexualidade na deficiência mental	Variâncias iguais assumidas	0,115	0,735	2,840	108	0,005
	Variâncias iguais não assumidas			2,809	78,619	0,006

Quadro 11: Teste de Levene para a homogeneidade das variâncias e teste *t*-Student para verificar as diferenças entre as atitudes face à sexualidade na deficiência mental, no género feminino e no género masculino.

Analisando-se de uma forma mais detalhada, poder-se-á dizer que existem 2 sujeitos (1,8%) que apresentam uma atitude conservadora, sendo estes do género masculino, 75 sujeitos (68,2%) com uma atitude liberal, dos quais 43 (39,1%) pertence ao género feminino e 32 (29,1%) ao género masculino e por fim existem 33 sujeitos (30%), que apresenta uma atitude muito liberal, dos quais 27 (24,5%) são do género feminino e 6 (5,5%) são do género masculino (ver quadro 12). Assim através deste quadro e da sua representação gráfica (ver anexo F), poder-se-á dizer que o género feminino apresenta atitudes muito mais liberais, no que concerne às atitudes face à sexualidade na deficiência mental, do que o género masculino, apresentando este género as únicas atitudes conservadoras nesta sub-escala.

			Género		Total
			Feminino	Masculino	
Categoria atitudes face a sexualidade na deficiência mental	Atitude Conservadora	Nº de sujeitos	0	2	2
		% Total	0,0%	1,8%	1,8%
	Atitude Liberal	Nº de sujeitos	43	32	75
		% Total	39,1%	29,1%	68,2%
	Atitude Muito Liberal	Nº de sujeitos	27	6	33
		% Total	24,5%	5,5%	30,0%
Total		Nº de sujeitos	70	40	110
		% Total	63,6%	36,4%	100,0%

Quadro 12: Percentagens das atitudes, face à sexualidade na deficiência mental, no género feminino e no género masculino.

Relativamente à análise da variável faixa etária, foi utilizado o teste ANOVA *One-way* (ver quadro 13), para amostras independentes, uma vez que as idades estão repartidas em três categorias, dos 15 aos 19 anos, dos 20 aos 24 anos e dos 25 aos 30 anos, Assim com o intuito de se verificar se existem ou não diferenças significativas nas atitudes, face à sexualidade das pessoas portadoras de deficiência mental, nas três faixas etárias, procedeu-se à análise de teste ANOVA *One-way*, onde se obteve um $p = 0,898$, logo como $p > 0,05$ não rejeito H_0 e por isso não existem diferenças significativas, nas atitudes das três faixas etárias. Para se proceder à comparação entre as médias dos resultados das atitudes e as três faixas etárias, utilizou-se o teste *Post Hoc* de Tukey (ver quadro 14) onde se pode verificar que independentemente da faixa etária não existe relação entre as médias, ou seja, que não existem diferenças

significativas entre as médias das atitudes e as três faixas etárias, porque em todas as faixas etárias poder-se-á notar um $p > 0,05$.

	DI	F	<i>p-value</i>
Entre os grupos	2	0,108	0,898
Dentro dos grupos	107		
Total	109		

Quadro 13: Teste ANOVA *one-way*, para verificar se existem diferenças nas atitudes relativamente às três faixas etárias.

(I) categoria idades	(J) categoria idades e	Diferenças entre as médias (I-J)	Erro padrão para a diferença	<i>p-value</i>
15-19	20-24	1,06304	3,49170	0,950
	25-30	-0,69286	3,76837	0,982
20-24	15-19	-1,06304	3,49170	0,950
	25-30	-1,75590	3,86693	0,893
25-30	15-19	0,69286	3,76837	0,982
	20-24	1,75590	3,86693	0,893

Quadro 14: Teste *Post Hoc* de Tukey para comparar a média das atitudes entre as faixas etárias.

Como ao se agrupar as idades em categorias perder-se muita informação e devido a isso poder-se-á não se ter a noção se esta ausência de significância, entre os resultados das atitudes e as faixas etárias, se deve ou não a esta perda de informação, utilizou-se a correlação de *Pearson* (ver anexo G) para se constatar se existe ou não correlação entre estas duas variáveis mas pôde-se notar que a correlação entre as idades e os resultados das atitudes não é significativa.

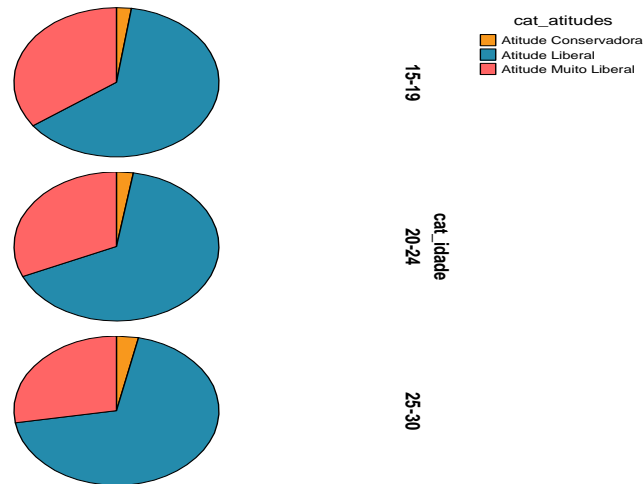
De forma a se realizar uma análise mais detalhada procedeu-se à análise das percentagens podendo-se notar, através destas, que os valores das atitudes são muito parecido

nas três faixas etária, assim poder-se-á dizer que existem 3 sujeitos (2,7%) com atitudes conservadoras, onde se verifica uma distribuição equitativa dos sujeitos pelas três faixas etárias e por isso há uma percentagem de 0,9% em cada uma, 72 sujeitos (65,5%) com atitudes liberais, das quais 27 (24,5%) correspondem à faixa etária entre os 15 e os 19 anos, 25 (22,7%) à faixa etária entre os 20 e os 24 anos e 20 (18,2%) a uma faixa etária entre os 25 e os 30 anos e por fim 35 sujeitos (31,8%) apresenta uma atitude muito liberal, das quais 15 (13,6%) pertencem a uma faixa etária entre os 15 e os 19 anos, 12 (10,9%) a uma faixa etária entre os 20 e os 24 anos e 8 (7,3%) a uma faixa etária dos 25 aos 30 anos (ver quadro 15).

			Categoria idades			Total
			15-19	20-24	25-30	
Categoria atitudes	Atitude Conservadora	Nº de sujeitos	1	1	1	3
		% Total	0,9%	0,9%	0,9%	2,7%
	Atitude Liberal	Nº de sujeitos	27	25	20	72
		% Total	24,5%	22,7%	18,2%	65,5%
	Atitude Muito Liberal	Nº de sujeitos	15	12	8	35
		% Total	13,6%	10,9%	7,3%	31,8%
Total		Nº de sujeitos	43	38	29	110
		% Total	39,1%	34,5%	26,4%	100,0%

Quadro 15: Percentagens das atitudes relativamente a cada faixa etária

Embora se possam verificar estes dados, através dos quadros anteriores, ao se observar o gráfico 2 parece tornar-se mais claro a diferença das atitudes nas diferentes faixas etárias, uma vez que estas apresentam uma ligeira diferença ou seja, nota-se que embora as atitudes, nas três faixas etárias sejam muito idênticas, ao comparar as atitudes muito liberais nestas poder-se-á constatar que a primeira faixa etária apresenta um maior número de atitudes muito liberais do que as outras duas faixas etárias.

**Gráfico 2:**

Representação gráfica das atitudes relativamente às diferentes faixas etárias.

No que concerne à análise desta variável na sub-escala atitudes face à sexualidade em geral foi também utilizado o teste ANOVA *One-way* (ver quadro 16), para amostras independentes, de forma a se verificar se existiam ou não diferenças significativas nas atitudes face à sexualidade em geral nas três faixas etárias. Obteve-se através deste um $p = 0,925$, logo como $p > 0,05$ não rejeito H_0 e por isso poder-se-á dizer que as atitudes face à sexualidade em geral não são significativamente diferentes nas três faixas etárias.

	DI	F	<i>p-value</i>
Entre os grupos	39	0,653	0,925
Dentro dos grupos	70		
Total	109		

Quadro 16: Teste ANOVA *One-way* para verificar se existem diferenças nas atitudes face à sexualidade em geral nas três faixas etárias.

Ao serem analisadas as percentagens das atitudes dos sujeitos em cada faixa etária poder-se-á notar que existem 6 sujeitos (5,5%) que apresenta atitudes conservadoras, sendo que 1 (0,9%) encontra-se numa faixa etária entre os 15 e os 19 anos, 5 (4,5%) encontra-se numa faixa etária entre os 20 e os 24 anos e não existe ninguém, com esta atitude, na faixa etária entre os 25 e os 30 anos, 74 sujeitos (67,3%) com atitudes liberais, dos quais 32 (29,1%) encontra-se na faixa etária entre os 15 e os 19 anos, 23 (20,9%) na faixa etária entre os 20 e os 24 anos e 19 (17,3%) numa faixa etária entre os 25 e os 30 anos e por fim existem 30 sujeitos (27,3%) que apresentam atitudes muito liberais, estando estes distribuídos de igual

forma pela três faixas etárias, ou seja, existem 10 sujeitos (9,1%) em cada faixa etária (ver quadro 17). Assim através deste quadro e da sua representação gráfica (ver anexo H) poder-se-á constatar que as percentagens são muito parecidas nas três faixas etárias, embora hajam algumas exceções, ou seja, se observarmos muito detalhadamente as faixas etárias poder-se-á notar que existe um maior número de sujeitos com atitudes conservadoras na faixa etária dos 20 aos 24 anos e que os sujeitos que pertencem à faixa etária dos 15 aos 19 anos apresentam mais atitudes liberais do que os sujeitos na faixa etária dos 25 aos 30 anos.

			Categoria idades			Total	
			15-19	20-24	25-30		
Categorias das atitudes face à sexualidade em geral	Atitude Conservadora	Nº de sujeitos	1	5	0	6	
		% Total	0,9%	4,5%	0,0%	5,5%	
	Atitude Liberal	Nº de sujeitos	32	23	19	74	
		% Total	29,1%	20,9%	17,3%	67,3%	
	Atitude Muito Liberal	Nº de sujeitos	10	10	10	30	
		% Total	9,1%	9,1%	9,1%	27,3%	
	Total		Nº de sujeitos	43	38	29	110
			% Total	39,1%	34,5%	26,4%	100,0%

Quadro 17: Percentagens das atitudes, face à sexualidade em geral, no que concerne às três faixas etárias.

Relativamente à sub-escala atitudes face à sexualidade na deficiência mental foi utilizado o teste ANOVA *One-way* (ver quadro 18), para amostras independentes, de forma a verificar se existiam ou não diferenças significativas nas atitudes face à sexualidade na deficiência mental nas três faixas etárias, obtendo-se na sua análise um $p = 0,939$, logo como $p > 0,05$ não se rejeita H_0 e por isso poder-se-á dizer que as atitudes face à sexualidade na deficiência mental não são significativamente diferentes nas três faixas etárias.

	DI	F	p-value
Entre os grupos	15	0,492	0,939
Dentro dos grupos	94		
Total	109		

Quadro 18: Teste ANOVA *One-way* para verificar se existem diferenças nas atitudes face à sexualidade na deficiência mental nas três faixas etárias.

Através de uma análise mais detalhada poder-se-á dizer que existem 2 sujeitos (1,8%) que apresentam uma atitude conservadora, encontrando-se 1 sujeito (0,9%) na faixa etária entre os 15 e os 19 anos e outro na faixa etária entre os 25 e os 30 anos, 75 sujeitos (68,2%) com uma atitude liberal, dos quais 27 (24,51%) apresenta uma faixa etária entre os 15 e os 19 anos, 28 (25,5%) numa faixa etária entre os 20 e os 24 anos e 20 (18,2%) na faixa etária entre os 25 e os 30 anos e por fim existem 33 sujeitos (30%), que apresenta uma atitude muito liberal dos quais 15 (13,6%) encontram-se numa faixa etária entre os 15 e os 19 anos, 10 (9,1%) numa faixa etária entre os 20 e os 24 anos e 8 (7,3%) numa faixa etária entre os 25 e os 30 anos (ver quadro 19). Através da análise destes dados e da sua rerepresentação gráfica (ver anexo H), poder-se-á dizer que não existem grandes diferenças entre as faixas etárias mas ao se verificar a faixa etária dos 15 aos 19 anos poder-se-á reparar que esta apresenta atitudes mais liberais do que a faixa etária dos 25 aos 30 anos.

			Categoria idade			Total
			15-19	20-24	25-30	
Categoria atitudes face à sexualidade na deficiência	Atitude Conservadora	Nº de sujeitos	1	0	1	2
		% Total	0,9%	0,0%	0,9%	1,8%
	Atitude Liberal	Nº de sujeitos	27	28	20	75
		% Total	24,5%	25,5%	18,2%	68,2%
	Atitude Muito Liberal	Nº de sujeitos	15	10	8	33
		% Total	13,6%	9,1%	7,3%	30,0%
Total		Nº de sujeitos	43	38	29	110
		% Total	39,1%	34,5%	26,4%	100,0%

Quadro 19: Percentagens das atitudes, face à sexualidade na deficiência mental, referentes às três faixas etárias.

Por fim, no que concerne ao grau de ensino utilizou-se também o teste ANOVA *One-Way*, para amostras independentes, para verificar se existiam diferenças significativas entre as atitudes encontradas nos três graus de ensino, ensino básico, secundário e superior. Através deste teste obteve-se um $p = 0,56$ e por isso como $p > 0,05$ não rejeito H_0 , logo não existem diferenças significativas entre as atitudes nos três graus de ensino mas como o valor de p se encontra no limite para a rejeição de H_0 poderá haver alguma relutância em afirmar que não existem diferenças significativas entre as atitudes (ver quadro 20) e por isso será necessário uma análise mais detalhada destes valores. Para se proceder à comparação entre as médias dos

resultados das atitudes nos vários graus de ensino utilizou-se o teste *Post Hoc* de Scheffe e de Bonferroni (ver quadro 21), nos quais se pode verificar que na intersecção entre a média das atitudes e os vários graus de ensino obteve-se um $p > 0,05$, logo não se rejeita H_0 e por isso poder-se-á dizer que não existem diferenças significativas entre as médias dos resultados das atitudes encontrados nos vários graus de ensino, mas embora se tenha chegado a estas conclusões poder-se-á repara que este teste alerta-nos para a existência e uma desarmonia entre o número de sujeitos existentes, em cada grau de ensino, e por isso os resultados obtidos não são totalmente exactos.

	DI	F	<i>p-value</i>
Entre os grupos	2	2,953	0,056
Dentro dos grupos	107		
Total	109		

Quadro 20: Teste ANOVA *One-way* para verificar se existem diferenças significativas nas atitudes, face à sexualidade das pessoas portadoras de deficiência mental, relativamente ao grau de ensino.

	(I) Escolaridade	(J) Escolaridade	Diferenças entre as médias (I-J)	Erro padrão para a diferença	<i>p-value</i>
Scheffe	E. Básico	E. Secundário	-7,99481	3,69328	0,101
		E. Superior	-10,12391	4,67248	0,101
	E. Secundário	E. Básico	7,99481	3,69328	0,101
		E. Superior	-2,12910	3,89403	0,861
	E. Superior	E. Básico	10,12391	4,67248	0,101
		E. Secundário	2,12910	3,89403	0,861
Bonferroni	E. Básico	E. Secundário	-7,99481	3,69328	0,098
		E. Superior	-10,12391	4,67248	0,097
	E. Secundário	E. Básico	7,99481	3,69328	0,098
		E. Superior	-2,12910	3,89403	1,000
	E. Superior	E. Básico	10,12391	4,67248	0,097
		E. Secundário	2,12910	3,89403	1,000

Quadro 21: Teste *Post Hoc* de Scheffe e Bonferroni para comparar as médias dos resultados das atitudes entre os vários graus de ensino.

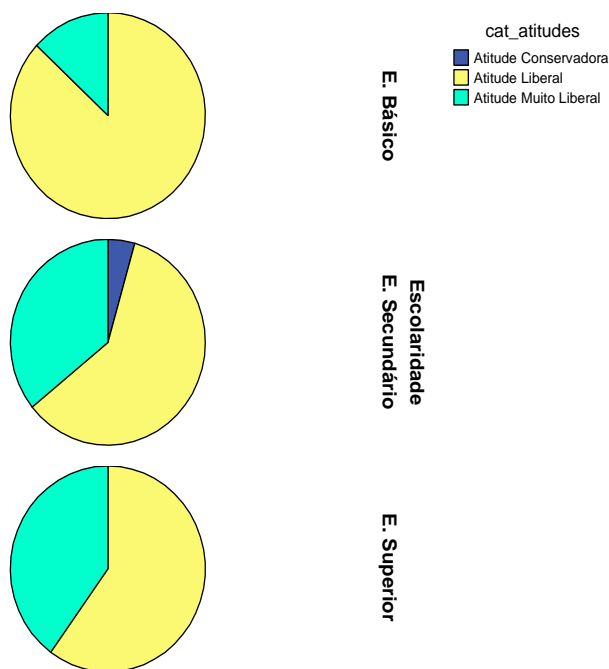
De uma forma mais pormenorizada, ao se analisar as percentagens encontradas nos vários graus de ensino, relativamente às atitudes, poder-se-á dizer que dos 2,7% (3) de

sujeitos com atitudes conservadoras todos eles frequentam ou concluíram o ensino secundário, 65,5% (72) dos sujeitos que apresentam uma atitude liberal, 18,2% (20) pertence ao ensino básico, 36,4% (40) ao ensino secundário e apenas 10,9% (12) pertence ao ensino superior e por fim dos 31,8% (35) de sujeitos apresentam atitudes muito liberais dos quais, 2,7% (3) encontra-se a frequentar ou já concluiu o ensino básico, 21,8% (24) encontra-se no ensino secundários ou já o concluiu e 7,3% (8) dos sujeitos têm um curso superior ou ainda se encontram a frequentá-lo (ver quadro 22).

			Escolaridade			Total
			E. Básico	E. Secundário	E. Superior	
Categoria atitudes	Atitude Conservadora	Nº de sujeitos	0	3	0	3
		% Total	0,0%	2,7%	0,0%	2,7%
	Atitude Liberal	Nº de sujeitos	20	40	12	72
		% Total	18,2%	36,4%	10,9%	65,5%
	Atitude Muito Liberal	Nº de sujeitos	3	24	8	35
		% Total	2,7%	21,8%	7,3%	31,8%
Total		Nº de sujeitos	23	67	20	110
		% Total	20,9%	60,9%	18,2%	100,0%

Quadro 22: Percentagens das atitudes, face à sexualidade das pessoas portadoras de deficiência mental, nos diferentes graus de ensino

Ao se analisar o gráfico 3, e tendo em conta os resultados anteriores, poder-se-á notar a existência de uma grande discrepância entre as atitudes nos vários graus de ensino, embora os resultados anteriores confirmem que não existem diferenças significativas das atitudes, face à sexualidade das pessoas portadoras de deficiência mental, nos três graus de ensino. Além disto, poder-se-á observar a existência de um maior número de atitudes muito liberais nos sujeitos que frequentam ou já concluíram o ensino secundário e o ensino superior do que as encontradas em jovens que apenas têm o ensino básico.

**Gráfico 3:**

Representação gráfica das diferenças entre as atitudes nos diferentes graus de ensino.

Com o intuito de se analisar de uma forma mais detalhada estes resultados, uma vez que existe uma grande divergência entre os valores, utilizou-se o teste ANOVA *One-Way* para amostras independentes, para verificar se existiam ou não diferenças significativas entre as atitudes face a sexualidade em geral nos três graus de ensino. Através deste teste obteve-se um $p = 0,014$ e por isso como $p < 0,05$ rejeito H_0 , logo poder-se-á dizer que as atitudes face à sexualidade em geral encontradas nos diferentes tipos de ensino são significativamente diferentes (ver quadro 23).

	DI	F	<i>p-value</i>
Entre os grupos	2	4,482	0,014
Dentro dos grupos	107		
Total	109		

Quadro 23: Teste ANOVA *One-way* para verificar se existem diferenças significativas nas atitudes face à sexualidade em geral relativamente ao grau de ensino.

Através da análise percentual poder-se-á dizer que existem 6 sujeitos (5,5%) que apresentam atitudes conservadoras, de entre os quais 5 (4,5%) têm ou encontram-se a frequentar o ensino secundário e 1 (0,9%) apresenta um curso superior ou encontram-se a

frequentá-lo, 74 sujeitos (67,3%) apresentam atitudes liberais, das quais 21 (19,1%) apresentam o ensino básico, 44 (40%) o ensino secundário e 9 (8,2%) o ensino superior e por fim existem 30 sujeitos (27,3%) que apresentam uma atitude muito liberal, de entre os quais 2 (1,8%) encontra-se a frequentar ou já concluíram o ensino básico, 18 (16,4%) dos sujeitos frequentam o ensino secundário ou já o concluíram e 10 (9,1%) dos sujeitos frequentam o ensino superior ou possuem um curso superior (ver quadro 24). Através destes dados e da sua representação gráfica (ver anexo J) poder-se-á dizer que os sujeitos que se encontram no ensino secundário e no ensino superior apresentam atitudes muito mais liberais do que aqueles com apenas o ensino básico e por fim também é de se salientar que são os sujeitos no ensino secundário que apresentam em maior número atitudes conservadoras, o que se torna uma surpresa para todos.

			Escolaridade			Total
			E. Básico	E. Secundário	E. Superior	
Categoria atitudes face à sexualidade em geral	Atitude Conservadora	Nº de sujeitos	0	5	1	6
		% Total	0,0%	4,5%	0,9%	5,5%
	Atitude Liberal	Nº de sujeitos	21	44	9	74
		% Total	19,1%	40,0%	8,2%	67,3%
	Atitude Muito Liberal	Nº de sujeitos	2	18	10	30
		% Total	1,8%	16,4%	9,1%	27,3%
Total		Nº de sujeitos	23	67	20	110
		% Total	20,9%	60,9%	18,2%	100,0%

Quadro 24: Percentagens das atitudes, face à sexualidade em geral, consoante o grau de ensino.

Relativamente à sub-escala atitudes face à sexualidade na deficiência mental utilizou-se também o teste ANOVA *One-Way*, para amostras independentes, para se verificar se existiam diferenças significativas entre as atitudes face à sexualidade na deficiência mental nos diferentes graus de ensino. Através deste teste pode-se verificar um $p = 0,217$ e por isso como $p > 0,05$ não rejeito H_0 , logo as atitudes, face à sexualidade na deficiência mental, encontradas nos três graus de ensino são significativamente iguais (ver quadro 25).

	DI	F	<i>p-value</i>
Entre os grupos	2	1,549	0,217
Dentro dos grupos	107		
Total	109		

Quadro 25: Teste ANOVA *One-way* para verificar se existem diferenças nas atitudes face à sexualidade na deficiência mental relativamente ao grau de ensino.

Analisando de uma forma mais detalhada poder-se-á notar que existem 2 sujeitos (1,8%) que apresenta atitudes conservadoras, estando estes a frequentar, ou já terminaram, o ensino secundário, 75 sujeitos (68,2%) com atitudes liberais, das quais 20 (18,21%) apresentam o ensino básico, 39 (35,5%) o ensino secundário e 16 (14,5%) o ensino superior e por fim existem 33 sujeitos (30%) que apresentam uma atitude muito liberal, de entre os quais 3 (2,7%) encontra-se a frequentar ou já concluiu o ensino básico, 26 (23,6%) dos sujeitos encontram-se no ensino secundários ou já o concluiu e 4 (3,6%) dos sujeito frequentam o ensino superior ou já possuem um curso superior (ver quadro 26). Através destes dados e da sua representação gráfica (ver anexo J) poder-se-á dizer que, na sub-escala atitudes face à sexualidade na deficiência mental, são os sujeitos que concluíram ou se encontram a concluir o ensino secundário que apresentam em maior número atitudes muito liberais e também que são estes que apresentam os únicos casos de atitudes conservadoras.

			Escolaridade			Total
			E. Básico	E. Secundário	E. Superior	
Categoria atitudes face a sexualidade na deficiência mental	Atitude Conservadora	Nº de sujeitos	0	2	0	2
		% Total	0,0%	1,8%	0,0%	1,8%
	Atitude Liberal	Nº de sujeitos	20	39	16	75
		% Total	18,2%	35,5%	14,5%	68,2%
	Atitude Muito Liberal	Nº de sujeitos	3	26	4	33
		% Total	2,7%	23,6%	3,6%	30,0%
Total		Nº de sujeitos	23	67	20	110
		% Total	20,9%	60,9%	18,2%	100,0%

Quadro 26: Percentagens das atitudes, face à sexualidade na deficiência mental consoante o grau de ensino.

Por fim, e para terminar a análise dos resultados, achou-se pertinente fazer-se uma análise descritiva da relação entre a sub-escala atitudes face à sexualidade em geral e a sub-escala atitudes face à sexualidade na deficiência mental. Assim poder-se-á dizer que 6 sujeitos (5,5%) apresentam uma atitude conservadora na sub-escala atitudes face á sexualidade em geral, dos quais 5 (4,5%) apresentam uma atitude liberal na outra sub-escala e 1 (0,9%) apresenta uma atitude muito liberal, dos 74 sujeitos (67,3%) que apresentam uma atitude liberal na sub-escala atitudes face à sexualidade em geral, 2 (1,8%) apresentam uma atitude conservadora na sub-escala atitudes face a sexualidade na deficiência mental, 57 (51,8%) uma atitude liberal e 15 (13,6%) uma atitude muito liberal e por fim dos 30 sujeitos (27,3%) que apresentam uma atitude muito liberal na sub-escala atitudes face a sexualidade em geral, 13 (11,8%) apresentam uma atitude liberal na outra sub-escala e 17 (15,5%) dos sujeito uma atitude muito liberal (ver quadro 27). Pode-se assim concluir que os resultados são muito dispersos mas é claramente a atitude liberal que sobressai destes.

			Categoria atitudes face a sexualidade na deficiência mental			Total
			Atitude Conservadora	Atitude Liberal	Atitude Muito Liberal	
Categoria atitudes face à sexualidade em geral	Atitude Conservadora	Nº de sujeitos	0	5	1	6
		% Total	0,0%	4,5%	0,9%	5,5%
	Atitude Liberal	Nº de sujeitos	2	57	15	74
		% Total	1,8%	51,8%	13,6%	67,3%
	Atitude Muito Liberal	Nº de sujeitos	0	13	17	30
		% Total	0,0%	11,8%	15,5%	27,3%
Total		Nº de sujeitos	2	75	33	110
		% Total	1,8%	68,2%	30,0%	100,0%

Quadro 27: Percentagens das atitudes face à sexualidade em geral relativamente às atitudes face à sexualidade na deficiência mental.

DISCUSSÃO

Tendo o presente estudo como objectivo a compreensão das crenças e atitudes que hoje em dia existem, na nossa sociedade, face à sexualidade das pessoas portadoras de deficiência mental, foram elaborados três problemas, com suas devidas hipóteses, que de seguida serão analisadas e discutidas, através dos dados obtidos na escala de atitudes SMRAI.

Relativamente ao primeiro problema, “Será que as atitudes, face à sexualidade das pessoas portadoras de deficiência mental, variam consoante o género?” foi colocada a hipótese de que “Se existem diferenças significativas então o género feminino apresenta um atitude mais liberal que o género masculino”, a qual se pode verificar através dos dados obtidos na escala de atitudes, uma vez que, estes indicam que as atitudes existentes nos dois géneros são significativamente diferentes, apresentando o género feminino atitudes mais liberais. Ao se colocar esta hipótese nas duas sub-escalas, de forma individual, pode-se reparar que existe alguma controvérsia, ou seja, ao se observar os resultados da sub-escala atitudes face à sexualidade em geral estes indicam que não existem diferenças nas atitudes dos dois géneros enquanto que na sub-escala atitudes face à sexualidade na deficiência mental os resultados indicam que existem diferenças, sendo, tal como na escala geral, o género feminino que apresenta atitudes mais liberais. Estes resultados indicam assim que as atitudes face à sexualidade em geral, nos dois géneros, não diferem mas quando se fala das atitudes face à sexualidade na deficiência mental é o género feminino que apresenta atitudes mais liberais, comprovando estes resultados a existência do paradigma da dualidade e da dicotomia entre os dois géneros. Tendo-se em conta os estudos realizados por outros autores, e destacando os realizados por Miguel e Vilar (1987) pode-se verificar que não existem diferenças significativas entre os rapazes e as raparigas no que toca a sexualidade em geral, o que veio a se comprovar neste estudo. Já atendendo aos estudos de Costa e Leal (2002) e Pinheiro e Leal (2005) estes indicam que as mulheres têm uma maior abertura para falar sobre a sexualidade, salientando por isso os nossos resultados, uma vez que estes indicam que o género feminino apresenta atitudes mais liberais que o género masculino, podendo-se assim verificar que como as mulheres têm menos dificuldades em falar sobre a sexualidade em geral quando se fala da

sexualidade na deficiência mental estas apresentam uma maior capacidade de abstracção e fazerem menos juízos de valores.

Embora a nossa hipótese tenha sido confirmada poder-se-á levantar várias hipóteses para isto ter acontecido, uma das hipóteses é a existência de uma grande discrepância entre o número de sujeitos existentes no género feminino em comparação com os do género masculino, sendo por isso necessário que em estudos futuros esta não ocorra. Esta diferença de números deveu-se em grande parte porque ao longo deste estudo observou-se uma menor abertura e vontade do género masculino para o preenchimento da escala de atitudes, comparativamente à assertividade do género feminino, o que levou a que muitas destas escalas fossem devolvidas em branco ou fossem preenchidas incorrectamente, demonstrando assim que o género feminino apresenta menores dificuldades em expressar as suas opiniões face à sexualidade. Outra hipótese para isto se suceder está relacionado com a diferença existente entre os valores mínimos e máximos das atitudes encontradas nos dois géneros, ou seja, o valor mínimo e o valor máximo dos resultados das atitudes encontrados no género masculino é superior ao encontrado no género feminino e por isso poder-se-á concluir que embora o género feminino apresente atitudes mais liberais ao compararmos os resultados das suas atitudes conservadoras com as do género masculino poderemos dizer que estas são mais negativas.

Quanto ao segundo problema “Será que as atitudes, face à sexualidade das pessoas portadoras de deficiência mental, variam consoante a faixa etária?” foi colocada a hipótese de estudo “Se existem diferenças significativas então quanto maior for a faixa etária mais conservadora será a sua atitude”, reenviando os dados para a sua refutação, não existindo por isso diferenças significativas nas atitudes, face à sexualidade das pessoas portadoras de deficiência mental, consoante a faixa etária, o que nos parece um pouco estranho porque normalmente as pessoas com mais idade apresentam ideias mais rígidas e mais viradas para os valores transmitidos pelos seus familiares mais próximos. Na análise individual das duas sub-escalas, relativamente a esta hipótese, poder-se-á dizer que os resultados obtidos pelos sujeitos nestas vieram comprovar o que já se tinha verificado na escala geral, que não existiam diferenças significativas nas suas atitudes. Mas ao observarmos mais detalhadamente os resultados obtidos pelos sujeitos na sub-escala atitudes face à sexualidade em geral poder-se-á verificar que os sujeitos que se encontram na faixa etária entre os 20 e os 24 anos apresentam um maior número de atitudes conservadoras relativamente aos sujeitos da faixa etária entre os 25 e os 30 anos, o que nos deixa a pensar o motivo deste acontecimento, uma

vez que, tal como foi dito anteriormente, existe uma ideia contrária que são as pessoas com maiores idades que apresentam atitudes mais conservadoras. Poder-se-á assim fazer várias conjecturas para isto ter sucedido como a existente de diferentes culturas entre estes sujeitos, o tipo de abordagens desenvolvidas, hoje em dia, nas escolas sobre a sexualidade, o aumento da escolaridade e o ingresso na ensino superior, o número cada vez mais crescente de informações divulgadas pelos *mass-media* sobre temas polémicos na nossa sociedade, entre outras coisas. Deve-se também ter em conta, para a não existência de diferenças entre as faixas etárias, o facto das idades limite dos sujeitos testados serem muito próximas, tornando-se necessário que em estudos futuros as idades dos sujeitos sejam mais abrangentes, como por exemplo, dos 15 aos 80 anos, uma vez que o estudo elaborado por Murray e Minnes (1994) revelaram que são os sujeitos com idades inferiores aos 40 anos que apresentam atitudes mais liberais relativamente à sexualidade na deficiência mental.

De acordo com os resultados do estudo elaborado, em 1987, por Miguel e Vilar, não há diferenças significativas entre as atitudes face à sexualidade numa faixa etária entre os 15 e os 24 anos, comprovando-se por isso a nossa hipótese de estudo. Mas de acordo com o estudo de Vala e Torres (2006) as atitudes, a idade e os valores das pessoas estão relacionados, o que nos permite dizer que os indivíduos testados na faixa etária do nosso estudo, dos 15 aos 30 anos, como na faixa etária do estudo de Miguel e Vilar, dos 15 aos 24 anos, apresentam idades muito próximas fazendo com que os seus valores, ideias e vontades não se alterem muito uns dos outros.

Por fim, no que concerne ao terceiro e último problema “Será que as atitudes, face à sexualidade das pessoas portadoras de deficiência mental, variam consoante o grau de ensino?” foi colocada a hipótese “Se existem diferenças significativas na atitudes, face à sexualidade das pessoas portadoras de deficiência mental, então quanto maior for o grau de ensino mais liberal será a atitude da pessoa” poder-se-á dizer que os dados apontam para a sua rejeição, ou seja, comprovou-se que não existiam diferenças significativas entre as atitudes nos três graus de ensino mas deve-se ter em conta que o valor obtido para a rejeição desta hipótese é um valor que se encontra no limite para esta ser validada, isto é, o valor obtido no teste ANOVA *One-way* é um valor muito próximo para se poder dizer que existem diferenças entre os três graus de ensino. Atendendo à análise, individual, das duas sub-escalas, poder-se-á dizer que os resultados obtidos são muito idênticos aos encontrados na primeira hipótese, ou seja, pôde-se verificar que na sub-escala atitudes face à sexualidade em geral existem

diferenças significativas nas atitudes atendendo ao grau de ensino, sendo que quanto maior for o grau de ensino mais liberais são as atitudes, mas deve-se salientar que é no ensino secundário e superior que existem atitudes conservadoras. Estes resultados permitem ter a ideia que as nossas escolas apresentam nos dias de hoje uma abordagem diferente sobre a sexualidade do que era feita antigamente. Relativamente à sub-escala atitudes face à sexualidade na deficiência mental, os seus resultados vieram demonstrar que não existem diferenças significativas quanto às atitudes nos três graus de ensino mas detalhadamente poder-se-á reparar que as atitudes são mais liberais quanto o grau de ensino é superior, mas é no ensino secundário que se verificam um maior número de atitudes muito liberais, sendo nesta fase escolar que o tema da sexualidade tem mais impacto, ou seja, é no ensino secundário que há uma maior curiosidade sobre a sexualidade e se recebe e transmite-se uma maior número de informações, sem tabus. Assim poder-se-á dizer que quando se trata da sexualidade em geral os sujeitos que se encontram ou já concluíram o ensino superior têm menos dificuldades em expressar os seus valores e por isso as suas atitudes são mais liberais que os demais enquanto que ao se falar da sexualidade na deficiência mental há um maior constrangimento na sua abordagem e por isso independentemente do grau de ensino as atitudes não se alteram, embora se verifique um maior número de atitudes muito liberais nos sujeitos com o ensino secundário. Isto poder-se-á dever a diversos factores que já foram nomeados anteriormente e que é importante destacar de novo, como por exemplo, a implementação da educação sexual nas escolas, o tipo de cultura dos sujeitos, os valores transmitidos pelos seus familiares, e não menos importante a idade dos mesmos. Por outro lado, os resultados obtidos poder-se-ão dever à existência de uma discrepância entre o número de sujeitos existentes em cada um dos graus de ensino, sendo este factor necessário suprimir em estudos futuros. Seria também interessante verificar, em estudos futuros, as diferenças existentes entre as atitudes, face à sexualidade das pessoas portadoras de deficiência mental, nos sujeitos que apresentam o ensino primário e sujeitos com o ensino superior, e poder-se-iam criar também sub-categorias, consoante as idades, dentro da categoria graus de ensino, ou seja, poder-se-ia formar dentro de cada grau de ensino um conjunto de faixas etárias.

Através dos estudos elaborados por Miguel e Vilar (1987) e comparando-os com os resultados do nosso estudo poder-se-á dizer que estes vão no sentido oposto às nossas conclusões, ou seja, estes autores verificaram nos seus estudos que quanto maior for a escolaridade dos sujeitos mais atitudes liberais têm, o que nos permite concluir que embora isto não se

verifique, através dos nossos dados, há uma tendência para isto ocorrer. Por fim os estudos de Murray e Minnes, em 1994, também dão ênfase aos resultados do estudo destes autores, porque os seus resultados revelaram que são os sujeitos com o ensino superior que apresentam atitudes mais liberais face à sexualidade na deficiência mental.

Ao se fazer a análise das relações existentes entre a sub-escala atitudes face à sexualidade em geral e a sub-escala atitudes face a sexualidade na deficiência mental poder-se-á dizer que os dados resultantes da sua análise não são conclusivos, uma vez que não há uma distribuição uniforme dos seus valores, ou seja, não se pode dizer que há mais atitudes liberais numa escala do que na outra porque tanto uma sub-escala como a outra apresenta um valor idêntico de atitudes liberais. Mas é de se salientar que os sujeitos que apresentam atitudes mais conservadoras na sub-escala atitudes face à sexualidade em geral apresentam atitudes mais liberais na outra sub-escala, sendo este um dado inesperado porque como a sexualidade na deficiência mental é um tema tabu, as pessoas deveriam apresentar atitudes mais conservadoras nesta sub-escala ou então atitudes conservadoras em ambas, o que não se verificou.

As conclusões que se podem retirar deste estudo é que as atitudes face à sexualidade em geral e principalmente face à sexualidade na deficiência mental têm se vindo a alterar de uma forma positiva ao longo dos tempos, embora se note que estas sejam influenciadas pelos valores, pela época histórica e pela cultura, e muitas vezes pelos preconceitos e estereótipos, existentes na sociedade. Pôde-se também verificar que a forma como as atitudes são expressas neste século são diferentes às expressas em séculos atrás porque nota-se que a sexualidade deixou, em parte, de ser vista como uma vertente procriativa e passou a ser vista como uma expressão de sentimentos, uma forma de comunicação a que todos temos direito. Devido a isso é necessário que haja um maior número de informações sobre este tema e que sejam divulgadas, em todo o país, não só através da implementação da educação sexual nas escolas, que por vezes é nula, e dos *mass-media*, como também através de campanhas, palestras e debates acessíveis a todos e que ao mesmo tempo as pessoas possam participar independentemente da idade, do género ou da incapacidade.

Para que em futuros estudos não se cometam os mesmos erros deste estudo, é necessário que estes sejam mais rigorosos tanto com as variáveis internas como com as variáveis externas, ou seja, é necessário que o número de sujeitos em cada uma das variáveis seja idêntico, que a escala seja aplicada pessoalmente e que seja feita uma entrevista de forma

a se perceber o que é a sexualidade para estas pessoas e se já tiveram contacto com algum tipo de informação sobre a sexualidade e a fonte da mesmo e, não menos importante, que a sua aplicação seja feita em diversos locais e no seio de diversas culturas.

Como base para outros estudos, seria interessante comparar as atitudes, face à sexualidade das pessoas portadoras de deficiência mental, mas especificado no início do estudo o tipo de deficiência a ser estudada, compara as atitudes existentes entre as várias religiões, entre pessoas com diferentes orientações sexuais, comparar as atitudes existentes nos pais, profissionais, não técnicos, que estejam em contacto com esta população, e a população em geral relativamente à sexualidade na deficiência mental e até comparar o tipo de atitudes manifestadas pelos sujeitos em meio rural e em meio urbano.

REFERÊNCIAS

- Albuquerque, M. & Ramos, S. (2007). *A sexualidade na deficiência mental profunda – Um estudo descritivo sobre atitudes de pais e profissionais*. Consultado em 5 de Fevereiro de 2008 através de: <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0367.pdf>
- Almeida, L. & Roazzi, A. (1988, Dezembro 1). Inteligência: A necessidade de uma definição e avaliação contextualizadas. *Psychologica*, pp. 93-104.
- Almeida, L. & Morais, F. (1989). Da inteligência à cognição e ao desenvolvimento cognitivo. *Revista reeducação*, 1 (3), 35-39.
- Andrade, M. (2000, Janeiro/Junho 25/26). O desenvolvimento sexo afectivo na criança e jovem com deficiência. *Sexualidade & planeamento familiar*, pp. 35-38.
- Beck, A. (1982). *Terapia Cognitiva da Depressão*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Beck, A. (2005). *Fronteiras da terapia cognitiva*. Consultado em 20 de Março de 2009 através de:
http://books.google.pt/books?id=o6V3w3iCXOcC&printsec=frontcover&dq=aaron+beck&source=gbs_summary_s&cad=0#PPP1,M1
- Beck, J. (1995). *Therapy cognitive*. Consultado em 20 de Março de 2009 através de:
<http://books.google.pt/books?id=GHVIpQMZf-EC&printsec=frontcover#PPA10,M1>
- Brantlinger, E. (1983). Measuring variation and change in attitudes of residential care staff toward the sexuality of mentally retarded persons. *Mental Retardation*, 21 (1), 17-22.

- Carvalho, E. & Maciel, D. (2003). Nova concepção de deficiência mental segundo a American Association on Mental Retardation - AAMR: sistema 2002. *Temas em Psicologia da SBP*, 11 (2), 147-156. Consultado em 30 de Outubro de 2008 através de: http://www.sbponline.org.br/revista2/vol11n2/art07_t.pdf
- Castro, N. (2007). Atitudes perante a pessoa com deficiência mental – perspectiva antropológica. In A. Neves (Coord.), *Integração das pessoas com deficiência* (pp. 7-22). Lisboa: DGEEP.
- Cavazza, N. (2008). *Psicologia das atitudes e das opiniões*. Consultado a 5 de Maio de 2009 através de: <http://books.google.pt/books?id=Eypm6OGmqIYC&printsec=frontcover&dq=componente+cognitiva,+afetiva+e+comportamental>
- Cláudio, V. & Sousa, P. (2003). As implicações do género nas crenças e atitudes perante o VIH/SIDA. *Análise psicológica*, 2 (XXI), 159-174.
- Clark, D., Beck, A. & Alford, B. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. Consultado em 5 de Abril de 2009 através de: <http://books.google.pt/books?id=UL4iDN2yGh4C&printsec=frontcover&dq=cognitive+theory+and+therapy+of+depression>
- Cole, M. & Cole, S. (2004). *O desenvolvimento da criança e do adolescente*. São Paulo: Artmed.
- Cordeiro, M. (2003). Sexualidade. Algumas questões. In E. Sá (Coord.), *Quero-te! – Psicologia da sexualidade* (pp. 71-85). Coimbra: Quarteto Editora.
- Costa, A. & Leal, I. (2002). Deficiência mental e sexual: Crenças e atitudes dos técnicos de reabilitação. In I. Leal, I. P. Cabral & J. P. Ribeiro (Eds.), *4º congresso Nacional de Psicologia da saúde – “A saúde numa perspectiva de ciclo de vida”* (pp. 213-220). Lisboa: ISPA.

- Diniz, A. (2004). *Sobre essas coisas a que chamamos Crenças*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Direcção nacional da Associação para o planeamento da família [APF] (2004). *A APF e as actuais propostas sobre o planeamento familiar e a educação sexual nas escolas*. Consultado em 25 de Novembro de 2008 através de:
http://www.apf.pt/cms/files/conteudos/NOTA%20DE%20IMPRESA_EDS%20na%20escola.pdf?PHPSESSID=f2394e51e10fdf78aa72cd6c4de3a1e5

- DuBrin, A. (2003). *Fundamentos do comportamento organizacional*. Consultado em 10 de Abril de 2009 através de:
<http://books.google.pt/books?id=fP9CzoIGjCQC&pg=PP1&dq=Fundamentos+do+comportamento+organizacional>.

- Fazio, R. (1986). How attitudes guides behavior?. In M. Sorrentino & E. T. Higgins (Eds), *Handbook of motivation and cognition: Foundations of social behavior* (vol 1, pp. 204-243). Consultado em 22 de Junho de 2009 através de:
<http://books.google.com/books?id=5ZUYVTqkReoC&pg=PA204&dq=how+the+attitudes+guide+behaviour+fazio&lr#v=onepage&q=&f=false>

- Félix, I. (1995) Evolução da sexualidade ao longo da infância e da adolescência. In I. Félix & A. Marques (Coord.), *E nós ... somos diferentes? Sexualidade e educação sexual na deficiência mental* (pp. 11-28). Lisboa: Associação para o planeamento da família.

- Félix I. (2003, Maio/Dezembro 37). As atitudes dos profissionais face à sexualidade das pessoas portadoras de deficiência mental. *Sexualidade & Planeamento familiar*, pp. 18-23.

- Ferreira, C. (2007). Além das fronteiras da consciência – O self externalizado em Winicott e Dennett. In B. Bezerra Jr & F. Ortega (Orgs.), *Winicott e os seus interlocutores* (pp. 66-89). Consultado em 6 de Abril de 2009 através de:

<http://books.google.pt/books?id=QEckAtmyfnsC&pg=PA73&dq=dennett+externalistas+cren%C3%A7as#PPP1,M1>

- Fishbein, M. & Azjen, I. (1975). *Beliefs, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Consultado em 20 de Abril de 2009 através de: <http://www.people.umass.edu/aizen/f&a1975.html>

- Fonseca, V. (1980). Aprendizagens e deficiência mental. *Análise Psicológica, 1 (1)*, 63-85.

- Forreta, F. (2005, Outubro 23). Aprender... A vida! Um programa de educação sexual no âmbito da reabilitação profissional. *Integrar*, pp. 25-30. Consultado em 25 de Novembro de 2008 através de: http://www.iefp.pt/iefp/publicacoes/Integrar/Documents/INTEGRAR_23.pdf

- Gagnon, J. H. & Simon, W. (2005). *Sexual conduct: The social sources of human sexuality* (2ª ed.). Consultado em 5 de Agosto de 2009 através de: <http://books.google.pt/books?id=S9YsYFFgoZkC&printsec=frontcover&dq=gagnon+and+simon#v=onepage&q=&f=false>

- Gomes, A. (1995). Ideias gerais sobre a sexualidade dos deficientes. In I. Félix & A. Marques (Coords.), *E nós ... somos diferentes? Sexualidade e educação sexual na deficiência mental* (pp. 11-28). Lisboa: Associação para o planeamento da família.

- Gomes, A. & Castilho, P. (2003). Sexualidade e Deficiência Mental. In L. Fonseca, C. Soares & J. M. Vaz (Coords.), *A sexologia – Perspectiva multidisciplinar I* (pp. 475-497). Coimbra: Quarteto Editores.

- Holmes, M. (1998). An evaluation of staff attitudes towards the sexual activity of people with learning disabilities. *The British Journal of Occupational Therapy*, 61 (3), 111-115.

- Hyer, L., Swanson, G., Lefkowitz, R., Hillesland, D., Davis, H. & Woods, M. (1990). The application of the cognitive behavioural model to two older stressor groups. In T. L. Brink (Ed.), *Mental health in the nursing home* (pp. 145-190). Consultado em 20 de Abril de 2009 através de:
<http://books.google.pt/books?id=Ahv1fL-jm5QC&pg=PA153&dq=cognitive+schemas&lr=#PPP1,M1>

- Lomba, P. (2009, Maio 15). *Liberais – Conservadores*. Diário de Notícias. Consultado em 15 de Agosto de 2009 através de:
http://dn.sapo.pt/inicio/interior.aspx?content_id=999534

- López, F. & Fuertes, A. (1999). *Para compreender a sexualidade*. Lisboa: Associação para o planeamento familiar.

- Loureiro, M. (1994/1995). Os Pais face ao desenvolvimento psicosssexual do seu filho portador de deficiência mental. *Cadernos de consulta psicológica*, 11/12, 105-114.

- Martins, A. (1995). A dimensão afectivo sexual nas pessoas deficientes mentais – Um modelo de intervenção. In I. Félix & A. Marques (Coords.), *E nós ... somos diferentes? Sexualidade e educação sexual na deficiência mental* (pp. 101-119). Lisboa: Associação para o planeamento da família.

- Melão Jr, H. (2006). *Introdução aos “testes de QI”*. Consultado em 2 de Maio de 2009 através de: http://www.sigmasociety.com/artigos/introducao_qi.pdf

- Miguel, N. & Vilar, D. (1987). *Afectividade e sexualidade no contexto social e cultural* (vol. XII). Lisboa: Instituto de estudos para o desenvolvimento.

- Monteiro, C. (2003). A sexualidade na deficiência. In E. Sá (Coord.), *Quero-te! - Psicologia da sexualidade* (pp. 95-101). Coimbra: Quarteto Editora.

- Monteiro, M., & Santos, M. R. (2001a). *Psicologia – 1ª parte*. Porto: Porto Editora.

- Monteiro, M., & Santos, M. R. (2001b). *Psicologia – 2ª parte*. Porto: Porto Editora.
- Morato, P. P. (1995). *Deficiência mental e aprendizagem*. Lisboa: SNR.
- Murray, J. & Minnes, P. M. (1994). Staff attitudes towards the sexuality of persons with intellectual disability. *Australia & New Zealand Journal of Developmental Disabilities*, 19 (1), 45-52.
- Nodin, N. (2001, Julho/Outubro 31). Adolescentes, o sexo e os outros. *Sexualidade & Planeamento Familiar*, pp. 37-41.
- Oliveira, B. (2007). “*Sexualidade e a afectividade da pessoa com deficiência mental*”: *Estudo comparativo das representações sociais das pessoas com e sem contacto com a deficiência mental*. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto superior de psicologia aplicada, Lisboa, Portugal.
- ONU (1971). Declaração de direitos do deficiente mental. Consultado em 9 de Junho de 2009 através de: <http://www.crfaster.com.br/Declar%20Def.%20Mental.pdf>
- Pacheco, D. & Valência, R. (1997). A deficiência mental. In R. Bautista (Coord.) *Necessidades Educativas Especiais* (pp. 209-223). Lisboa: Dinalivro.
- Pacheco, J. (1998). *Tempo e o sexo*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Pacheco, J. (2003). Sexualidade e religiões. In L. Fonseca, C. Soares & J. M. Vaz (Coords.), *A sexologia – Perspectiva multidisciplinar* (vol. II, pp. 41-51). Coimbra: Quarteto.
- Pais, J. M. (1987). Sexualidade e história. In A. de Albuquerque, F. A. Gomes & J. S. Nunes (Coords.), *Sexologia em Portugal – Sexualidade e cultura* (vol. II, pp. 5-12). Lisboa: Texto editora.

- Pan, R. A. (2000). *Afectividad e sexualidade n la persona com deficiencia mental* (2ª ed.). Madrid: Catédra de Bioética.
- Perron, R. (1976). Atitudes e ideias, face às deficiências mentais. In R. Zazzo (Ed.), *As debilidades mentais* (pp.51-89). Lisboa: Colecção Educação e Reabilitação.
- Pessotti, I. (1999). Os nomes da loucura. Consultado em 20 de Março de 2009 através de:
<http://books.google.pt/books?id=aGIzozXIbpcC&printsec=frontcover&dq=pessotti#PPP1,M1>
- Pinheiro, A. C. & Leal, I. (2005, Outubro 23). Sexualidade na deficiência mental. *Integrar*, pp. 25-30. Consultado em 25 de Novembro de 2008 através de:
http://www.iefp.pt/iefp/publicacoes/Integrar/Documents/INTEGRAR_23.pdf
- Ramos, M. (2005). *Sexualidade na diversidade: Atitudes de pais e técnicos face à afectividade e sexualidade da jovem com deficiência mental*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Ramos, V., Carvalho, C. & Leal, I. P. (2004). *Atitudes e comportamentos sexuais de jovens mulheres universitárias: A hipótese do duplo padrão sexual*. Consultado a 15 de Agosto de 2009 através de:
<http://www.isabel-leal.com/portals/1/pdfs/atitudes%20e%20comportamentos%20sexuais%20de%20jovens%20e%20mulheres%20universitarias%20a%20hipotese%20de%20duplo%20padrao%20sexual.pdf>
- Schalock, R. & Luckasson, R. (2004). American Association on Mental Retardation's Definition, Classification, and System of Supports and Its Relation to International Trends and Issues in the Field of Intellectual Disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 1 (3/4), pp 136–146. Consultado em 2 de Maio de 2009 através de:
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=6&hid=2&sid=61181bcb-a8dc-4ec9-b3f1-04cec5ef8433%40sessionmgr7>

- Sexualidade dos deficientes mentais ainda perturba alguns técnicos. (2006, Fevereiro 5). *Diário de Notícias*. Consultado em 30 de Novembro de 2007 através de: http://dn.sapo.pt/2006/02/05/sociedade/sexualidade_deficientes_mentais_aind.html

- Silvia, M. S., Silva, M. R. & Alves, M. (2004). *Sexualidade e Adolescência: É Preciso Vencer os Tabus*. Consultado em 20 de Novembro de 2008 através de: <http://www.ufmg.br/congrext/Educa/Educa169.pdf>

- Sprovieri, M. & Assumpção, F. (2005). *Deficiência mental: Sexualidade e família*. São Paulo: Manole.

- Stein, Z. & Susser, M. (1974). The epidemiology of mental retardation. *American Handbook of Psychiatry*, 2, 464-491.

- Vala, J. & Torres, A. (Org.) (2006). *Contextos e atitudes sociais na Europa – Atitudes sociais dos Portugueses*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.

- Vilar, D. (1987). Aprendizagem sexual e educação sexual. In A. de Albuquerque, F. A. Gomes & J. S. Nunes. (Coords.), *Sexologia em Portugal – Sexualidade e cultura* (vol. I, pp.165-179). Lisboa: Texto editora.

- Vilar, D. & Ferreira, P. (2008). *Educação sexual dos jovens portugueses: Conhecimentos e fontes*. Consultado em 25 de Novembro de 2008 através de: <http://www.apf.pt/cms/files/conteudos/file/jornalistas.pdf?PHPSESSID=05da6d3fd63e001055addd6910829d1b>

- Vilar, D. & Souto, E. (2008). A educação sexual no contexto da formação profissional. Consultado em 30 de Julho de 2009 através de: http://www.iefp.pt/formacao/formadores/formacao/ReferenciaisFormadores/FormacaoContinua/Documents/Referencial_Educacao_Sexual.pdf

ANEXO A: Questionário Sócio-demográfico e Escala de Atitudes – Inventário de atitudes sobre a sexualidade e a deficiência mental (SMRAI)

Questionário

Com o presente questionário pretendo realizar um estudo sobre as atitudes face à sexualidade das pessoas portadoras de deficiência mental.

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

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

I Parte

- 1) **Idade:** ____ anos

- 2) **Sexo:** M F

- 3) **Estado Civil:**
Solteiro Casado Viúvo Separado/Divorciado União de facto

- 4) **Habilitações Literárias:**
Sem escolaridade Ensino Básico
Ensino Secundário Ensino Superior

- 5) Qual a sua religião? _____

- 6) Tem algum familiar portador de deficiência?
Sim Não

- 7) Se sim, que tipo de deficiência? Deficiência mental profunda
Deficiência mental moderada
Deficiência mental ligeira

II Parte

--	--	--

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

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

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

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 16. As pessoas portadoras de deficiência mental deveriam ter acesso a métodos contraceptivos quando o desejassem | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. A educação sexual deveria ser feita de forma separada para rapazes e para raparigas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Os métodos contraceptivos deveriam ser explicados aos jovens antes de serem sexualmente activos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. As pessoas portadoras de deficiência mental têm o direito de fazer escolhas próprias quanto à sua vida sexual | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Antes de dar informação sobre contracepção a raparigas com menos de 18 anos, os serviços de planeamento familiar deveriam exigir a autorização dos pais | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. As posições usadas nas relações sexuais nunca deveriam ser abordadas, mesmo que os utentes fizessem perguntas sobre esse assunto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Os factos relacionados com as drogas, a sexualidade e o álcool deveriam ser ensinados ao mesmo tempo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. As pessoas portadoras de deficiência mental têm, em geral, desejos sexuais superiores ao habitual | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. É perigoso falar sobre sexo a algumas pessoas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Os homens têm mais desejo sexual do que as mulheres | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Em geral, a permissividade sexual pré-matrimonial resulta, mais tarde, em problemas conjugais | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. As pessoas homossexuais não deveriam ser autorizadas a ensinar em escolas públicas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Deveria preocupar-me com a possibilidade de um utente homossexual poder influenciar os outros | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. Nas instituições para pessoas portadoras de deficiência mental deveriam existir espaços para os comportamentos privados dos utentes | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. As mulheres portadoras de deficiência mental são mais promíscuas do que as mulheres em geral | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31. Um adulto casado que se masturba, de forma esporádica, tem, provavelmente, uma relação conjugal perturbada | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32. A maioria dos adultos portadores de deficiência mental buscará sempre alguma maneira de obter prazer sexual | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33. As pessoas que não têm capacidade para viver sozinhas não se deveriam casar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 34. As instituições deveriam manter os utentes de cada sexo tão separados quanto possível | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35. As pessoas portadoras de deficiência mental têm um desejo sexual menos intenso do que as outras pessoas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36. Deveriam existir lares residenciais para pessoas portadoras de deficiência mental casadas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 37. A homossexualidade deveria ser legalmente proibida | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 38. Nas instituições, os profissionais deveriam impedir os comportamentos homossexuais | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 39. O Estado deveria fornecer, gratuitamente, métodos contraceptivos aos utentes das residências para pessoas portadoras de deficiência mental | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 40. As pessoas portadoras de deficiência mental têm o direito a ter relações sexuais, se assim o desejarem | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Obrigada pela colaboração

ANEXO B: Pedido de autorização à instituição

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À INSTITUIÇÃO

Patrícia Alexandra Correia Ribeiro
Avenida do Parque nº 56 7º Esq.
Rinchoa
Telm.: 913226735

Exmo. (a) senhor(a),

Eu, Patrícia Alexandra Correia Ribeiro, encontro-me a efectuar o Mestrado em Psicologia Clínica no Instituto Superior de Psicologia Aplicada – Lisboa, e venho, por este meio, solicitar a V. Excelência autorização para efectuar a recolha de dados para a minha tese de Mestrado intitulada “ Crenças e Atitudes face à sexualidade das pessoas portadora de Deficiência Mental”.

Acresce, ainda, que é garantido o anonimato e/ou a confidencialidade da informação fornecida pelos participantes no estudo.

Patrícia Alexandra Correia Ribeiro

Rio-de-Mouro, _____

ANEXO C: Termo de Consentimento informado

Termo de Consentimento Informado

_____ de _____ de 2008

Eu, _____, concordo em participar voluntariamente no estudo sobre Crenças e Atitudes face à sexualidade das pessoas portadoras de Deficiência Mental que Patrícia Ribeiro se encontra a efectuar no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica, no Instituto Superior de Psicologia Aplicada – Lisboa.

Fui antecipadamente informado(a) de que a participação neste estudo engloba responder a um questionário sobre a sexualidade das pessoas portadoras de Deficiência Mental, que decorrerá durante aproximadamente 10 minutos.

Não existem respostas certas ou erradas. Todas as informações recolhidas serão mantidas confidenciais.

Declaro também que compreendi na íntegra as implicações da participação neste estudo, sabendo que me é reservado o direito de a terminar em qualquer momento, sem que isso represente qualquer prejuízo para a minha pessoa.

Tomei conhecimento que uma cópia deste consentimento informado ser-me-á disponibilizada mediante o meu pedido.

Participante

ANEXO D: Teste de Kolmogorov-Smirnov

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Resul_Atitude	110	100,0%	0	0,0%	110	100,0%

Descriptives

		Statistic	Std. Error	
Resul_Atitude	Mean	151,5364	1,48300	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	148,5971	
		Upper Bound	154,4756	
	5% Trimmed Mean	151,7071		
	Median	151,0000		
	Variance	241,921		
	Std. Deviation	15,55380		
	Minimum	109,00		
	Maximum	187,00		
	Range	78,00		
	Interquartile Range	20,00		
	Skewness	-0,118	0,230	
	Kurtosis	-0,125	0,457	

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Resul_Atitude	0,079	110	0,088	0,992	110	0,761

a Lilliefors Significance Correction

ANEXO E: Teste de Kolmogorov-Smirnov das sub-escalas

Sub-escala atitudes face à sexualidade em geral

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Aitu_gerais	110	100,0%	0	,0%	110	100,0%

Descriptives

		Statistic	Std. Error
Aitu_gerais	Mean	74,9545	,93414
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound 73,1031	
		Upper Bound 76,8060	
	5% Trimmed Mean	75,1515	
	Median	75,0000	
	Variance	95,989	
	Std. Deviation	9,79738	
	Minimum	43,00	
	Maximum	97,00	
	Range	54,00	
	Interquartile Range	13,00	
	Skewness	-,310	,230
	Kurtosis	,468	,457

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Aitu_gerais	,066	110	,200*	,988	110	,470

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Sub-escala atitudes face à sexualidade na deficiência mental

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Atit_deficientes	110	100,0%	0	,0%	110	100,0%

Descriptives

		Statistic	Std. Error
Atit_deficientes	Mean	76,5818	,77097
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound 75,0538 Upper Bound 78,1099	
	5% Trimmed Mean	76,5404	
	Median	76,0000	
	Variance	65,383	
	Std. Deviation	8,08598	
	Minimum	58,00	
	Maximum	94,00	
	Range	36,00	
	Interquartile Range	12,00	
	Skewness	,061	,230
	Kurtosis	-,545	,457

Tests of Normality

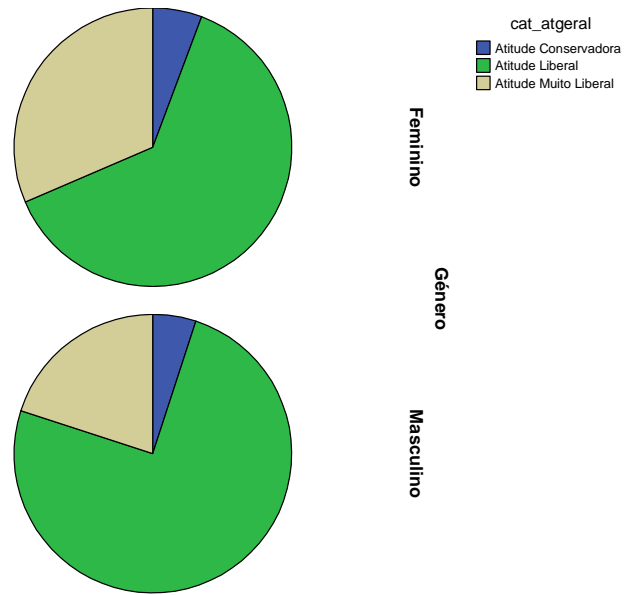
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Atit_deficientes	,056	110	,200*	,988	110	,410

*. This is a lower bound of the true significance.

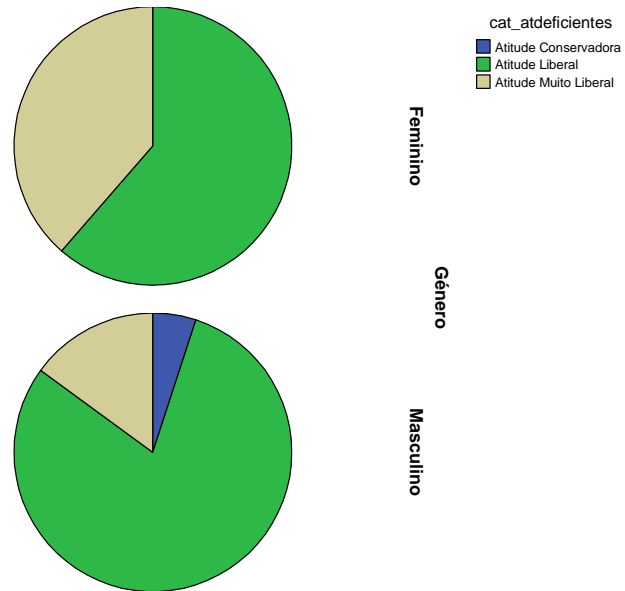
a. Lilliefors Significance Correction

ANEXO F: Representação gráfica das sub-escalas quanto ao género

Sub-escala atitudes face à sexualidade em geral



Sub-escala atitudes face à sexualidade na deficiência mental



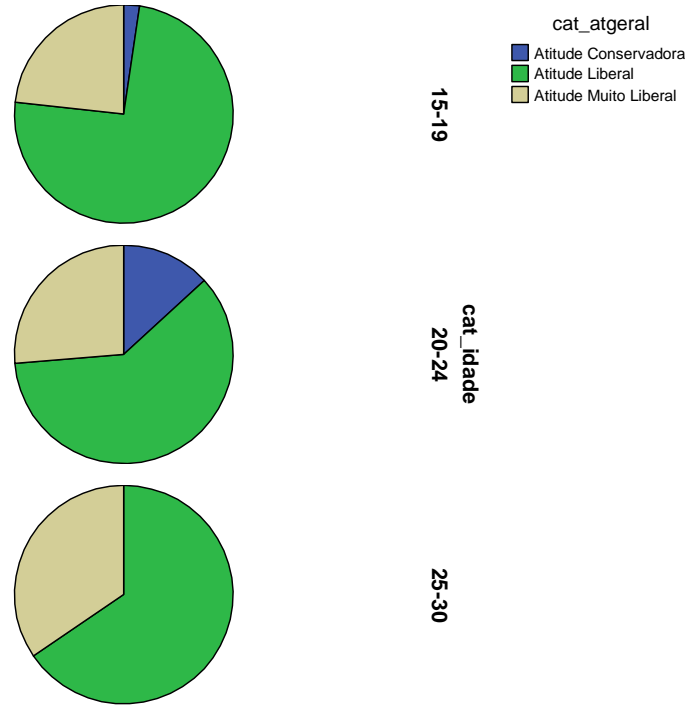
ANEXO G: Correlação de Pearson

Correlations

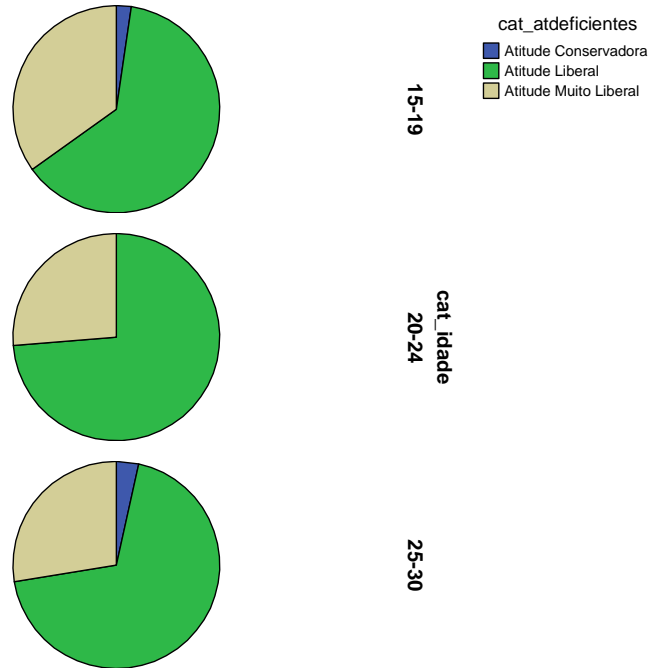
		Idade	Resul_Atitude
Idade	Pearson Correlation	1	0,011
	Sig. (2-tailed)		0,912
	N	110	110
Resul_Atitude	Pearson Correlation	0,011	1
	Sig. (2-tailed)	0,912	
	N	110	110

ANEXO H: Representação gráfica das sub-escalas quanto à faixa etária

Sub-escala atitudes face à sexualidade em geral

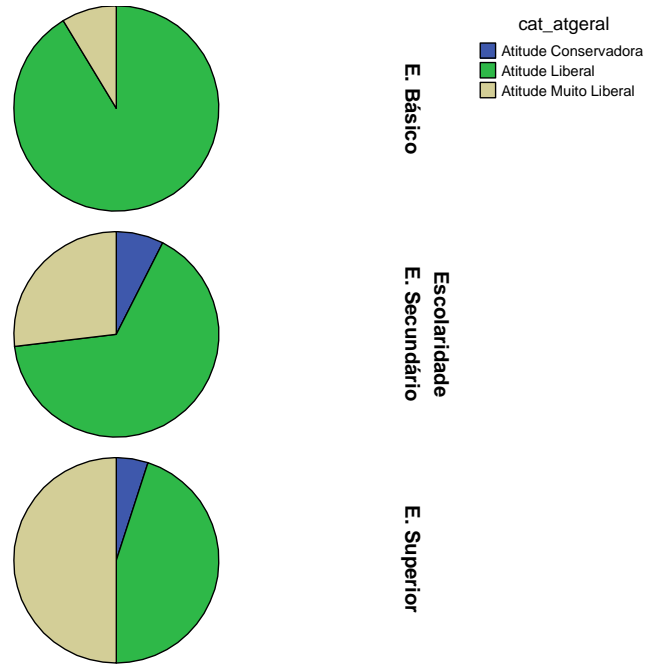


Sub-escala atitudes face à sexualidade na deficiência mental



ANEXO I: Representação gráfica das sub-escalas quanto ao grau de ensino

Sub-escala atitudes face à sexualidade em geral



Sub-escala atitudes face à sexualidade na deficiência mental

