

**Instituto Superior de Psicologia Aplicada**



**DEFICIÊNCIA MENTAL E SEXUALIDADE: PERSPECTIVAS E ATITUDES NUM  
CENTRO OCUPACIONAL E DE FORMAÇÃO E INSERÇÃO PROFISSIONAL**

**Kaljenka Calé**

**N.º 10804**

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

**Mestre em Psicologia**

**Especialidade em Psicologia Clínica**

**2008**

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

DEFICIÊNCIA MENTAL E SEXUALIDADE: PERSPECTIVAS E ATITUDES NUM  
CENTRO OCUPACIONAL E DE FORMAÇÃO E INSERÇÃO PROFISSIONAL

*Kaljenka Calé*

Dissertação orientada por Judite Corte Real

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

*Mestre em Psicologia*

Especialidade em Psicologia Clínica

**2008**

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Judite Corte Real apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, n.º 19673/2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

## Agradecimentos

A todos os que contribuíram para a realização desta investigação, nomeadamente:

À Prof. Dra. Judite Corte Real, pelo tempo, disponibilidade, apoio, encorajamento e bastante dedicação a este projecto.

Ao Dr. António Martins e restante equipa da instituição Elo Social, pela forma como me receberam, pela sua atenção e disponibilidade na recolha de informação.

Ao Dr. Pedro Parrot Morato, professor associado da Faculdade de Motricidade Humana, à Dra. Sofia Furtado e à Dra. Mónica Cuskelly professora associada da Universidade de Queensland, pela cedência dos instrumentos utilizados na realização deste estudo e esclarecimentos prestados.

A todos os utentes, técnicos e tutores da instituição que se disponibilizaram para participar neste estudo, dando o seu importante contributo para a concretização deste trabalho.

A todos aqueles que, de forma directa e indirecta, contribuíram, para levar a cabo esta investigação.

À minha família, pelo apoio e encorajamento que sempre me prestaram.



## Resumo

No presente estudo procurou-se conhecer a perspectiva que as pessoas com deficiência mental têm face a dez dimensões da sua sexualidade e compará-la com a perspectiva de tutores e técnicos, procurando perceber se estes os conhecem e compreendem. Dada a importância que tutores e técnicos têm para o desenvolvimento afectivo sexual das pessoas com deficiência mental pretende-se igualmente conhecer as suas atitudes face a 8 dimensões da sexualidade na deficiência mental na sua globalidade e comparar os 2 grupos para saber se existem diferenças significativas.

Os participantes dividem-se por 3 grupos: o grupo 1 é constituído por 43 pessoas com deficiência mental, de nível ligeiro e moderado, com idade superior a 23 anos, utentes de um Centro Ocupacional e de Formação e Inserção Profissional. O grupo 2 é constituído por 11 técnicos que os acompanham diariamente. O grupo 3 é constituído por 8 tutores.

Foram utilizados 2 instrumentos para a recolha de dados: O “questionário sobre a Sexualidade na dimensão biopsicoafectivosocial”, foi criado e desenvolvido por Furtado & Morato (2001); e “The Attitudes to Sexuality Questionnaire” (Individuals with an Intellectual Disability), “ASQ-ID”, desenvolvido a partir de instrumentos anteriormente utilizados em estudos desta área por Cuskelly & Bryde (2004).

Os resultados deste estudo indicam que a maioria dos participantes com deficiência mental têm uma imagem positiva da sua sexualidade nas suas diversas dimensões. Os técnicos e os tutores têm igualmente uma imagem positiva dessa sexualidade mas apresentam um considerável grau de desconhecimento.

As atitudes de tutores e técnicos são ambas positivas face à sexualidade na deficiência mental não se encontrando diferenças significativas entre os grupos apesar de uma ligeira tendência mais liberal dos técnicos.

Após análise dos resultados concluímos que existe a necessidade da implementação de programas de educação sexual adaptados a cada pessoa.

O facto do grupo de participantes ser reduzido limita as conclusões deste estudo.

Palavras-chave: Deficiência mental; Sexualidade; Atitudes

## *Abstract*

In this study we tried to know the view that people with mental disabilities have about ten dimensions of their sexuality and compare it with the perspective that tutors and technicians have, trying to see if they know and understand them. Given the importance that mentors and technical staff have on the affective and sexual development of persons with mental disabilities we also intended to ascertain their attitudes on 8 dimensions of sexuality in the mental disability as a whole and compare the 2 groups to see if there are significant differences.

The participants were divided in 3 groups: Group 1 is composed of 43 people with mental disabilities, from mild and moderate level, aged over 23 years, users of Centre for Occupational and for Training and Professional Insertion Group 2 consists of 11 technicians that accompanying them daily. Group 3 is composed by 8 tutors.

Two instruments were used for data collection: the "questionnaire about Sexuality in the biopsicoafectivesocial dimension" was created and developed by Furtado & Morato (2001) and The Attitudes to Sexuality Questionnaire (Individuals with an Intellectual Disability) ASQ-ID, developed from instruments previously used in studies of this area by Cuskelly & Bryde (2004).

The results of this study indicate that most participants with mental disabilities have a positive image of their sexuality in its various dimensions. The technical staff and mentors also have a positive image of that sexuality but show a considerable degree of ignorance

After analyzing the results we realized the need for the implementation of a sex education program adapted to each person.

The fact that the sample is reduced limits the conclusions of this study.

Key words: Mental disabilities; Sexuality; Attitudes

## Índice

Introdução.....	1
I. Revisão de literatura.....	3
1. Deficiência mental.....	3
1.1. Conceito de deficiência mental e sua evolução ao longo da história.....	3
1.1.1. Conceito de deficiência mental .....	3
1.1.2. A deficiência mental ao longo da história.....	4
1.1.3. A evolução da classificação da deficiência mental.....	8
1.1.3.1. Antecedentes históricos.....	8
1.1.3.2. Classificações actuais da deficiência mental .....	11
1.2. Etiologia da deficiência mental.....	17
2. Sexualidade e deficiência mental.....	18
2.1. Definição de sexualidade.....	18
2.2. Evolução do conceito de sexualidade.....	19
2.3. Sexualidade e deficiência mental.....	20
2.3.1. Introdução.....	20
2.3.2. Atitudes face à sexualidade na deficiência mental.....	21
2.3.2.1. Definição e conceitualização de atitudes.....	21
2.3.2.2. Atitudes face à sexualidade.....	22
2.3.2.3. Atitudes face à sexualidade na deficiência mental.....	23
2.3.2.3. Estigmas e crenças.....	24
2.3.3. O direito à sexualidade.....	26
2.3.4. Educação sexual na deficiência mental.....	28
2.3.5. Estudos sobre deficiência mental e sexualidade.....	27
3. Fundamentação do estudo, objectivos e questões de investigação.....	31
II. Método.....	32
1. Tipo de estudo.....	32
2. Caracterização e selecção dos participantes no estudo.....	32
3. Instrumento.....	35
4. Procedimento.....	38

III. Resultados.....	40
1. Introdução.....	40
2. Análise dos resultados obtidos no questionário sobre a sexualidade na dimensão biopsicoafectivosocial.....	42
3. Testes de Qui-quadrado sobre variáveis do questionário 1.....	64
4. Análise dos resultados obtidos do questionário ASQ-ID.....	66
IV. Discussão dos resultados.....	70
V. Referências bibliográficas.....	87
VI. Anexos.....	93

## Lista de Tabelas

Tabela 1: Testes de independência de qui-quadrado de questões seleccionadas versus a pertença de grupo (utentes e técnicos).....	65
Tabela 2: Testes de Mann-Withney do questionário ASQ-ID e das suas dimensões por grupo (técnicos e tutores).....	67

## Lista de Figuras

Figura 1: Género.....	32
Figura 2: Idade.....	33
Figura 3: Nível de habilitações literárias.....	33
Figura 4: Grau de deficiência.....	34
Figura 5: Género.....	34
Figura 6: Nível de habilitações literárias .....	34
Figura 7: Género.....	35
Figura 8: Como é que se considera, que imagem tem de si?.....	43
Figura 9: Gosta do seu corpo?.....	44
Figura 10: Considera-se diferente das outras pessoas?.....	44
Figura 11: Existe alguém que não goste de si/ dele(a)?.....	45
Figura 12: Sabe identificar as diferenças entre o corpo dos rapazes e o corpo das raparigas?.....	46
Figura 13: Sabe onde se situam essas partes do corpo?.....	46
Figura 14: Sabe o que é a menstruação?.....	47
Figura 15: Que formas de contacto usa na interacção com: colegas do sexo masculino.....	48
Figura 16: Que formas de contacto usa na interacção com: colegas do sexo feminino .....	48
Figura 17: Que formas de contacto usa na interacção com: Pais .....	49
Figura 18: Que formas de contacto usa na interacção com: Conhecidos.....	49
Figura 19: Que formas de contacto usa na interacção com: Técnicos.....	50
Figura 20: Que formas de contacto usa na interacção com: Desconhecidos.....	50
Figura 21: Sabe quais as partes do corpo que devem ser protegidas, não deixando que ninguém as toque, sem que deixe?.....	51
Figura 22: Masturba-se?.....	51
Figura 23: Masturba-se em público?.....	52
Figura 24: Alguém viu?.....	52
Figura 25: Qual foi a sua reacção?.....	53
Figura 26: Alguém lhe explicou o porquê de reagirem assim?.....	53
Figura 27: O que é para si o namoro?.....	54

Figura 28: Respostas a questões sobre o namoro.....	55
Figura 29: O que é para si o casamento?.....	56
Figura 30: Gostaria de casar?.....	57
Figura 31: Sabe o que quer dizer “fazer amor”?.....	58
Figura 32: Para si, quais as formas de contacto entre os namorados? E entre as pessoas casadas?.....	58
Figura 33: Respostas a questões sobre ter filhos e contraceção.....	59
Figura 34: Respostas a questões relativas à maturidade.....	60
Figura 35: Acha que a população em estudo têm pulsões e necessidades sexuais como as outras pessoas?.....	61
Figura 36: Gostas de falar acerca das tuas vivências, necessidades e interesses afectivo-sexuais.....	62
Figura 37: Respostas a questões relativas a sexualidade e educação sexual.....	62
Figura 38: Respostas a questões relativas à educação sexual na deficiência mental.....	63
Figura 39: Dimensões do questionário ASQ-ID: Resultados das respostas de tutores e técnicos.....	66
Figura 40: Resultados globais das respostas de tutores e técnicos ao questionário 2.....	67
Figura 41: Valores do questionário ASQ-ID entre os grupos.....	68
Figura 42: Comparação de resultados do questionário ASQ-ID entre grupos.....	68
Figura 43: Gráfico da dispersão do questionário ASQ-ID- versus por Idade e por Sexo.....	69

## Lista de Anexos

Anexo A: Correspondência relativa à autorização do uso do instrumento.....	94
Anexo B: Carta de autorização para realizar a investigação e consentimento informado.....	96
Anexo C: Instrumento.....	100
Anexo D: Tabelas relativas à caracterização dos grupos em estudo .....	127
Anexo E: Codificação das respostas a itens abertos .....	129
Anexo F: Questionário 1: Tabelas de comparação entre as respostas dos utentes e técnicos em relação aos domínios.....	144
Anexo G: Questionário 1: Testes de qui-quadrado para comparação entre utentes e técnicos.....	155
Anexo H: Questionário 1: Tabelas de comparação entre as respostas dos utentes, técnicos e tutores em relação aos domínios.....	166
Anexo I: Questionário 2: ASQ-ID: Tabelas de comparação entre as respostas dos técnicos e tutores em relação aos domínios.....	177
Anexo J: Questionário 2: ASQ-ID e suas dimensões: Testes de Mann-Whitney de comparação dos grupos técnicos e tutores com tabelas e gráficos complementares.....	179

## *Introdução*

Falar e discutir sobre sexualidade embora estejamos em pleno século XXI é reconhecidamente difícil; o tema é polémico, está envolto em preconceitos e discriminações, é considerado unanimemente tabu por todas as culturas humanas, e as sociedades ocidentais embora mais tolerantes, não são excepção.

Quando se discute a sexualidade em pessoas com deficiência mental, os preconceitos e discriminação intensificam-se e geram polémica (Ramos, 2005).

A sexualidade na deficiência mental está carregada de conotações negativistas e preconceituosas onde a ignorância acaba por comprometer significativamente a qualidade de vida e as necessidades afectivas dessas pessoas (Pereira, 1997).

Segundo Hall (Craft & Craft, 1983), comportamentos considerados aceitáveis quando praticados por uma pessoa normal, por vezes tornam-se inaceitáveis quando praticados por alguém que é diferente.

As atitudes sociais moldadas pelo preconceito e também pela ignorância, traduzem-se num conjunto de comportamentos que lhes negam alguns dos mais elementares direitos, principalmente em relação aos aspectos afectivos e sexuais (Kempton, 1983; Craft, 1987; Félix & Marques, 1995).

A pessoa com deficiência mental ainda é muitas vezes vista pela sociedade como um ser assexuado sem direito à sua plena realização sexo-afectiva (Félix & Marques, 1995).

De acordo com Alonso e Bermejo (2001), juntar deficiência mental e sexualidade, faz emergir um conjunto de atitudes cujo pendor se inclina maioritariamente para a repressão da sexualidade do que para a sua vivência saudável, originado ou reacções exageradas perante o problema, ou, à sua infantilização e desvalorização.

Assim sendo, pela reconhecida importância desta problemática e tendo em conta a escassez de estudos no nosso país, o propósito do nosso estudo é procurar na medida do possível contribuir para um maior conhecimento da sexualidade de pessoas com deficiência da população portuguesa assim como das suas vivências, interesses e necessidades afectivo-sexuais, tentando-se combater algumas crenças e preconceitos que prejudicam a sua qualidade de vida.

São poucos os estudos existentes e a maioria destes concentram-se geralmente na percepção, atitude e envolvimento de terceiros, esquecendo-se de ouvir e dar a palavra às pessoas directamente afectadas.

Assim, pretende-se dar voz às pessoas com deficiências e conhecer, analisar e recolher as suas opiniões e conhecimentos relativamente a questões sobre a sua sexualidade, relacionando-as com a percepção que tutores e técnicos têm das suas opiniões e conhecimentos, para perceber até que ponto os conhecem.

Na medida em que tutores e os técnicos têm um papel reconhecidamente importante na educação e as suas atitudes são muito importantes para o desenvolvimento dos seus educandos a vários níveis, sendo a dimensão afectiva e sexual uma das mais importantes.

## I. Revisão de Literatura

### 1. *Deficiência Mental*

#### 1.1. *Conceito de deficiência mental e sua evolução ao longo da história*

##### 1.1.1. *Conceito de deficiência mental*

Para Albuquerque (2000), as dificuldades inerentes à delimitação deste conceito traduzem a impossibilidade de incluir em definições unitárias a heterogeneidade da população habitualmente designada como deficiente mental, em termos de etiologia, características comportamentais, necessidades educativas. Assim, as definições da deficiência mental são geralmente formais, ou seja, procuram abranger o que há de comum a objectos muito diferentes, dada a dificuldade em definir de forma precisa a diversidade que a constitui.

À deficiência mental está associada um défice cognitivo, mas também grandes dificuldades de adaptação à sociedade em que vivemos, dificuldade em interagir com o outro e ao nível da autonomia pessoal. A deficiência mental não é pois um simples problema cognitivo mas sim um quadro clínico complexo e multidisciplinar (Gejer, 2003).

Normalmente pensa-se na deficiência mental como uma condição em si mesma, um estado patológico bem definido, quando maioritariamente é uma condição mental relativa. A deficiência será sempre relativa aos demais indivíduos de uma mesma cultura, pois, a existência de alguma limitação funcional, não seria suficiente para caracterizar um diagnóstico de deficiência mental, se não existir um mecanismo social que atribua a essa limitação um valor. Esse mecanismo social que atribui valores é sempre comparativo, portanto, relativo (Ballone, 2004).

Essencialmente, o indivíduo não demonstra o desempenho esperado de acordo com a sua idade, sexo e grupo social, o que resulta num “handicap” negativo que vai desencadear a sua exclusão social (Assumpção & Sprovieri, 2005).

A deficiência mental caracteriza-se pela presença de um problema cognitivo que se instala, na maioria das vezes, numa fase precoce do seu desenvolvimento, o que condiciona de forma mais ou menos importante a evolução global do sujeito; inclui a formação da sua personalidade, dos seus comportamentos de adaptação e as suas relações sociais. O que acontece é que a construção da imagem que a pessoa tem de si mesma fica comprometida e o

sujeito com deficiência mental constrói um mundo interno caótico, desorganizado e pobre, sendo mais ou menos grave consoante o nível de deficiência mental que apresente (Coelho & Coelho, 2001).

Na maioria dos casos a deficiência mental manifesta-se durante o desenvolvimento das crianças mas é pouco evidente no primeiro ano de vida. Nos casos de deficiência mental acentuada pode existir desde os primeiros meses de vida um atraso evidente no desenvolvimento sensorio-motor. Muitas vezes, a deficiência mental aparece associada a outro tipo de deficiência e pode ser consequência desta (Coelho & Coelho, 2001).

Quando a criança começa a desenvolver a linguagem, a deficiência mental manifesta-se essencialmente pelo atraso na compreensão e expressão verbal. A criança com deficiência mental manifesta sempre uma lentidão na aquisição da independência nas actividades da vida diária (Andrada, et al., 1981).

Para o diagnóstico é imprescindível que a deficiência mental se manifeste antes dos 18 anos. As áreas de necessidades devem ser determinadas através de avaliações neurológicas, psiquiátricas, sociais e clínicas e nunca numa única abordagem de diagnóstico (Luckasson *et al.*, 1992 cit. in Alonso & Bermejo, 2001).

### *1.1.2. A deficiência mental ao longo da história*

É deveras importante conhecer as ideias que orientaram a concepção acerca da deficiência mental, em cada período histórico, para que possamos compreender melhor qual o papel da pessoa deficiente mental na sociedade contemporânea.

Do ponto de vista dos direitos humanos, a história da deficiência em geral e da deficiência mental em particular, não é algo do qual a Humanidade se possa orgulhar (Morato, 1995).

Pan (2000), refere que as pessoas com deficiência mental, assim como em geral todas as que padecem de problemas ou apresentam características consideradas inferiores, têm estado mais expostas às consequências das ideologias sociopolíticas e dos modelos antropológicos reinantes em cada período histórico, existindo épocas e sociedades de trato inumano (abandono, internamento e ou aprisionamento, infanticídio) e outras de relacionamento mais humanitário e positivo.

Contudo, desde a antiguidade até aos princípios do século XIX são muito escassos os dados disponíveis, principalmente devido à elevada taxa de mortalidade existente, e ao consequente inferior estatuto nas diversas sociedades (Pan, 2000).

### Antiguidade Clássica:

Pan (2000), associa a deficiência mental durante este período a uma vertente religiosa, explicada principalmente como uma punição divina.

Assim, neste contexto, de acordo com passagens bíblicas, e manuscritos da Grécia e de Roma, imperavam 3 atitudes, a aceitação resignada, a exclusão da vida social e o infanticídio (Pessoti, 1999).

Os israelitas não praticavam o infanticídio, nem o aborto, mas a exclusão social, associando a deficiência mental a diversas enfermidades e defeitos, sendo proibidos de participar na sociedade e no culto a Deus (Pan, 2000).

Durante este período, dá-se o início da medicina, mas as crianças deficientes ou eram abandonadas ao relento e entregues à sua sorte, ou encerradas em bairros isolados e segregados da sociedade, afastadas das cidades, como referem os grandes autores da época Platão e Aristóteles, embora o infanticídio não fosse comum nem aconselhado. Estas atitudes eram congruentes com os ideais morais da sociedade clássica e classicista da época, em que a eugenia e a perfeição do indivíduo eram extremamente valorizadas (Aranha, 1995). Segundo Pessoti (1999), em Esparta, uma sociedade com tradições guerreiras, onde o treino físico e mental se iniciava em tenra idade, as crianças portadoras de deficiências físicas ou mentais eram consideradas sub-humanas, o que legitimava a sua eliminação ou abandono.

Na sociedade romana, pratica-se o infanticídio ou o isolamento até ao início do cristianismo, cujo culto da igualdade e fraternidade entre todos os seres vivos recusa tais práticas, influenciando e favorecendo novas possibilidades de acomodação e tratamento (Pan, 2000).

### Idade Média:

Com o início da idade média, a religião converte-se após um período de caos e guerras como a força dominante, o poder papal é soberano e ultrapassa reinos e reis (Pessoti, 1999).

Segundo Reis & Peixoto (1999), os deficientes começaram a ser vistos como possuindo uma alma e, portanto, igualmente filhos de Deus. Adoptou-se uma atitude mais humanitária, construíram-se asilos e mosteiros para cuidar destas pessoas. Contudo, apesar de imperar esse ideal cristão, continuava a existir de acordo com o contexto, atitudes que atribuíam à deficiência um carácter ou “divino” ou “demoníaco”, esta concepção, de certa forma, conduzia o modo de tratamento das pessoas deficientes, conotados com a prática de bruxaria, como produtos da união entre a mulher e o demónio, o que condenava mães e crianças em julgamentos e sentenças públicas que os enviavam invariavelmente para a fogueira (Pessoti, 1999). Além dessa prática e

particularmente na idade adulta, usavam-se punições, torturas e diversos tipos de maus-tratos para lidar com as pessoas deficientes mentais (Aranha, 1995).

Essa era a postura da sociedade daquela época, em que a ambivalência caridade e castigo constituíam, de acordo com Pessoti (1999), a marca definitiva da atitude medieval diante da deficiência mental.

Renascimento:

No final do século XV, houve a revolução burguesa e, com ela, uma mudança na concepção de homem e de sociedade, o que proporcionou também uma mudança na concepção de deficiência. Esta passou a ter uma conotação mais directa com o sistema económico que se propunha, sendo considerada atributo dos indivíduos não produtivos economicamente (Aranha, 1995).

De acordo com Pan (2000), surgem os primeiros autores a preocuparem-se com o tratamento, reabilitação, integração e ocupação na sociedade, entre estes destacam-se as concepções inovadoras de Juan Vives e de São Vicente de Paulo. No entanto, eram comuns as práticas de isolamento, internamento em asilos, com mendigos, aleijados, bêbados, loucos e assassinos todos colocados no mesmo patamar, e confinados ao mesmo espaço.

Assiste-se igualmente a ténues evoluções do ponto de vista médico, assistindo-se a uma prevalência da visão organicista que identifica a existência de enfermidades na deficiência mental, e não apenas como problemas ao nível espiritual envoltos unicamente em mitos e crenças, mas os efeitos destas novas concepções em termos práticos não se fizeram sentir neste período (Pan, 2000).

Séculos XVII e VIII:

Neste período ampliaram-se as concepções a respeito da deficiência em todas as áreas do conhecimento, favorecendo o aparecimento de diferentes atitudes frente ao problema, isto é, da institucionalização ao ensino especial (Aranha, 1995).

É o período que precede e prepara o emergir da época moderna. Diversas áreas do conhecimento humano contribuem para as alterações, a filosofia, cujo expoente máximo neste período é John Locke, que cria a primeira grande síntese da vida mental; continuam os progressos na área da medicina, e Pinel contribui para o arranque da psiquiatria (Pan, 2000).

Século XIX:

Este período inicia uma ligeira mudança, pela primeira vez observou-se uma atitude de responsabilidade pública frente às necessidades do deficiente. É neste período que vão surgir as bases para os fundamentos para as principais futuras mudanças. Foram postulados os primeiros

tratados científicos, publicadas as definições e observações à problemática apesar que de científicas apenas tivessem o nome (Pan, 2000).

Reis & Peixoto (1999), destacam este século quer pelo seu início onde se tentou pela primeira vez educar uma criança com deficiência mental em França (a primeira de várias) que pelo seu final com o aparecimento da primeira turma de crianças deficientes mentais numa escola pública nos Estados Unidos, onde começou o movimento das escolas especiais e se estendeu mais tarde por todo o mundo ocidental.

Século XX:

Este é o período de maior evolução nos vários campos, científico, social, económico e onde surgem uma multiplicação das visões a respeito do deficiente mental, com a prevalência de vários modelos explicativos: o metafísico, o médico, o educacional, o da determinação social e, mais recentemente, o sócio constructivista ou sócio histórico (Aranha, 1995).

Albuquerque (2000), afirma que são essencialmente, quatro as conceptualizações da deficiência mental dominantes neste século: como défice intelectual; como défice intelectual e défice no comportamento adaptativo; como défice cognitivo; como défice socialmente definido.

Nunes e Ferreira (1994), refere que apesar da existência desses modelos, a deficiência mental ainda continua sendo considerada como um fenómeno que ocorre no sujeito; portanto, ele é o portador da deficiência.

Binet é o responsável pela introdução daquele que vai tornar o conceito com maior importância na definição de deficiência mental, a medida psicométrica e o quociente de inteligência (Q.I.). Por inteligência, subentende-se a capacidade para aprender, a capacidade para se adaptar ao ambiente de acordo com o contexto e a situação, a capacidade para pensar e raciocinar em abstracto, ou seja, traduz-se na capacidade global para realizar actividades mentais (Pan, 2000).

Durante um período entre o início deste século até à 2ª Grande Guerra Mundial, emergem posições e contraposições teóricas de conturbadas consequências sociais e educacionais, caracterizadas pelas preocupações de definições e classificações da deficiência mental (Morato, 1995).

É na segunda metade do século que ocorre a mudança progressiva da concepção global da pessoa com deficiência e sobre os comportamentos a manter com elas. Das concepções médico-orgânicas, passou-se a concepções psicológicas de tipo psicométrico, e mais recentemente a uma concepção multidimensional centrada no funcionamento do indivíduo inserido no seu meio (Verdugo & Bermejo, 2001).

A análise histórico crítica do conceito de deficiência proposta por Aranha (1995), rompe com as visões tradicionais e mecanicistas e destaca a importância dos ideais e pressupostos que o sistema sócio-económico capitalista possui na construção da deficiência, uma vez que esta é tratada como sendo sinónimo de improdutividade e desvio. A produção é exigida igualmente para todos os indivíduos e aqueles que não conseguem atingir as expectativas dos detentores da produção são vistos como desviantes, estando a condição de deficiência incluída nesta categoria. A deficiência é determinada por múltiplos factores, que aliados aos valores do sistema social vigente, levam à segregação e estigmatização dos indivíduos deficientes. Estes, por sua vez, são considerados incapazes e fracos, pois não se enquadram nos moldes produtivos do sistema capitalista. Portanto, a deficiência é vista como uma condição desvalorizada em contexto social.

### *1.1.3. A evolução da classificação da deficiência mental*

#### *1.1.3.1. Antecedentes históricos*

Apenas no século XIX se iniciaram efectivamente os estudos científicos sobre a deficiência mental.

Pessotti (1999), apresenta uma revisão histórica sobre os diferentes sistemas de classificação das doenças mentais. Refere que a natureza psicopatológica da deficiência mental apenas se iniciou no século XIX, quando Pinel acrescentou o termo “*idiotia*” à categorização de “*alienação mental*” em sua obra clássica “*Traité Médic philosophique sur l’alienation mentale*”, de 1809. Na definição de Pinel a deficiência mental não era concebida como loucura mas sim como carência ou insuficiência intelectual.

Segundo Morato (1995), os estudos de Esquirol em 1818, em França, são exemplo das primeiras propostas de definição da deficiência mental sob a influência das perspectivas de Pinel (separação dos loucos e criminosos dos “deficientes”), ainda que empíricas, sobre a distinção entre doença e deficiência mental.

Essa posição foi reforçada por Beaugrand na obra “*Aliénation*”, de 1865, onde distingue os termos “*loucura*” de “*idiotia*”, sendo a última incluída entre “os estados de *insuficiência radical* de algumas aptidões intelectuais e morais” (Pessotti, 1999). Beaugrand definiu-a como causa orgânica, congénita, de origem encefálica, cujas consequências prejudicam o desenvolvimento. Esta concepção veio a influenciar as restantes classificações da época. No final do séc. XIX a concepção de deficiência mental estava associada à perspectiva exclusivamente organicista, de natureza neurológica, identificada pelo atraso no desenvolvimento dos processos cognitivos,

distinta da concepção de doença mental. Essa herança ingressou no séc. XX, de maneira hegemónica (Pessotti, 1999).

Reis & Peixoto (1999), referem que devido ao facto dos médicos terem sido os primeiros profissionais que trabalharam com pessoas com deficiência mental, não surpreende que as primeiras definições se centrem nos aspectos biológicos do atraso. As definições que mais se utilizaram no século passado foram enunciadas por Tredgod e Doll, como um estado de desenvolvimento incompleto, com um grau tal que o indivíduo é incapaz de se adaptar e manter uma vida independente, sem supervisão, controlo e apoio exterior.

Doll (1941, citado por Reis & Peixoto, 1999), estabeleceu os 6 critérios essenciais para uma definição adequada de atraso mental (1- incompetência social 2- devido à sub normalidade mental; 3- que determinou o desenvolvimento 4- que conduz à maturidade 5- é de origem constitucional e 6- é geralmente incurável).

A organização internacional, *American Association on Mental Retardation* (AAMR e actualmente AAIDD), fundada em 1876, é o órgão mais antigo e prestigiado no estudo da compreensão, definição e classificação da deficiência mental, tendo apresentado manuais com linhas orientadoras sucessivamente revistas por diferentes autores (Claudino, 1998).

Turk (2003), afirma que o primeiro manual, foi editado em 1921, e as revisões têm-se sucedido pela seguinte ordem cronológica: 1933, 1941, 1957, 1959, 1961, 1973, 1977, 1983, 1992 e a actual definição, em 2002.

A classificação de 1961 desta associação, refere:

*“A deficiência mental refere-se a um funcionamento intelectual geral abaixo da média, originado durante o período de desenvolvimento e está relacionado com transtornos da conduta adaptativa”* (Reis & Peixoto, 1999).

Em 1973, surge uma nova definição da AAMD que corrige a classificação anterior:

*“Atraso mental refere-se a um funcionamento intelectual geral muito abaixo da média, que coexiste com deficiências na conduta adaptativa e manifesta-se durante o período de desenvolvimento”* (Reis & Peixoto, 1999).

Estes autores referem que apesar de aparentemente parecerem idênticas, existem importantes diferenças entre as duas pois o abaixo da média da definição de 1961 exigia apenas um desvio padrão da média, a definição de 1973 acrescenta a palavra muito que se refere a uma pontuação de 2 ou mais desvios padrões, e estende o período de desenvolvimento dos 6 aos 18 anos para que coincida com o período de escolaridade pública, assim como especifica que os défices de

funcionamento têm de produzir-se durante o período de desenvolvimento para se poder distinguir com outras desordens (Reis & Peixoto, 1999).

Reis & Peixoto (1999), referem que a Organização Mundial de Saúde (OMS) veio reforçar a relação entre adaptação e aprendizagem propondo a seguinte definição:

*“Funcionamento intelectual geral inferior à média com origem no período de desenvolvimento associado a uma alteração do ajustamento ou da manutenção, ou dos dois na aprendizagem e na socialização”* (Ajuriaguerra, 1974, citado por Reis & Peixoto, 1999).

Ramos (2005), destaca que com a publicação da 9ª edição da AAMD (1992) assiste-se a uma verdadeira mudança de paradigma na área da deficiência.

*“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 da comunidade, auto--d direcção, saúde e segurança, académica funcional, lazer e ocupação/emprego. A deficiência mental manifesta-se antes dos 18 anos”* (Luckasson *et al.*, 1992, p.1).

Para Reis & Peixoto (1999), esta nova classificação trouxe como mudança fundamental a alteração com base no nível de apoios necessários e adequados a uma vida o mais independente possível, com vista à promoção da autonomia e independência do indivíduo com deficiência mental.

Esta mudança levanta algumas questões e encontra obstáculos, sobretudo, ao nível das mentalidades e dos atributos subjectivos, sendo necessária uma clarificação das formas de classificação, diagnóstico e de intervenção. Acarreta, assim, duas grandes consequências: a primeira, prende-se com o facto das categorias referenciadas ao indivíduo não se basearem num único aspecto (porque são insuficientes) e a segunda, por ser necessário mais clareza na descrição das capacidades de adaptação e das respectivas limitações que influenciam a vida quotidiana, e que são determinantes na interacção entre o indivíduo e o meio (Morato *et al.*, 1997).

Morato *et al.* (1997), referem que o sistema de classificação proposto pela, AAMD, como qualquer outro sistema de classificação, obedece a um conjunto de regras e características previamente definidas e formalmente determinadas, a que o indivíduo assinalado com deficiência mental deve corresponder. Processo de 3 passos: 1- Diagnóstico da deficiência

mental; 2- Classificação e descrição das capacidades e limitações do indivíduo; 3- Identificação da intensidade dos apoios necessários;

Ballone (2006), corrobora o sistema 1992 e considera que o objectivo fundamental do diagnóstico é planear a intervenção. A título de exemplo ao invés de se dizer “uma pessoa com deficiência mental severa” dir-se-á “uma pessoa deficiente mental com necessidades de apoio extensas nas áreas de comunicação e com necessidades de apoio limitadas na área de utilização da comunidade.”

### *1.1.3.2. Classificações actuais da deficiência mental*

*Sistema de 2002 da American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD anteriormente conhecida como AAMR).*

De acordo com Schalock et al. (2007), o actual modelo proposto pela American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD anteriormente conhecida como AAMR), o sistema de 2002, consiste numa concepção multidimensional, funcional e bioecológica de deficiência mental, incorporando as sucessivas inovações e reflexões teóricas e empíricas em relação aos seus modelos anteriores. A 10ª edição do Manual da AAMR 2002 apresenta a seguinte definição:

*“Intellectual disability is characterized by significant limitations both in intellectual functioning and in adaptive behaviour as expressed in conceptual, social, and practical adaptive skills. This disability originates before age 18.”* (Luckasson et al., 2002, p. 1).

*“A deficiência mental é caracterizada por limitações significativas tanto no funcionamento intelectual como no comportamento adaptativo, expressos nas habilidades conceituais, sociais, práticas e adaptativas. Esta deficiência aparece antes de idade dos 18 anos”* (Luckasson et al., 2002, p. 1).

A deficiência mental não representa um atributo da pessoa, mas um estado particular de funcionamento, para o qual existem 3 critérios a ter em conta: o funcionamento intelectual, o comportamento adaptativo, e a idade de início das manifestações ou sinais indicativos de atraso no desenvolvimento (Turk, 2003).

Para Schalock (2007), a definição proposta e o modelo teórico multidimensional da AAMR 2002, explicam a deficiência mental segundo cinco dimensões, porque elas estabelecem o contexto para o qual a definição se coloca, e indicam a forma como deve ser aplicada. Assim, a definição de deficiência mental não pode permanecer por si própria sozinha. As dimensões envolvem aspectos

relacionados à pessoa; ao seu funcionamento individual no ambiente físico e social; ao contexto e aos sistemas de apoio. São caracterizadas da seguinte forma:

I Dimensão: Capacidades Intelectuais: A inteligência é concebida como capacidade geral, incluindo “raciocínio, planeamento, solução de problemas, pensamento abstracto, compreensão de ideias complexas, rapidez de aprendizagem e aprendizagem por meio da experiência” (Luckasson et al, 2002).

São objectivamente avaliadas através de testes psicométricos de inteligência e um dos indicadores de deficits intelectuais, considerado em relação às outras dimensões. Desse modo, a mensuração da inteligência continua com muito peso, mas não é suficiente para o diagnóstico da deficiência (Schalock, 2007).

Enquanto o sistema 92 da AAMR adoptava-se o valor do Q.I. como índice de delimitação da avaliação intelectual, o Sistema 2002 avalia pela medida do desvio-padrão. Estabelece como ponto de definição duas unidades de desvio-padrão ( $2\sigma$ ) abaixo da média, em testes padronizados para a população considerada (Schalock, 2007).

Os seguintes requisitos são recomendados no processo avaliativo: a qualidade dos instrumentos de medida, considerando a validade dos testes e a adequação de seu uso; a qualificação do avaliador para a aplicação e interpretação dos resultados dos testes empregados; a selecção de quem fornece os dados quanto à sua legitimidade para fornecer dados sobre a pessoa que está sendo diagnosticada; a contextualização ambiental e sociocultural na interpretação dos resultados do processo avaliativo; a história clínica e social do indivíduo; as condições físicas e mentais associadas, que possam interferir nos resultados avaliativos das habilidades intelectuais (Schalock, 2007).

Os critérios objectivos, próprios das medidas psicométricas e das escalas de quantificação, são recomendados pela AAIDD, embora considerados insuficientes para o diagnóstico da deficiência mental, estes instrumentos são: Wechsler Intelligence Scale for Children - WISC-III; Wechsler Adult Intelligence Scale - WAIS-III; o Stanford-Binet-IV; a Kaufman Assesment Battery for Children (Turk, 2003).

Dimensão II: Comportamento Adaptativo. Definido como o “conjunto de habilidades conceituais, sociais e práticas adquiridas pela pessoa para corresponder às demandas da vida quotidiana. (Luckasson et al., 2002). Limitações nessas habilidades podem prejudicar a pessoa nas relações com o ambiente e dificultar o convívio diário. As habilidades conceituais, sociais e práticas constituem áreas do comportamento adaptativo.

*Habilidades conceituais* – estão relacionadas aos aspectos académicos, cognitivos e de comunicação. Exemplos: a linguagem; a leitura e a escrita; os conceitos relacionados com o exercício da autonomia.

*Habilidades sociais* – estão relacionadas com a competência social. Exemplos: a responsabilidade; a auto-estima; as habilidades interpessoais; a capacidade de seguir as regras, normas e leis; capacidade de evitar a vitimização.

*Habilidades práticas* – relacionadas ao exercício da autonomia diária. Exemplos: as actividades de vida diária: alimentar-se e preparar alimentos; arrumar a casa; deslocar-se de maneira independente; utilizar meios de transporte; tomar medicação; utilização do dinheiro; utilização do telefone; competências de higiene e vestuário; as actividades ocupacionais, laborais e relativas a emprego e trabalho; as actividades que promovam a segurança pessoal.

Para a avaliação do comportamento adaptativo utiliza-se instrumentos objectivos de quantificação. São recomendados os seguintes instrumentos: Vineland Adaptive Behavior Scales (VABS), AAMR Adaptive Behavior Scales (ABS), Scales of Independent Behavior (SIB-R), Comprehensive Test of Adaptive Behavior-Revised (CTAB-R) e Adaptive Behavior Assessment System (ABAS). As limitações no comportamento adaptativo são determinadas quantitativamente, levando em conta os resultados obtidos nos instrumentos, assim como nos testes de inteligência, a demarcação de referência situa-se em duas unidades de desvio-padrão (2s) abaixo da média do grupo de referência (Turk, 2003).

Dimensão III: Participação, interações e papéis sociais. Em relação ao diagnóstico da deficiência mental, torna-se importante a avaliação das interações sociais e dos papéis desta vivência no contexto social, bem como a participação na comunidade em que se vive. A observação e o depoimento são procedimentos de avaliação indicados para essa dimensão, tendo em vista a consideração dos múltiplos contextos envolvidos e a possibilidade diversificada de relações estabelecidas pelo indivíduo no mundo físico e social (Turk, 2003).

Dimensão IV: Saúde. As condições de saúde física e mental influenciam o funcionamento de qualquer pessoa, facilitando ou inibindo as suas realizações. A AAMR (2002) indica a necessidade de contemplar, na avaliação diagnóstica da deficiência mental, elementos mais amplos, de modo a incluir factores etiológicos e de saúde física e mental (Turk, 2003).

Dimensão V: Contextos. Consideram as condições em que a pessoa vive, relacionando-as com a qualidade da vida. São considerados na avaliação diagnóstica as práticas e valores culturais; as oportunidades educacionais, de trabalho e lazer, bem como as condições contextuais de

desenvolvimento da pessoa. São consideradas, também, as condições ambientais relacionadas ao seu bem-estar, saúde, segurança pessoal, conforto material, estímulo ao desenvolvimento e condições de estabilidade actuais. A avaliação dos contextos prescinde da utilização de medidas padronizadas, prevalecendo critérios qualitativos e de julgamento clínico (Turk, 2003).

Em termos práticos e de acordo com Ballone (2004), a importância dos sistemas de apoio, é referenciada desde o Sistema 1992 da AAMR. Os apoios são identificados como mediadores entre o funcionamento do sujeito e as cinco dimensões do modelo teórico. Quando necessários e devidamente aplicados, os apoios desempenham papel essencial na forma como a pessoa responde às exigências ambientais, além de proporcionarem o estímulo ao desenvolvimento e à aprendizagem da pessoa com deficiência mental ao longo da vida.

O autor refere que de acordo com a sua intensidade, os apoios podem ser classificados como:

**Intermitente:** O apoio apenas é aplicado quando necessário. Caracteriza-se por ser ocasionalmente, ou seja, a pessoa nem sempre precisa de apoio de forma continuada, mas durante períodos ou em determinados ciclos da vida, como por exemplo, na perda do emprego ou fase aguda de uma doença. Os apoios intermitentes podem ser de alta ou de baixa intensidade.

**Limitado:** Apoios intensivos caracterizados por alguma duração contínua, por tempo limitado, mas não intermitente. Neste caso incluem-se os deficientes que podem requerer um nível de apoio mais intensivo e limitado, como por exemplo, o treino do deficiente para o trabalho por tempo limitado ou apoios transitórios durante o período entre a escola, a instituição e a vida adulta.

**Extenso:** Trata-se de um apoio caracterizado pela regularidade, normalmente diária em pelo menos em alguma área de actuação, tais como na vida familiar, social ou profissional. Nesse caso não existe uma limitação temporal para o apoio, que normalmente se dá a longo prazo.

**Generalizado:** É o apoio constante e intenso, necessário em diferentes áreas de actividade da vida diária. Estes apoios generalizados exigem mais pessoal e maior intromissão que os apoios extensivos ou os de tempo limitado.

Para Turk (2003), o modelo de apoio proposto pela actual AAIDD nos Sistemas 92 e 2002 representa um paradigma inovador. Dá sentido ao diagnóstico, cujo objectivo principal consiste em identificar limitações pessoais, a fim de desenvolver um perfil de apoio adequado, na intensidade devida, perdurando enquanto durar a demanda.

Segundo Verdugo & Bermejo (2001), entre diversas vantagens, deve ressaltar-se que a ênfase dirigida para os apoios implica centrar-se nas soluções dos problemas em vez de centrar-se nas limitações dos indivíduos.

#### *DSM-IV*

O DSM-IV é uma classificação categorial. Estabelece categorias descritivas com base em sintomas e comportamentos, agrupando-os em síndromes ou transtornos (não necessariamente mentais).

A Definição actual de Deficiência mental segundo o DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), publicado em 1994, é anterior ao Sistema 2002 da AAIDD. Assim, ainda apresenta do Sistema 92 a terminologia deficiência mental bem como sua definição: “A Deficiência Mental refere-se a limitações substanciais no funcionamento actualmente presente. Caracteriza-se pelo estado de importante redução do funcionamento intelectual, associado a limitações em pelo menos dois aspectos do funcionamento adaptativo: comunicação, autonomia, cuidados pessoais, competências domésticas, aptidões escolares, habilidades sociais, utilização dos recursos comunitários, saúde e segurança, lazer e trabalho. O início deve ocorrer antes dos dezoito anos de idade” (Luckasson et al., 1992 cit. in Alonso & Bermejo, 2001).

Para ajustar a categoria da deficiência mental aos seus formatos de critérios, como aplica aos transtornos mentais incluídos na sua categorização, os autores do DSM-IV consideraram como critérios: As limitações do funcionamento intelectual; as limitações nas habilidades adaptativas; a idade de início das manifestações ou sinais da deficiência (Verdugo, 1994).

O DSM-IV adoptou igualmente a medida do Q.I. como critério quantitativo da deficiência mental, considerando como ponto delimitador o valor de Q.I. = 70-75 proposto em manuais anteriores da AAIDD e ainda contemplado no sistema 1992 (Verdugo, 1994).

O DSM-IV ainda utiliza a classificação de deficiência mental proposta pelo manual da AAIDD de 1959, definindo as seguintes categorias: deficiência mental ligeira (nível de Q.I. de 50-55 até aproximadamente 70); deficiência mental moderada (nível de Q.I. de 35-40 até 50-55); deficiência mental severa (nível de Q.I. de 20-25 até 35-40); deficiência mental profunda (nível de Q.I. abaixo de 20 ou 25) (Ballone, 2004).

O DSM-IV acrescenta uma categoria à classificação, a deficiência mental de causa desconhecida, aplicada quando as condições deficitárias da pessoa não permitem a quantificação da sua inteligência (Verdugo, 1994).

A principal distinção entre o Sistema 92 da AAIDD e o DSM-IV verifica-se exactamente na utilização desta classificação para apurar os graus de deficiência, recomendando a sua actual categorização dirigida à intensidade das necessidades de apoio (Verdugo, 1994).

#### *CID-10*

A CID-10 consiste num sistema categorial de descrições diagnósticas com base na organização de síndromes. Consiste num modelo teórico caracterizado por uma inspiração organicista.

Em relação à deficiência mental, a CID-10 admite a quantificação de Q.I. para a definição de deficiência mental, e com base nesse índice quantitativo, elabora o seu sistema de classificação. Assim como o DSM-IV, adopta a classificação proposta pela AAIDD de 1959 a 1983, embora com algumas reformulações: Deficiência mental ligeira; Deficiência mental moderada; Deficiência mental severa Deficiência mental profunda; *mental não especificado* (Ramos, 2005).

Admitindo o carácter sumário da classificação, os autores da CID-10 admitem a necessidade de um sistema mais amplo e específico para a deficiência mental.

#### *(CIF) Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*

Ramos (2005), refere que modelo de classificação e definição proposta pela AAIDD em 1992, suscitou a necessidade de novas metodologias de recolha de informação e o desenvolvimento de novos instrumentos que acompanhassem essa mudança.

Para suprimir essa lacuna foi efectuada a revisão da Classificação Internacional de Deficiências Incapacidades e Desvantagens (ICIDH), publicada pela Organização Mundial de Saúde em 1980, e revista posteriormente em diversas ocasiões, veio a dar lugar em 2001, a uma nova classificação, o (CIF) Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Contrariamente a classificações anteriores, esta não classifica as pessoas, e sim as características de saúde das pessoas dentro de um contexto das situações individuais de vida e dos impactos ambientais. A interacção das características de saúde com os factores ambientais é que produz a "incapacidade" (Ramos, 2005).

Assim, os indivíduos não devem ser reduzidos ou caracterizados apenas em termos das suas deficiências, limitações da actividade ou restrições na participação.

Para compreender a funcionalidade e incapacidade foram propostos vários modelos conceptuais expressos numa dialéctica de modelo médico "versus" modelo social. O modelo médico considera a incapacidade como um problema da pessoa, causado directamente pela doença, trauma ou outro problema de saúde, que requer assistência médica por profissionais, por outro lado, o modelo social de incapacidade, considera-a como um problema criado pela sociedade e como uma questão de

integração plena do indivíduo na sociedade. A incapacidade não é um atributo do indivíduo, mas sim um conjunto de condições, muitas das quais criadas pelo ambiente social (Verdugo, 1994).

A CIF baseia-se na integração destes dois modelos, procura fornecer uma visão coerente das diferentes perspectivas de saúde: biológica, individual e social. Para os propósitos de classificação, a CIF complementa a CID-10, assim como o DSM-IV (Ramos, 2005).

### *1.2. A etiologia da deficiência mental*

A etiologia da deficiência mental é muito diversa, vários foram os estudos realizados nesta matéria; Binet, em 1905, (citado por Andrada, M. et al., 1981), desenvolveu o estudo sobre a deficiência mental do ponto de vista psicológico. Zigler et al. (citado por Claudino, 1998), apresentam dois grupos distintos para a origem de deficiência intelectual: os de causa orgânica conhecida e os de causa desconhecida que por isso se designam, com frequência como atraso devido a factores socioculturais, atraso familiar, etc. Segundo estes autores este último grupo atinge cerca de 70 a 75% do total da população com deficiência mental. Para Wechsler (citado por Claudino, 1998), os factores determinantes para a deficiência mental são biológicos, fisiológicos e genéticos, apesar de também serem importantes os aspectos socio-económicos.

Andrada (1981), considera como causas para a deficiência mental: causas pré-natais (infecções durante a gravidez, rubéola, varicela, toxoplasmose, factores tóxicos e medicamentosos, factores físicos, factores nutritivos, etc.); factores pré-natais (prematuridade, traumatismo obstétrico, hipoglicémia, entre outros.); factores pós-natais (traumatismos crânio-encefálicos, meningite, encefalite, etc.); factores sócio-afectivos (falta de estimulação e de oportunidades de aprendizagem).

A DSM-IV (1996), aponta como factores predisponentes para a deficiência mental factores biológicos e factores psicossociais. Apontam como principais factores predisponentes: hereditariedade; alterações precoces do desenvolvimento embrionário; problemas da gravidez e pré-natais; condições médicas gerais adquiridas no início da infância; outros transtornos mentais e influências ambientais.

As influências ambientais são de extrema importância para o desenvolvimento da criança tanto "normal" quanto "deficiente". Vigotsky (citado por Silva, N., Dessen, M., 2001), afirma que a influência do ambiente sobre o desenvolvimento infantil, ao lado de outros tipos de influências, também deve ser avaliada levando em consideração o grau de entendimento, a consciência e o

“insight” do que está a acontecer no ambiente em questão. Para este autor, as crianças deficientes mentais severas, que não têm as aquisições cognitivas preservadas, acabam sendo poupadas e protegidas de situações que, para as crianças não deficientes, poderiam causar extremo sofrimento.

É importante destacar que a vivência da criança com deficiência mental, em comparação com a criança "normal", ocorre de forma diferenciada devido às suas limitações, mas isso não significa que os acontecimentos do ambiente não tenham um impacto sobre ela (Silva, Dessen., 2001).

## *2. Sexualidade e Deficiência Mental*

### *2.1. Definição de sexualidade*

A sexualidade é uma área de grande importância no desenvolvimento dos indivíduos, uma vez que se refere ao modo como cada um se relaciona consigo próprio e com os outros, na procura de amor, contacto e intimidade. Segundo a Organização Mundial de Saúde (1982), a definição de sexualidade é a seguinte: *"É uma energia que motiva para encontrar amor, contacto, ternura e intimidade; integra-se no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ser-se sexual. A sexualidade influencia pensamentos e, por isso, influencia também a saúde física e mental"* (Nodin, 2002).

A sexualidade existe desde nascimento e prolonga-se até ao fim da vida do ser humano, é caracterizada por diferentes aspectos consoante as fases de desenvolvimento em que se encontra. As manifestações sexuais da criança são diferentes das do adolescente e ambas diferentes quer da do adulto quer do idoso.

A sexualidade consiste numa construção social, historicamente datada e culturalmente localizada, que transcende a genitalidade. As culturas fornecem categorias, esquemas e rótulos muito diferentes para enquadrar experiências sexuais e afectivas. A relação entre o acto e a identidade sexual, de um lado, e a comunidade sexual, de outro, é igualmente variada e complexa. Assim, o exercício da sexualidade é ancorado nos mais variados significados e sentidos dados de acordo com a cultura e o período histórico. Esta definição de sexualidade é significativa para a compreensão da transformação de outras formas de expressão sexual que vão além do modelo heterossexual reprodutivo (Moita & Milice, (s/d).

O conceito sexualidades traz consigo a ideia da inclusão de diferenças e diferentes identidades e formas de expressão. A riqueza humana está fundada nas diferenças e não na incessante luta para enquadrar diferenças em moldes pré-estabelecidos. Cabe a cada um de nós contribuir com a nossa própria diferença para a construção de um contexto de igualdade,

respeito, equidade de género e de aceitação – não discriminação – por razão de género, bases estas que favorecem a saúde sexual, na convivência ética e cidadã (Nodin, 2002).

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

O desenvolvimento afectivo-sexual é um processo complexo e subtil, que está sujeito a diversos factores, à medida que o ser humano passa pelas diversas etapas da sua vida. Todos os seres humanos têm impulsos sexuais e, porque vivem em sociedade, o seu comportamento sexual é condicionado e controlado pelo contexto sociocultural em que se inserem (Félix e Marques, 1995).

Pan (2000), menciona que a sexualidade se vai construindo ao ritmo do crescimento da pessoa e que a relação sexual entre duas pessoas deve provir de um reconhecimento do seu carácter pessoal, da afirmação da sua qualidade como sujeito e não simples objectos em busca de satisfação dos seus próprios desejos e pulsões.

## *2.2. Evolução do conceito de sexualidade*

Ao longo da história, a sociedade vem passando por profundas transformações no que se refere a padrões de comportamento sexual. Na educação, a sexualidade ainda representa um tema complexo, que exige uma postura e análise crítica contínua, pois a sociedade considera que o ser humano está sempre em constante adaptação, indo ao encontro de novas condutas, estabelecendo novos valores e construindo novas realidades sociais (Aranha, 1995).

A forma de encarar a sexualidade tem também evoluído ao longo da história humana, sendo possível identificar épocas em que a sexualidade era encarada de uma forma natural, como uma expressão da natureza humana (Grécia e Roma antigas, Renascimento) e outras épocas em que predominava a sua expressão considerando-se a sexualidade como algo de negativo e prejudicial para quem a praticasse (Idade Média, período Vitoriano). Na actualidade predomina uma abordagem mais liberal da sexualidade, para o que contribuem, entre outros factores, um século de estudo científico da sexualidade, de luta pelos direitos de grupos discriminados por motivos de índole sexual (mulheres, homossexuais, etc.), bem como a divulgação para o grande público de informação sobre sexualidade (Pessoti, 1999).

## 2.3. *Sexualidade e deficiência mental*

### 2.3.1. *Introdução*

Kempton (1980), afirma que a sexualidade dos deficientes mentais combina dois dos aspectos da vida humana que, em virtude do conjunto de crenças e preconceitos que lhe estão associados, maior carga emocional encerram: *sexo e deficiência mental*.

Guimarães (Citado por Assumpção & Sprovieri, 2005), afirma que a sexualidade é construída social, histórica e culturalmente, e por causa das exigências em torno do sexo, as actividades sexuais são consideradas tabus, ficando sujeitas à repressão sexual, com grande impacto nas nossas vidas, embora maior na população do nosso estudo.

Lofgren-Martenson (2004), refere que do ponto de vista histórico, a sexualidade é um dos aspectos mais importantes da vida que tem sido influenciada pela repressão e controle que a sociedade impôs às pessoas com deficiência mental. O comportamento sexual foi frequentemente incompreendido, ignorado e punido devido à generalização das interpretações sociais da sexualidade. Conduziu à segregação e isolamento para a maioria das pessoas com deficiência mental durante os séculos XIX e XX. Muitos foram aleatoriamente esterilizados e as suas necessidades de amor e sexualidade ignoradas.

No final dos anos 60, início dos anos 70, a sociedade foi gradualmente se tornando mais liberal e compreensiva, tanto em relação à sexualidade, como às pessoas com deficiência mental. Actualmente, embora a sociedade reconheça a importância do crescimento em família, a fim de experienciar o que é considerado como uma vida normal, a maioria das pessoas com deficiência mental ainda vivem em instituições em pequenos grupos externos com apoio e assistência. O seu modo de vida ainda difere bastante, em comparação à forma como a maioria das pessoas ditas normais vivem como adultos. Por exemplo, a maioria das pessoas com deficiência mental não vivem juntos como casal ou iniciam uma família sua. Em vez disso, eles vivem sob supervisão de técnicos, em conjunto com outras pessoas com deficiência mental, as quais não foram escolhidas pelos próprios (Lofgren-Martenson, 2004).

O deficiente mental, como qualquer outro indivíduo, tem necessidade de expressar livremente os seus sentimentos de modo próprio e intransferível. A repressão da sexualidade, nestes indivíduos, pode alterar seu equilíbrio interno, diminuindo as possibilidades de se tornar um ser psicologicamente integral. Por outro lado, quando bem encaminhada, a sexualidade melhora o desenvolvimento afectivo, facilitando a capacidade de se relacionar, melhorando a auto-estima e a adequação à sociedade (Gejer, 2003).

É importante lembrar que a sexualidade é uma função natural, existente em todos os indivíduos. Pode-se expressar no seu componente afectivo, erótico ou afectivo-erótico (Gejer 2003).

### *2.3.2. Atitudes face à sexualidade na deficiência mental*

#### *2.3.2.1. Definição e conceitualização de Atitudes*

Ramos (2005), afirma que o estudo das atitudes tem sido objecto de especial consideração por parte de vários autores em todas as épocas. Destacam-se as décadas de 20 e 30, caracterizadas pela era da medição de atitudes.

O conceito de atitude é considerado o conceito mais central de psicologia social e foi, ao longo do tempo, incorporando definições sucessivas. Porém, há que distinguir a noção comum e o conceito científico de atitude. Como noção, a atitude significa um acto, uma postura do corpo ou o sentido de um propósito. Mas como conceito, a atitude representa um esquema mental que efectua a mediação entre o pensamento e o comportamento, não podendo ser observável. Por outro lado, não podemos confundir as atitudes com opiniões, traços de personalidade, crenças, valores ou ideologias (Gejer, 2003).

Um dos primeiros a destacar a sua importância foi Strauss (1945), que considerava a atitude como o conceito central no campo da psicologia, e cuja utilidade no avanço da ciência e da literatura era notória desde os últimos 20 anos. No entanto, o conceito, apesar da sua posição-chave, destacava-se igualmente pela enorme confusão gerada pela espantosa diversidade de concepções que o termo designa.

A riqueza do seu significado torna a atitude num conceito que pretende ser mediador entre a forma de agir e a forma de pensar dos indivíduos. O acentuar da componente cognitiva ou da componente de orientação para a acção reflecte as diferentes posturas teóricas. Enquanto as correntes comportamentalistas definem atitudes como o comportamento verbal através do qual as pessoas expressam as suas preferências e contrariedades, a perspectiva cognitiva analisa a congruência interna das atitudes, a sua relação com as crenças e os valores individuais ou grupais (Lima, 1986; Vala & Monteiro, 1996; Ramos, 2005).

As diferentes posições quanto ao conceito de atitude apresentam alguns pontos em comum:

- As atitudes referem-se a experiências subjectivas.

Todos os autores se referem às atitudes como expressando o posicionamento de um indivíduo ou de um grupo, construído a partir da sua história e das aprendizagens sociais.

- As atitudes são sempre referidas a um objecto.

Quando se fala da atitude de um indivíduo ou de um grupo social, é sempre referente a um determinado facto ou acontecimento.

- As atitudes incluem sempre uma dimensão avaliativa.

As diferentes teorias acentuam, de certo modo, as ligações à cognição e ao comportamento; no entanto, está sempre presente a dimensão afectivo-avaliativa, isto é, uma atitude traduz uma posição que, face a um determinado objecto social, pode ser expressa em termos de “gosto/ não gosto” ou “concordo/ discordo” (López & Fuertes, 1999).

De acordo com Chaplin (1981), atitude é uma predisposição relativamente estável e duradoura do indivíduo para se comportar ou reagir de determinada forma em relação a pessoas, objectos, instituições ou acontecimentos. As atitudes tendem a responder às pessoas, instituições ou acontecimentos, quer positiva, quer negativamente. As origens das atitudes são culturais, familiares e pessoais, isto é, tendemos a assumir as atitudes que prevalecem na cultura em que crescemos; grande parte delas passa de geração em geração, dentro da estrutura familiar.

Assim, as pessoas agem de forma distinta ao mesmo estímulo, em parte porque o entendem e sentem de maneira diferente, de acordo com a sua experiência de vida e com os valores que ao longo da vida vão interiorizando (Ramos, 2005).

A forma extrema da atitude negativa designa-se por preconceito, definido como uma atitude que se formula antes de provas suficientemente evidentes e se conserva com tenacidade emotiva, predispondo o indivíduo a comportar-se de um certo modo ou a pensar de uma certa maneira para com os outros (Chaplin, 1981).

Assim, o sujeito não tem experiências directas com todos os objectos de atitudes, sendo a maioria das suas atitudes formadas na escola, na família, ou baseadas no que os outros lhe transmitem ao longo do processo de socialização e de formação (Ramos, 2005).

#### *2.3.2.2. Atitudes face à sexualidade*

López e Fuertes (1999), consideram que só existem dois pólos de posicionamento na questão das atitudes pessoais em relação à sexualidade: uma atitude conservadora ou uma atitude liberal. Embora estas posições sejam antagónicas, podem surgir mudanças nestes posicionamentos, quer ao longo da vida, quer em termos histórico-sociais. A atitude conservadora, assenta numa visão da sexualidade que tem por base um modelo que privilegia a vertente reprodutiva.

Gomes (1995), refere que as pessoas que se posicionam de acordo com esta atitude geralmente mantêm posições pouco favoráveis e por vezes contraditórias face aos temas polémicos, nomeadamente o aborto, as relações pré-conjugais, a homossexualidade e bissexualidade, a masturbação, o direito à sexualidade dos indivíduos com deficiência.

A atitude liberal, caracteriza-se por uma visão da sexualidade que não se circunscreve ao reducionismo da reprodução, incluindo, por isso, outras importantes valências da sexualidade: o prazer, a afectividade, a comunicação, etc., tão relevantes para o indivíduo ou para uma relação entre duas pessoas (López & Fuertes, 1999).

### *2.3.2.3. Atitudes face à sexualidade na deficiência mental*

Através dos tempos, o sexo era e ainda hoje é visto por alguns sectores conservadores da sociedade, dentro de um contexto histórico, social e cultural como um pecado; não se podia ter prazer nas relações sexuais, concebidas apenas para fins de procriação. Sempre houve um sentimento de culpa, uma tentativa de negação da sexualidade. Com os portadores de deficiências, principalmente a mental, ocorre a reunião de três tabus, ou seja, a sexualidade humana, a deficiência mental e a sexualidade no deficiente mental (Gejer 2003).

Complexa e multidimensional, a sexualidade é, com efeito, uma das vertentes humanas mais moduladas pelo processo de socialização. E se as consequências da influência dos sistemas de valores e normas de conduta social no campo da sexualidade, em geral, são um facto assumido, o mesmo se tem aplicado, ainda que mais intensamente, ao duplo tabu sexualidade e deficiência mental. Circunscrito num quadro obscuro e mitológico, esse duplo tabu foi objecto de atitudes e comportamentos sociais discriminatórios e penalizantes, explicáveis nos cenários culturais de um passado relativamente recente. Gerava-se, então, um sistema de crenças generalizado à volta da sexualidade das pessoas com deficiência mental traduzidas em ideias estereotipadas e sem fundamento científico, ou eram comparados a anjos (assexuados) ou, em oposição, possuíam um exacerbado e incontrolável comportamento sexual, entendido como compensação do deficit cognitivo (Delville & Mercier, 1999).

As atitudes sociais, moldadas pelo preconceito e pela ignorância, suportam todo um conjunto de comportamentos que negam os mais elementares direitos do indivíduo, direitos esses que dizem respeito à sua qualidade de vida, com particular incidência no domínio afectivo-sexual (Félix & Marques, 1995).

A pessoa com deficiência mental é ainda muitas vezes olhada pela sociedade como um ser assexuado sem direito à sua plena realização sexo-afectiva, pelo facto de não conseguir a sua autonomia e independência económica. (Félix & Marques, 1995).

Um dos conceitos estereotipados diz respeito à ideia da pessoa deficiente mental manifestar uma conduta hiper-sexual e que não controla o seu impulso sexual, resultando numa sexualidade descontrolada e, por vezes, agressiva (Pan, 2000). No outro extremo, o deficiente mental também é tido como uma pessoa que não tem desejo ou necessidade sexual (assexuado), sendo considerado “santo, inocente e puro”. E assim, o indivíduo é considerado eternamente uma criança, à qual a sexualidade é interdita e a sua expressão reprimida.

Kempton (1995), sintetiza as diferentes atitudes face à sexualidade das pessoas portadoras de DM, reduzindo-as a três categorias: 1 - Eternas Crianças: Atitude paternalista, considera a sexualidade nestas pessoas como inexistente, há que negá-la e reprimi-la. 2 - Seres Semi-humanos: são vistos como seres humanos inacabados ou grosseiros. Quando ocorrem comportamentos sexuais as reacções são geralmente de medo e repulsa. 3 - Pessoas em Desenvolvimento: Valoriza os comportamentos sexuais, propondo plenos direitos em todas as áreas da vida, incluindo a sexual.

#### *2.3.2.4. Estigmas e crenças*

O conceito de estigma é de extrema importância para que se possa entender os conflitos relacionados à deficiência mental e à sua sexualidade, bem como aos conflitos da sua vida na sua globalidade (Pan, 2000).

De acordo com Goffman (1995), estigma é a característica a qual faz com que o indivíduo que dela é portador seja considerado inferior. Assim, é excluído de uma categoria a qual poderia pertencer, já que este indivíduo possui determinado atributo que se distancia da imagem que a sociedade tem como ideal.

A partir do estigma, é possível observar diversas de suas consequências, e entre elas, a de que se tende a "inferir uma série de imperfeições a partir da imperfeição original".

Essa tendência auxilia-nos a compreender porque há a noção equivocada a respeito da pessoa deficiente mental que a coloca como deficiente também em seu desenvolvimento sexual e afectivo (Denari, 1998; Ferreira, 2001). Além disso, supõe-se que o deficiente mental é um ser assexuado ou então, que ela é mais exacerbada neste indivíduo do que nas pessoas em geral.

Para Gherpelli (1995), esses preconceitos são reforçados pela crença de que as pessoas deficientes mentais são incapazes de aprender as normas sociais vigentes e, desta forma, acaba-se realmente, ocasionando conflitos no que diz respeito ao desenvolvimento da sua sexualidade. Assim, a falta de informação faz com que os estereótipos se perpetuem, negando-se-lhes as hipóteses de desenvolver as suas potencialidades e viver experiências no âmbito afectivo e sexual, impossibilitando a sua integração social. A importância da informação está na possibilidade de aumento da qualidade de vida do indivíduo e da sua própria família.

Gejer (2003), discute algumas das crenças mais comuns, relacionadas à sexualidade e deficiência:

1. Jovens com deficiência não são sexualmente activos.

Embora alguns adolescentes, com deficiência profunda, possam ser menos aptos que seus pares para serem sexualmente activos, a crença é infundada, pois não se deve assumir que a condição de deficiência por si só, preveja o comportamento sexual.

2. As aspirações sociais e sexuais de pessoas com deficiência são diferentes dos seus pares.

Apesar de existirem muitos casos de isolamento social, vários estudos demonstram que como qualquer outra pessoa, eles gostariam de ter relações sexuais, de casar e de ter filhos. A realidade é que estas pessoas têm menos oportunidades de explorar alguma relação com os seus semelhantes, o que dificulta o alcance de suas aspirações.

3. Problemas quanto à expressão sexual do deficiente ocorrem em função de sua deficiência.

Estudos demonstram que problemas físicos e mentais têm menor influência sobre a expressão sexual do deficiente do que sua integração social. Os deficientes têm maior possibilidade do que os jovens "normais" de ficar isolados da sociedade. Se a expressão sexual ocorre num contexto social, então o isolamento tem, como consequência, a incapacidade do deficiente em aprender e desenvolver habilidades sociais. A conduta sexual é aprendida, formada e reforçada por factores ambientais.

4. Os ambientes integrados oferecem maiores probabilidades de reforçar condutas integradas. Pais de adolescentes com deficiência proporcionam suficiente educação sexual para seus filhos.

5. Uma das consequências do isolamento social, para estes jovens, é que eles recebem menos informações sobre sexualidade, reprodução, contracepção e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e Sida. Estudos mostram que a maioria dos jovens deficientes

nunca recebeu educação sexual. Jovens com deficiências são sexualmente vulneráveis a assédios sexuais.

A preocupação acerca da vulnerabilidade de adolescentes deficientes tem fundamento. Portanto, os médicos que os acompanham, devem discutir essas preocupações com eles e com os pais e não esperar que sejam os pais a manifestar as suas preocupações. Para alguns adolescentes, apenas a educação sexual será suficiente. Para outros, precisará ser complementado com contraceção (Servais, 2006).

Todas estas situações demonstram que, desde muito cedo, esses adolescentes necessitam conhecer atitudes saudáveis em relação ao seu corpo e às suas funções. Qualquer que possa ser o interesse ou o conhecimento sexual que eles tenham, deve-lhes ser ensinado tudo o que for possível sobre sexualidade. Se lhes for oferecida a vantagem da integração, também devem ser orientados em relação a habilidades e atitudes de comportamento socialmente apropriados (Félix, 2003).

### *2.3.3. O direito à sexualidade*

Embora se discuta muito acerca dos princípios de integração e normalização, é curioso observar que tais princípios são eminentemente aplicados a uma visão igualmente pragmática e vinculada à produção. A questão do prazer passa despercebida (Aranha, 1995).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos é inegavelmente um marco de referência para o posicionamento do ser humano no Mundo, na sua dimensão individual e social. Proclamando os direitos do Homem e as suas liberdades fundamentais, a dignidade e valor da pessoa humana, justiça social e paz, serviu de base a outras convenções, acordos e instrumentos internacionais que imprimiram um cariz específico aos princípios consignados na Declaração, destacando-se as “Normas sobre a Igualdade de Oportunidades para as Pessoas com Deficiência”. Segundo as Nações Unidas (1994), as normas colocam a tónica na dimensão sócio ética, assente em argumentos humanistas que defendem a igualdade de oportunidades e os direitos das pessoas com deficiência, exaltando-se a importância da participação, poder de decisão e escolha dessas pessoas no que concerne a actividades e papéis inerentes a áreas decisivas da qualidade de vida, nomeadamente a acessibilidade, a educação, o emprego, a vida Familiar e a dignidade pessoal, cultural, etc. Contudo, não faz qualquer sentido falar destas dimensões da qualidade de vida quando, ao mesmo tempo, se lhe é vedado o direito à sua sexualidade e afectividade (Albuquerque, 2000).

Seguindo estas linhas orientadoras, alguns países europeus têm desenvolvido medidas jurídico-legislativas e psicológico-educacionais consentâneas com os princípios de inclusão e normalização (Félix, 2006).

Lopes (2003), refere que a Constituição da República Portuguesa consagra, no seu Artigo 12º, o *princípio da universalidade*: «n.º1. Todos os cidadãos gozam dos direitos e estão sujeitos aos deveres consignados na Constituição», e no Artigo 13º, o *princípio da igualdade*: “n.º1. Todos os cidadãos têm a mesma dignidade social e são iguais perante a lei”.

Por sua vez o artigo 71º, n.º1, assegura que: “*Os cidadãos portadores de deficiência física ou mental gozam plenamente dos direitos e estão sujeitos aos deveres consignados na Constituição, com ressalva do exercício ou do cumprimento daqueles para os quais se encontram incapacitados*”. O que significa esta ressalva?

De acordo com Lopes (2003), significa que, em determinadas circunstâncias que a lei prevê, estas cidadãs e cidadãos não serão obrigados ao cumprimento de certos *deveres*, em virtude da sua situação (como será o caso da prestação de serviço militar), bem como não poderão usufruir de certos *direitos* (direito de voto), pelo mesmo motivo. Têm portanto a sua capacidade jurídica diminuída ou inexistente, isto é, não podem, por si, praticar determinados actos ou serem legalmente coagidos à sua prática.

As pessoas com deficiência mental têm o direito de experimentar intimidade e afecto, de expressar as suas necessidades de acordo com as normas sociais, receber educação sexual e serviços de planeamento familiar, assim como casar, procriar e receber serviços e apoios (Kempton, 1980).

As pessoas com deficiência não constituem grupos homogêneos, pelo que exigem a definição de respostas específicas que vão ao encontro das suas necessidades diferenciadas e identificáveis. A matéria de saúde sexual e reprodutiva das pessoas com deficiência mental deve ser vista, simultaneamente, num contexto amplo que favoreça a sua autonomia pessoal e lhes permita uma adequada integração na sociedade, e num contexto pontual, contemplando cada situação individualmente, uma vez que as pessoas são todas diferentes. Para que uns não sejam mais cidadãos que outros (Lopes, 2003).

#### 2.3.4. *Educação sexual na deficiência mental*

Segundo Félix (2003), não faz sentido questionar se a pessoa com deficiência mental tem ou não sexualidade. A resposta é evidente no dia-a-dia de quem convive directamente com as pessoas

com deficiência mental: na sua atitude, nas suas necessidades, nas suas conversas, nas suas perguntas e nos seus comportamentos.

Reprimir a sua sexualidade também não vai fazer com que ela desapareça, mas sim ao fazê-lo estamos a dessexualizar o deficiente, a angustiá-lo e a torná-lo mais agressivo. Mais importante, ainda, estamos a limitá-lo como ser humano. Estamos a isolá-lo dos demais e a marginalizar ainda mais essa pessoa (Félix, 1997).

No campo da educação sexual, Assumpção e Sprovieri (2005), enunciam os conteúdos essenciais para criação de um programa educativo que são a consciência de si (perceber-se enquanto elemento masculino ou feminino, o que implica, o reconhecimento das partes do corpo e dos caracteres sexuais e a verbalização de sentimentos e sensações), as mudanças físicas (percepção de se tornar homem ou mulher e quais os papéis inerentes), relacionamentos grupais (relação com o outro) e responsabilidades sociais enquanto homem ou mulher. No entanto, para o sucesso deste tipo de programas educativos, é essencial o envolvimento de toda a comunidade (pais, técnicos, familiares).

Castilho e Gomes (2003), sustentam que a educação sexual é fundamental para que o indivíduo com deficiência mental possa desfrutar a sua sexualidade com respeito pelo seu corpo e com a responsabilidade inerente, pois o conhecimento sexual ajuda a conhecermo-nos uns aos outros, a entender e vivenciar de uma forma gratificante e plena as relações interpessoais.

Há que ter em conta as limitações do indivíduo na área cognitiva se incidem directamente no desenvolvimento psicosssexual, e afectam a capacidade de abstracção, simbolização e imaginação, assim como a aquisição de aprendizagens académicas e de aptidões sociais. Assim, o desenvolvimento psicosssexual processa-se de um modo mais lento do que nos indivíduos da mesma faixa etária, devendo-se a vários factores, sendo entre outros as características da deficiência, a educação afectivo-sexual recebida, as atitudes da família, educadores e da sociedade em geral (Castilho & Gomes, 2003).

A pessoa com deficiência mental deve aprender desde logo a reconhecer a sua individualidade, compreender o comportamento social, conhecer a sua própria vulnerabilidade, e essencialmente, saber escolher, decidir e desenvolver a sua própria sexualidade. Ao caminharmos num sentido mais humanista, reconhecido nos movimentos actuais de índole social, educacional, psicológico e legislativo, seria contraditório e inconcebível que não se respeitasse e reconhecesse o direito à sexualidade e à educação sexual daqueles que são “diferentes” (Servais, 2006).

### 2.3.5. Estudos sobre Deficiência Mental e Sexualidade

Alguns estudos realizados nas décadas de 70 e 80 concluem que: a frustração sexual das pessoas com deficiência mental contribui de forma significativa para os seus problemas de adaptação: na maioria das instituições, a única expressão da sexualidade permitida é a masturbação e todos os outros comportamentos sexuais são recusados e considerados inaceitáveis, incluindo o mero contacto superficial. Os directores têm atitudes mais liberais do que os prestadores de cuidados directos; no entanto, não se compreende a discrepância entre estas atitudes, mais tolerantes, e a realidade concreta das instituições as atitudes dos profissionais em contacto directo com as pessoas com deficiência mental são mais conservadoras do que as dos especialistas; as atitudes dos profissionais face à sexualidade das pessoas com deficiência mental constituem, maioritariamente, um reflexo dos seus valores pessoais, dependendo de factores como a idade, o nível de formação e tipo de ocupação (Aizpurua, 1985 citada por Félix 2003).

Brantlinger (1983 citada por Félix 2003), num estudo realizado a 232 sujeitos com diferentes características pessoais e profissionais, elaborou uma escala de atitudes face à sexualidade das pessoas com deficiência mental, compostas por 40 itens “*Sexuality and the Mentally Retarded Attitude Inventory – SMRAI*”. Pela aplicação dessa escala conclui que as variáveis que contribuem significativamente para uma pontuação de maior ou menor tolerância são: a ocupação, a frequência das conversas sobre temas relativos à sexualidade, o número de filhos, o nível de formação e a idade. Conclui ainda que, apesar de muitas facetas da vida das pessoas portadoras com deficiência mental estarem já normalizadas, a supervisão continua restritiva e repressiva na área da expressão da sexualidade.

Martins (1995), aplicou um questionário a 48 famílias de jovens com deficientes mentais ligeiros, moderados e severos onde verificou que: 52% dos pais consideraram que é difícil falar de sexualidade/afectividade dos filhos contra 35% que discordam; 78% dos pais concordam que os filhos têm direito viver a sua sexualidade, 75% dos pais não concordam com o repreender dos jovens quando manifestam interesse sobre cenas que vêm na televisão; 79% pensam que não devem repreender os seus filhos quando os encontram a masturbar-se.

Szolios e McCabe (1995), compararam os conhecimentos e experiências de um grupo de adultos com deficiência mental ligeira ao de um grupo de estudantes universitários, cujos dados tinham sido recolhidos através de entrevistas individuais. Os resultados sugerem que as pessoas

com deficiência mental obtiveram pontuações mais baixas na maior parte das áreas de experiências da sexualidade; as exceções foram em relação a abusos sexuais, masturbação e homossexualidade nas quais não foram encontradas diferenças entre os dois grupos. Os adolescentes e adultos com deficiência mental apresentaram globalmente um conhecimento limitado em determinadas situações e atitudes negativas para com sexualidade relativamente ao grupo de pessoas sem deficiência. Nas áreas de conhecimento relacionadas com a menstruação e a parte do corpo identificação, porém, as pontuações entre os dois grupos pouco variaram.

Holmes (1998), aplicou a escala de atitudes (SMRAI), a uma amostra de 46 profissionais de diversas formações (enfermeiros, terapeutas ocupacionais, pessoal administrativo e outros) de um hospital. Uma das conclusões do estudo foi de que a maioria dos profissionais tinha uma atitude razoavelmente liberal face à actividade sexual das pessoas com deficiência. Outra das conclusões foi que a maioria dos profissionais reconhecia a necessidade de mudança nas políticas do hospital, no sentido de facilitar a expressão da sexualidade.

Félix (2001), aplicou a escala de atitudes (SMRAI) a profissionais que trabalham em instituições para pessoas com deficiência mental; apesar das atitudes serem tendencialmente liberais, comparadas às atitudes face à sexualidade em geral e face à sexualidade das pessoas encontrou diferenças significativas, a desfavor das últimas.

Bryde & Cuskelly (2004), analisaram as atitudes de um grupo de pais, técnicos e da comunidade em geral face à sexualidade de adultos com deficiência mental, criando um instrumento com itens relativos a oito dimensões da sexualidade: sentimentos sexuais, educação sexual, masturbação, relações pessoais, interacção sexual, esterilização, casamento e parentalidade. Concluíram que a idade era a variável mais importante nas atitudes face à sexualidade de indivíduos com uma deficiência mental moderada e que eram os mais velhos quem possuía atitudes mais conservadoras. Quanto à parentalidade, a amostra do estudo apresentou atitudes menos positivas por considerarem que a educação dos filhos tinha implicações mais vastas por requerer capacidades acima de uma incapacidade intelectual moderada. As atitudes face à sexualidade de adultos com deficiência mental são comumente consideradas positivas, exceptuando no campo da parentalidade, mas havendo um consenso da importância da educação sexual na vida destas pessoas.

### *3. Fundamentação do estudo, problema, objectivos e questões de Investigação*

A sexualidade em pessoas com deficiência mental começou a ganhar maior destaque no início da década de 70, desde então, diversos estudos foram efectuados, quer a nível nacional, quer a nível internacional.

Apesar do crescente interesse, existem ainda muitas lacunas ao nível do conhecimento e de informações acerca desta problemática, principalmente no nosso país, o que justifica a realização deste trabalho cujo principal objectivo é contribuir para um maior e melhor conhecimento das vivências, interesses e necessidades afectivo-sexuais destas pessoas, e combater algumas crenças e preconceitos que prejudicam a sua qualidade de vida.

Os estudos existentes concentram-se geralmente na percepção, atitude e envolvimento de terceiros e esquecem-se de ouvir e dar a palavra às pessoas directamente afectadas.

Por isso neste estudo, pretende-se assim conhecer, analisar e recolher as opiniões e conhecimentos das pessoas com deficiência mental relativamente a questões relacionadas com a sua sexualidade, e associá-las com o que os tutores e técnicos pensam que eles responderam e sabem, para perceber até que ponto conhecem os utentes.

Na medida em que os tutores e os técnicos têm um papel reconhecidamente importante na educação e as suas atitudes são muito importantes para o seu desenvolvimento aos vários níveis, sendo a dimensão afectiva e sexual uma das mais importantes, este estudo procura reflectir sobre as suas atitudes relativamente a 8 dimensões da afectividade e sexualidade das pessoas com deficiência mental.

Assim, a partir do problema sobre: “Quais as perspectivas na área da sexualidade das pessoas com deficiência mental e também as atitudes e perspectivas dos seus tutores e técnicos que delas cuidam” formulámos, as seguintes questões de investigação:

1. Qual a perspectiva das pessoas com deficiência mental face à sua sexualidade?
2. Qual a perspectiva dos técnicos face à sexualidade dos utentes com quem trabalham directamente?
3. Qual a perspectiva dos tutores face à sexualidade dos seus educandos?
4. Existem diferenças entre as perspectivas dos utentes, dos seus tutores e dos técnicos?
5. Qual a atitude dos tutores face à sexualidade de pessoas com deficiência mental?
6. Qual a atitude dos técnicos face à sexualidade de pessoas com deficiência mental?
7. Existem diferenças entre as atitudes dos tutores e dos técnicos, face à sexualidade das pessoas com deficiência mental?

## II. Método

### 1. Tipo de Estudo

Este estudo reveste-se de um carácter exploratório, descritivo e comparativo.

### 2. Caracterização e selecção dos participantes no estudo

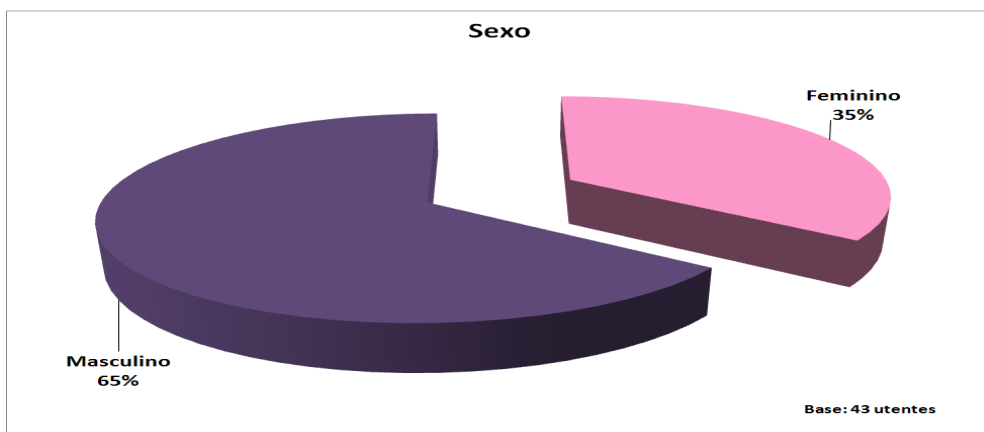
A amostra total é constituída por 62 participantes, integrados em 3 grupos distintos (utentes de uma instituição para pessoas com deficiência mental, técnicos e tutores), de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 25 e os 65 anos, residentes em meio urbano.

O grupo das pessoas com deficiência mental (ligeira e moderada) é constituído por 43 elementos, o grupo dos tutores destas pessoas (pais, familiares ou responsáveis legais) é constituído por 8 elementos, e o grupo dos técnicos que inclui pessoas de diversas formações (psicólogo e monitores) contem 11 elementos. Todos foram seleccionados na mesma instituição, em Lisboa; o processo de selecção dos participantes foi não probabilístico, uma vez que se trata de uma amostra de conveniência.

Os participantes do grupo com deficiência mental, utentes na instituição, foram seleccionados através do serviço de psicologia do centro que indicou aqueles que apresentavam um nível de compreensão compatível com as características e exigências do estudo. O grupo de técnicos tinham que ter um contacto directo permanente com os utentes em questão, como requisito para a sua participação, e o grupo de tutores tinha como requisito o facto do seu educando ser participante no estudo.

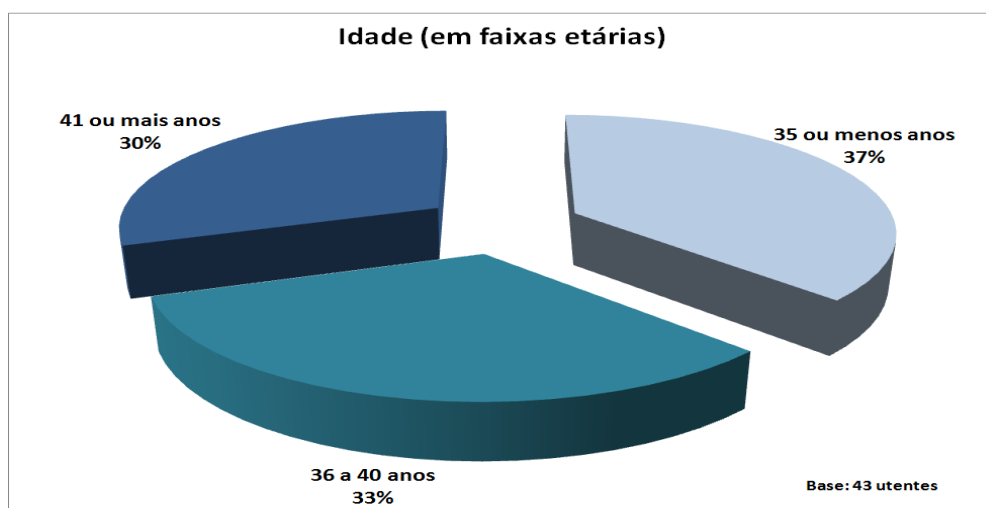
### Utentes

Figura 1.



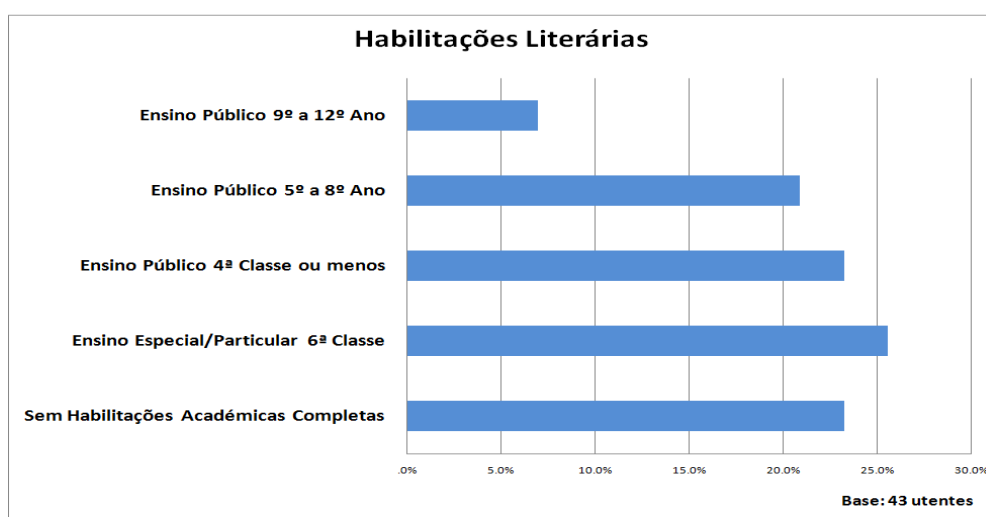
Quando analisamos as principais características sócio-demográficas dos utentes, verificamos que a maioria dos utentes é do sexo masculino (cerca de 65% do total dos 43 utentes – figura 1) (anexo D).

Figura 2.



A esmagadora maioria dos utentes tem idades de 40 ou menos anos (70% - figura 2). A idade média dos utentes é de 37 anos (ver anexo D).

Figura 3.



Cerca de metade dos utentes inquiridos não possui qualquer grau completo de habilitações académicas ou completou um grau no ensino especial ou particular (49% - figura 3). Todavia, os restantes completaram um grau académico no Ensino Público; 3 dos inquiridos frequentaram mesmo o 9º e o 12º ano do Ensino Público (anexo D).

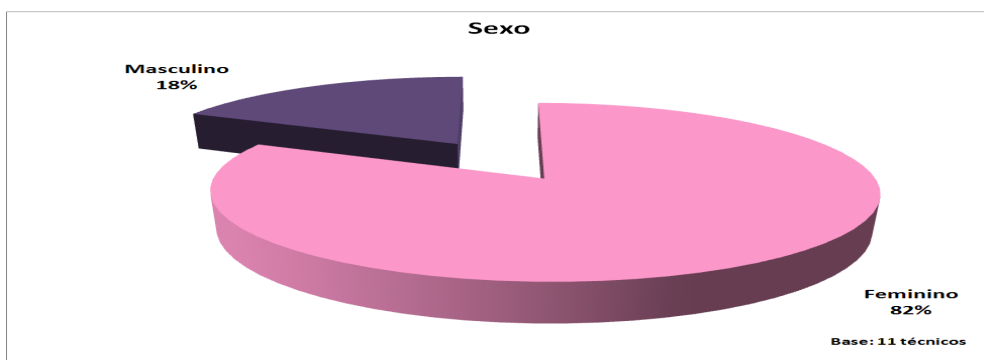
Figura 4.



A maior parte dos utentes apresenta um grau de deficiência ligeiro (54% - figura 4), registando os restantes um grau moderado (anexo D).

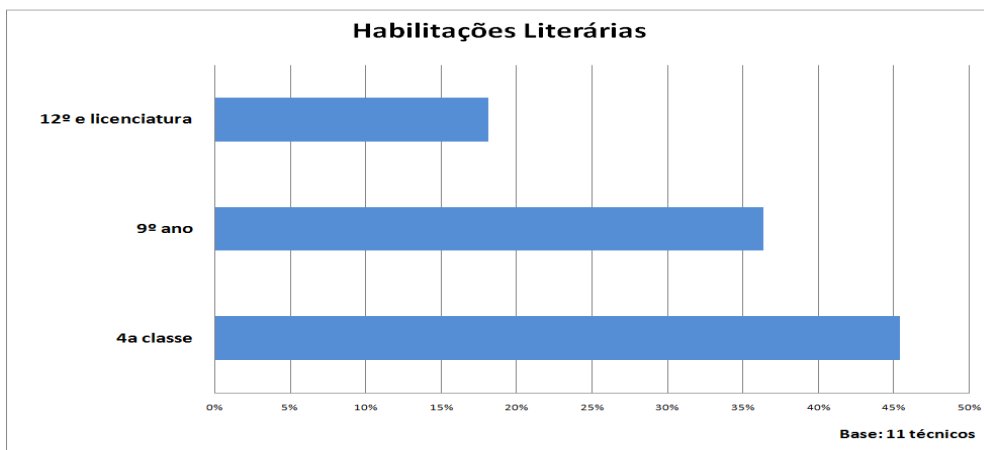
### Técnicos

Figura 5.



Ao caracterizarmos os técnicos, constatamos que a sua esmagadora maioria é do sexo feminino (82% do total dos 11 técnicos – figura 5). A sua idade média é de 47 anos (ver anexo D).

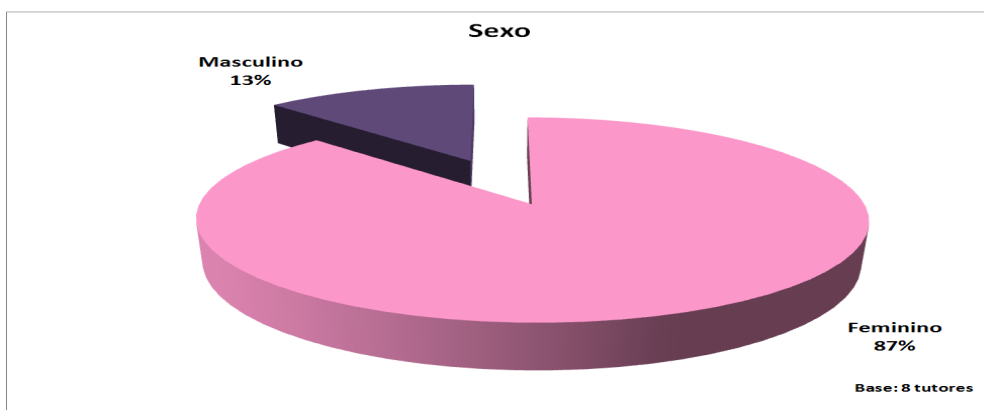
Figura 6.



A maior parte dos técnicos possui apenas a 4ª classe (45% dos 11 técnicos – figura 6) ou o 9º ano (36%). Apenas 2 dos 11 profissionais completaram o 12º ano ou a licenciatura (anexo D).

### *Tutores*

Figura 7.



No que diz respeito aos tutores que responderam ao estudo, podemos observar que a sua esmagadora maioria é do sexo feminino (87% do total dos 8 tutores). A sua idade média é de 61 anos (ver anexo D).

### *3. Instrumento*

Os dados que serviram de base ao nosso estudo foram obtidos através da aplicação de dois instrumentos (ver anexo C), respectivamente, às pessoas com deficiência mental, aos seus tutores e aos técnicos da instituição.

Os instrumentos, 2 questionários, foram escolhidos tendo em conta os objectivos enunciados e com base na informação recolhida em consultas bibliográficas e estudos realizados anteriormente sobre o tema.

O “questionário sobre a Sexualidade na dimensão biopsicoafectivosocial”, foi criado e desenvolvido por Furtado & Morato (2001), para ser aplicada directamente a pessoas com deficiência mental, tutores e técnicos.

O Questionário varia consoante o grupo inquirido e compreende 10 grandes domínios, a saber, para os Utentes:

- Conceito de Auto e Hetero Imagem (4 questões, sendo uma de resposta aberta);
- Conhecimento do Corpo (3 questões, sendo uma de resposta aberta);
- Formas de Contacto (6 questões, sendo uma de resposta aberta e outra composta por 6 sub-grupos de resposta múltipla);

- Namoro (5 questões, sendo uma de resposta aberta);
- Casamento (2 questões, sendo uma de resposta aberta);
- Contactos Afectivo-Sexuais (2 questões de resposta aberta);
- Ter Filhos (2 questões);
- Contracepção (1 questão);
- Maturidade (2 questões);
- Educação Sexual (5 questões).

Note-se que para os técnicos e para os tutores, o domínio Namoro compreende apenas 3 questões (sendo uma de resposta aberta), o domínio Maturidade engloba 3 questões. O domínio Educação Sexual inclui 4 questões para os técnicos e os tutores, nenhuma comum aos utentes. Assim, este questionário apresenta 3 versões distintas, uma por cada grupo:

A versão dos utentes é constituída por 7 questões de itens abertos, 26 questões com itens de alternativa fixa.

A versão dos tutores e dos técnicos, para além das questões acima referidas (com a excepção de duas quer para os tutores quer para os técnicos), adaptadas, inclui mais 5 questões com itens de alternativa fixa.

O texto dos 3 questionários foi adaptado à linguagem mais ajustada a utilizar com cada um dos grupos de inquiridos. Para efeitos da construção da base de dados e do tratamento estatístico, encontrou-se uma solução de compromisso que permitisse uma adequada compreensão dos resultados.

De acordo com Furtado (2001), a escolha das áreas procurou ser sensível aos estudos da literatura acerca deste tema, procurando-se reunir aquelas que melhor caracterizam a dimensão biopsicoafectivosocial, relativa à sexualidade do indivíduo.

Esta autora refere ainda que o questionário foi rectificado por diversas vezes, de acordo com o parecer do seu orientador, de psicólogas do centro Bonny Stilwell e dos dados fornecidos após uma aplicação experimental (testagem), que contou com a participação de dois pais, seis técnicos e dois adolescentes que não estavam abrangidos pelo estudo. A peritagem sobre o inquérito, permitiu que fossem feitos alguns ajustes finais.

O outro instrumento aplicado foi um questionário sobre atitudes, utilizado anteriormente em estudos nesta área, “The Attitudes to Sexuality Questionnaire (Individuals with an Intellectual Disability) ASQ-ID”, desenvolvido a partir de instrumentos existentes por Cuskelly, M. & Bryde,

R. (2004), e traduzida por nós para a população portuguesa, sendo constituído por um total de 33 questões, que focam oito dimensões da sexualidade na deficiência mental:

- Parentalidade (1, 5, 19, 33);
- Educação sexual: (4, 14, 20, 30);
- Esterilização (7, 23, 16, 29);
- Masturbação (8, 11, 22, 27, 31);
- Casamento (10, 12, 21, 32);
- Relacionamentos pessoais (2, 3, 6, 18);
- Interação sexual (17, 24, 26, 28);
- Sentimentos sexuais (9, 13, 15, 25).

As questões estão distribuídas de forma aleatória no questionário. Cada dimensão inclui quatro questões, com a excepção do tema relacionado com a masturbação com 5 questões; cada tema tem uma questão com conotação liberal e uma inversa com conotação conservadora, sendo que as questões conservadoras, são cotadas de forma inversa às outras.

As respostas são assinaladas numa escala de tipo Likert de 5 pontos. Estas escalas assentam no facto de a selecção das frases que a compõem serem feitas, utilizando afirmações que manifestem claramente apenas dois tipos de atitudes: uma claramente favorável e outra claramente desfavorável em relação a um mesmo objecto. Para cada item existem 5 respostas possíveis: discordo totalmente, codificado com 1, discordo, codificado com 2, não concordo nem discordo, codificado com 3, concordo, codificado com 4 e concordo totalmente, codificado com 5. As questões foram colocadas por ordem indiscriminada e são cotadas para que a resposta mais liberal receba o máximo de pontuação que é 5, e assim sucessivamente até à mais conservadora, cotada com 1.

As seguintes questões contêm conotações conservadoras e são codificadas na escala de tipo Likert de forma inversa, de acordo com as instruções do(s) autor(es) e estão assinaladas por (I) (no anexo I): 4, 5, 7, 8, 9, 10, 15, 18, 19, 20, 24, 27, 28, 29, 32.

A tradução deste instrumento, o ASQ-ID, originalmente em inglês contou com a colaboração de uma pessoa com formação superior em tradução Francês / Inglês.

Utilizou-se a versão traduzida da escala para se realizar um pré-teste no sentido de analisar questões como: clareza de linguagem; compreensão das questões; adequação de algumas perguntas à realidade da população inquirida.

O pré-teste foi realizado com uma amostra de 12 pessoas, (técnicos, tutores e pessoas com deficiência mental) numa instituição em Lisboa, não se tendo verificado dificuldades na compreensão deste instrumento.

#### *4. Procedimento*

Inicialmente definiram-se os objectivos a alcançar, as questões e as populações ou grupos de participantes. O passo seguinte foi pesquisar e analisar diversos instrumentos aplicados em estudos desta temática, dos quais foram escolhidos dois, que em nosso entender melhor se adequavam aos objectivos deste trabalho.

Apesar de ambos os instrumentos se encontrarem publicados na Internet, procedeu-se, em primeiro lugar, ao pedido de autorização aos autores via correio electrónico que veio a ser concedido (ver anexo A).

Seguidamente foi contactada uma Instituição em Lisboa, conhecida pelo seu trabalho com pessoas com deficiência mental. Foi apresentado um pedido de autorização à direcção, de forma a ser possível contactar os diversos profissionais dessa instituição e seus associados (tutores e utentes) (ver anexo B).

Obtida a autorização, foi marcada uma entrevista com o director e psicólogo da instituição, para um maior esclarecimento sobre a natureza do estudo e dos procedimentos a executar.

O serviço de Psicologia da Instituição procedeu então à selecção dos participantes do estudo, tendo como requisito, a capacidade de resposta ao questionário. Foram seleccionados 43 utentes e estabelecidas a calendarização de entrevistas com estes participantes, uma vez que a maioria exerce profissões ao abrigo de programas de trabalho protegido. Foram enviadas pela instituição, aos tutores, 43 cartas de consentimento informado (ver anexo D) (de acordo com os princípios éticos de investigação científica envolvendo seres humanos, foi apresentado a cada participante, uma carta de consentimento informado, com o esclarecimento sobre o estudo, o seu propósito, procedimentos e confidencialidade dos dados fornecidos; pede-se que seja assinada, para comprovar a sua participação voluntária no estudo) além dos 2 questionários já referidos.

Os técnicos da instituição foram seleccionados, tendo como critério único o contacto directo diário com os utentes participantes.

As técnicas de aplicação dos instrumentos variaram, de acordo com os grupos de estudo seleccionados. Assim, no grupo de utentes, recorreu-se à entrevista e procurou utilizar-se uma linguagem clara e simples, tentando clarificar-se algumas questões. A descoberta do estilo próprio

de comunicação de cada sujeito foi igualmente um factor tido em consideração, utilizando-se para tal técnicas específicas como fazer perguntas, a observação, pedidos de clarificação e repetição para verificação, bem como a atenção a todas as formas de comunicação verbal e não verbal. A aplicação do questionário 1 teve uma duração média de 20 minutos, variando consoante a maior ou menor compreensão dos itens por parte dos participantes.

Ao grupo constituído por técnicos, pediu-se igualmente o seu consentimento, deram-se as instruções, sendo depois entregues os questionários e recolhidos posteriormente pelo entrevistador.

Relativamente ao grupo de tutores, como acima foi referido os questionários foram endereçados ao domicílio, conjuntamente com uma carta informativa dos objectivos, enfatizando a relevância do estudo e a confidencialidade dos dados fornecidos. Responderam 8 tutores.

Depois de recolhidos todos os questionários, iniciou-se a sua análise.

### *III- Resultados*

#### *1. Introdução*

Vamos começar por introduzir a forma de tratamento dos resultados obtidos pela aplicação dos instrumentos e principais conceitos estatísticos usados.

O estudo compreende a aplicação de dois questionários a 3 grupos de inquiridos associados a uma instituição para pessoas com deficiência mental:

- Os utentes responderam ao questionário “Questionário sobre a Sexualidade na Dimensão Biopsicoafectivosocial”, que designaremos por questionário 1 ou por questionário sobre a Sexualidade (n= 43).
- Os técnicos responderam ao questionário sobre a sexualidade dos 43 utentes e ao questionário “The Attitudes to Sexuality Questionnaire (Individuals with an Intellectual Disability)”, que designaremos por questionário 2 ou por questionário ASQ-ID (n=11).
- Os tutores responderam ao questionário sobre a Sexualidade em relação aos seus filhos ou dependentes (n=8) e ao questionário ASQ-ID (n=8).

Quando comparamos as respostas ao questionário 1 entre utentes e técnicos, os 43 utentes vão responder sobre eles próprios, enquanto os 11 técnicos inquiridos respondem ao questionário sobre os 43 utentes. Note-se que 2 dos 11 técnicos respondem em consenso (ver anexo F).

Quando comparamos as respostas ao questionário 1 entre utentes, técnicos e tutores, estamos a ter em conta as respostas de 8 tutores, dos respectivos 8 utentes e de 6 técnicos (ver anexo H).

Ao compararmos as respostas ao questionário ASQ-ID entre técnicos e tutores, consideramos os 8 tutores e 10 respostas dos 11 técnicos (dado que 2 dos 11 técnicos respondem em consenso, conforme já referido) (ver anexo I). Os resultados foram apurados para cada grupo de inquiridos, construindo-se tabelas de cruzamento entre a pertença de grupo e as variáveis em estudo.

As respostas de itens abertos do questionário 1 foram codificadas (ver anexo E). Esses planos englobam algumas das respostas de todos os grupos, não pretendendo ser uma transcrição total das respostas abertas dadas, mas dando uma ideia do tipo de respostas que cabem em cada categoria criada.

Em seguida os questionários foram numerados e foram atribuídos códigos numéricos às restantes categorias de resposta das diversas questões de ambos os questionários.

Foram então criadas as duas bases de dados adequadas em suporte informático, em que a informação dos questionários foi registada. A essas bases de dados foram aplicados procedimentos

de validação e de controle de qualidade, para assegurar que não existiam erros sistemáticos, nem valores impossíveis que enviesassem ou invalidassem os resultados a apurar.

Para as variáveis de escala nominal e ordinal, calcularam-se as respectivas frequências absolutas (contagens do número de inquiridos para cada categoria de resposta) e frequências relativas por coluna (percentagens de respondentes com base no total da coluna).

Para as variáveis de escala contínua ou ordinal em análise (como a idade, ou as dimensões da escala do questionário 2), construíram-se tabelas de estatísticas descritivas, em que se apresentam, por cada grupo em estudo:

- Medidas de tendência central: A média ou o ponto médio que é a média aritmética; a mediana que divide a distribuição em duas partes iguais, isto é, o valor abaixo do qual se encontram 50% das observações, mais adequada na presença de valores outliers.
- Medidas de dispersão: O desvio padrão que representa o desvio médio das observações relativamente à média.
- N: número de observações ou indivíduos com resposta válida.

Com vista a analisar a um nível mais aprofundado algumas das relações observadas entre variáveis foram aplicados nalguns casos testes de hipóteses.

Quando quisemos estudar a associação entre duas variáveis discretas qualitativas, aplicámos testes de independência de qui-quadrado. O teste de independência do qui-quadrado testa a hipótese nula de duas variáveis nominais serem independentes. Se o valor da significância associada ao valor do teste for inferior a um nível de rejeição escolhido (geralmente 1%, isto é 0.01, ou 5%, isto é 0.05), rejeitamos esta hipótese.

Deve ter-se em atenção, que nenhuma célula da tabela tenha uma frequência esperada inferior a 1 e que não mais de 20% das células tenham uma frequência esperada inferior a 5. Quando isso acontece, devemos aplicar em substituição dos testes de qui-quadrado testes exactos, como associações “linear-by-linear”.

No anexo G, sobretudo, apresentam-se, para além das tabelas com os resultados dos testes de qui-quadrado e/ou testes exactos e das medidas de simetria (que complementam os resultados dos testes), uma tabela de cruzamento com as frequências absolutas, as percentagens por coluna, as frequências esperadas e os resíduos ajustados.

Os resíduos correspondem à diferença entre as frequências observadas e as frequências esperadas caso as variáveis não fossem relacionadas. São ajustados para os valores da distribuição normal. Quanto maior os valores dos resíduos em determinadas células da tabela (em módulo)

maior a diferença entre inquiridos com as características que se cruzam nessas células. Se essas diferenças forem superiores a 1.96 (em módulo), são consideradas significativas a 5%.

Quisemos também testar se os valores da escala construída são significativamente diferentes, em média, entre dois grupos de inquiridos (utentes e técnicos) (ver anexo G).

Dado que a escala não segue uma distribuição normal e que a dimensão dos grupos em estudo são no caso do questionário 2 muito diminutas, não podemos aplicar testes t para amostras independentes. Estes testes t são testes paramétricos, cujos resultados para serem fiáveis exigem que sejam cumpridas as condições de normalidade da variável escala em cada grupo de inquiridos e de homogeneidade das variâncias da escala entre grupos.

Assim, tivemos que aplicar testes não-paramétricos de Mann-Whitney. Quando se rejeita a hipótese de igualdade de médias entre os dois grupos, sabemos logo pela observação do valor das médias das ordens qual dos grupos apresenta um valor de escala superior ao outro (tabela 2 e anexo J).

Esta análise é complementada pela observação dos restantes resultados descritivos, de que destacamos os diagramas de Caixa e Bigodes respectivos, para nos assegurarmos que não existem outliers ou valores extremos que façam com que a média não seja uma estatística fiável ou os gráficos com os intervalos de confiança (ver figura 42 e anexo J).

Note-se que os níveis de significância utilizados como referência para rejeitar ou não as hipóteses nulas em estudo são os habituais: 1% ou 5%. Assim, se por exemplo o valor de significância apresentado for inferior a 0.05 – tomando como nível de significância (n.s.) padrão 5% – rejeitamos a hipótese nula que se tiver a testar.

Em seguida, vamos analisar os resultados apurados para o questionário 1 “Questionário Sobre a Sexualidade na Dimensão Biopsicoafectivosocial”, comparando as respostas dos utentes e dos técnicos (ver anexos F e G).

Consideramos em anexo H, os resultados comparativos das respostas do questionário 1 entre utentes, técnicos e tutores, apesar da muita reduzida dimensão da amostra.

Finalmente, teremos em consideração os resultados do questionário ASQ-ID, comparando as respostas entre técnicos e tutores (ver anexos I e J).

*2. Análise dos resultados dos itens no questionário 1, “Questionário Sobre a Sexualidade na Dimensão Biopsicoafectivosocial”.*

Relativamente ao questionário 1, “Questionário Sobre a Sexualidade na Dimensão Biopsicoafectivosocial”, ir-se-á comparar as respostas dos utentes e dos técnicos, calculando

as respectivas percentagens de resposta, construindo as tabelas (ver anexo F) e gráficos correspondentes (ver da figura 8 à 35). Temos de ter em consideração porém que a dimensão do grupo de participantes é reduzida, o que limita a interpretação em termos de resultados.

Todavia, a utilização de percentagens é útil por possibilitar uma comparabilidade entre grupos e entre outros estudos, pelo que vamos prosseguir, cientes das eventuais limitações.

No anexo H, encontram-se igualmente as tabelas de cruzamento das respostas ao questionário 1 para os utentes para os quais os tutores responderam a este inquérito, podendo-se comparar as respostas entre utentes, tutores e técnicos. Todavia, apenas 8 indivíduos responderam, pelo que a muito reduzida dimensão da amostra limita a validade das conclusões a tirar.

Assim, no final da discussão sobre cada domínio inclui-se algumas observações sobre a posição dos 8 tutores inquiridos.

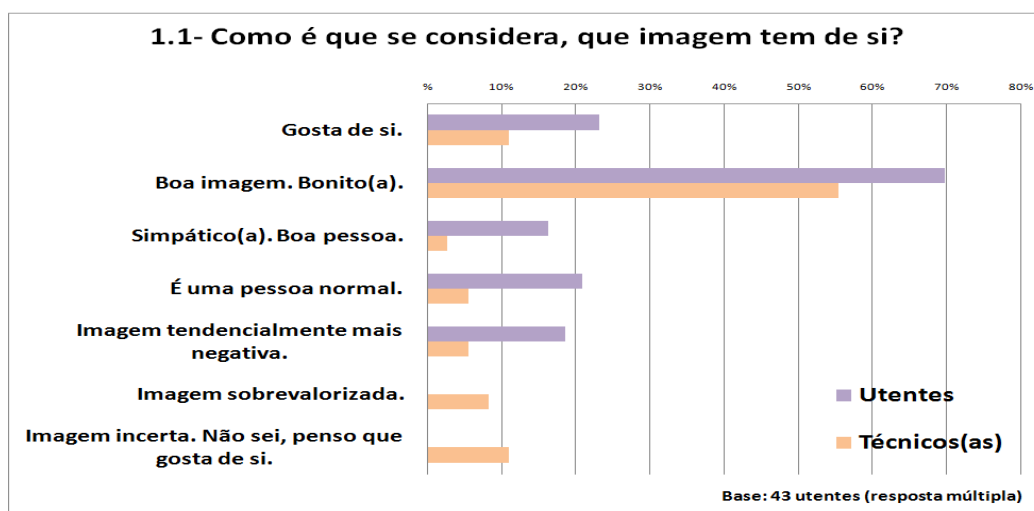
No futuro, caso este estudo seja replicado, sugere-se que se aumente esta amostra, para que seja possível comparar os resultados obtidos tendo em conta os 3 tipos de inquiridos.

### *Comparação entre as respostas de utentes, técnicos e tutores em relação aos domínios*

#### *1. Domínio - Conceito de Auto e Hetero Imagem*

O primeiro aspecto que se quis analisar comparativamente entre os utentes e os técnicos foi o do conceito de auto e de hetero imagem.

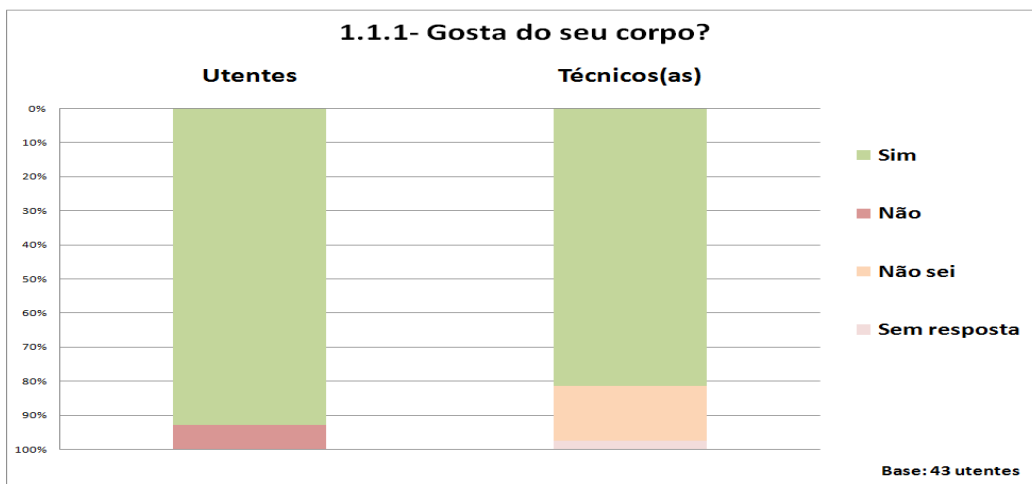
Figura 8.



Constatamos que os utentes declaram com maior frequência ter uma melhor imagem do que os técnicos julgam que eles têm deles, quando se lhes pergunta directamente que imagem têm de si próprios (figura 8). Só uma minoria de utentes dá respostas associadas a uma imagem tendencialmente mais negativa (19% dos utentes). Só os técnicos exprimem por vezes alguma

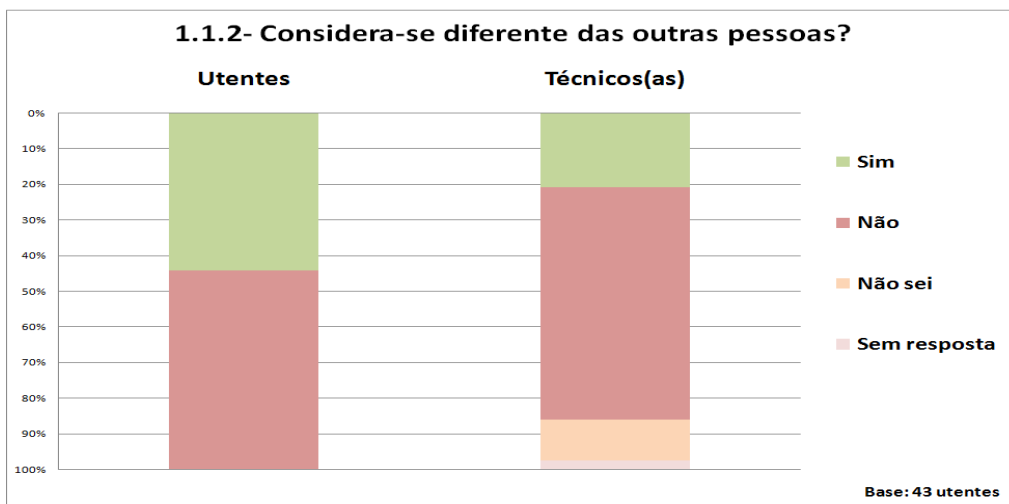
hesitação e desconhecimento sobre a imagem que os utentes têm de si próprios (11% das respostas dos técnicos), ou ainda são de opinião que alguns utentes têm de si próprios uma imagem sobrevalorizada (8%) (ver anexos E e F).

Figura 9.



A quase totalidade dos utentes afirma gostar do seu corpo (93% dos utentes - figura 9), identificando-se apenas 3 utentes que respondem negativamente. A maioria das respostas dos técnicos também vão no sentido dos utentes gostarem do seu corpo (81% das respostas dos técnicos), sendo que os restantes técnicos declaram não saber ou não respondem a esta questão (anexo F).

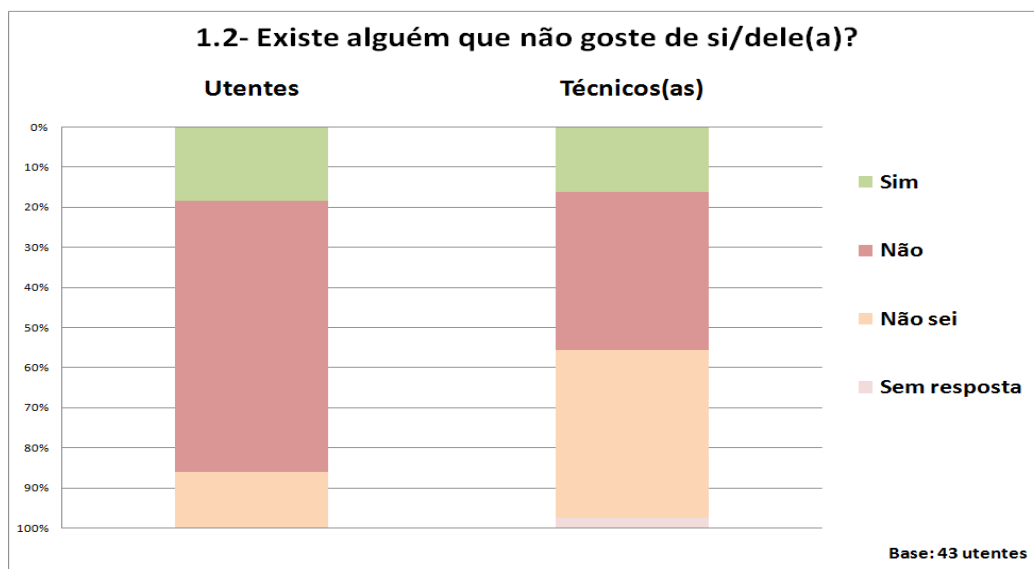
Figura 10.



A maior parte dos utentes não se considera diferente das outras pessoas (56% dos utentes – figura 10), opinião corroborada pelos técnicos (65% das respostas dos técnicos). De entre os que

acham que são diferentes, muitos sentiram necessidade de justificar a sua resposta, com vista a reforçar a ideia de que não têm uma má imagem de si próprios (anexo F).

Figura 11.



A grande maioria dos utentes afirma que não existe ninguém que não goste de si (67% dos utentes – figura 11). Os técnicos ou dão a mesma resposta (40% das respostas dos técnicos) ou declaram que não sabem (42%).

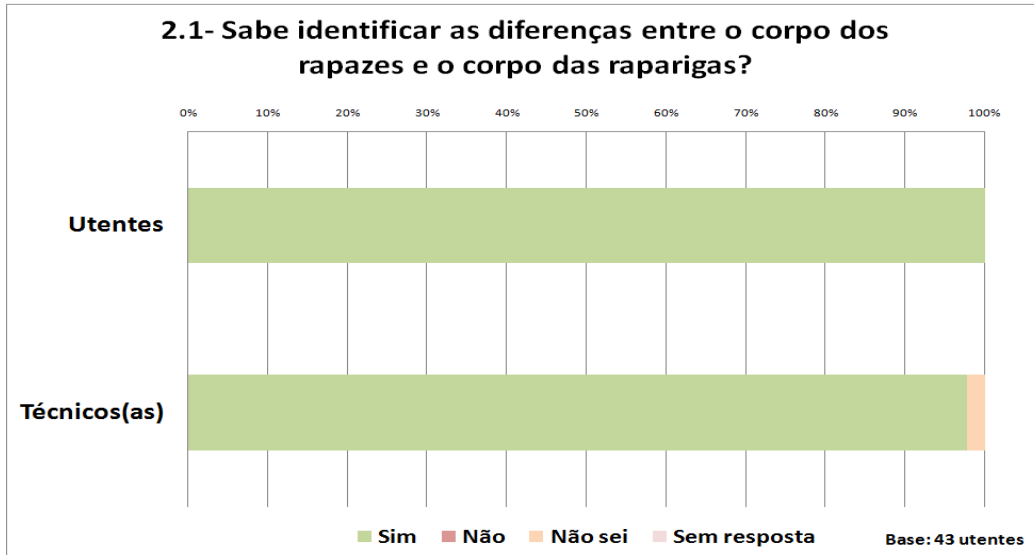
De uma forma global, os utentes parecem ter uma imagem, opinião de si próprios e um auto-conceito bons. As respostas dos técnicos confirmam essa tendência, embora o grau de desconhecimento seja por vezes bastante elevado (anexo F).

Quando observamos as respostas dadas na amostra dos 3 grupos (ver anexo H), que incluem 8 utentes, 8 tutores e 6 técnicos que responderam ao inquérito sobre este domínio, verificamos que os tutores tendem a dar respostas mais variadas que os técnicos mas um pouco menos que os utentes na questão 1.1. Conforme se pode observar na tabela (ver anexo H), dois dos tutores referem “Boa imagem. Bonito (a)” e outros dois associam aos utentes de quem estão encarregados uma “Imagem tendencialmente mais negativa.” Nas restantes questões deste domínio as respostas são bastante semelhantes às dos outros dois grupos.

## 2. Domínio - Conhecimento do Corpo

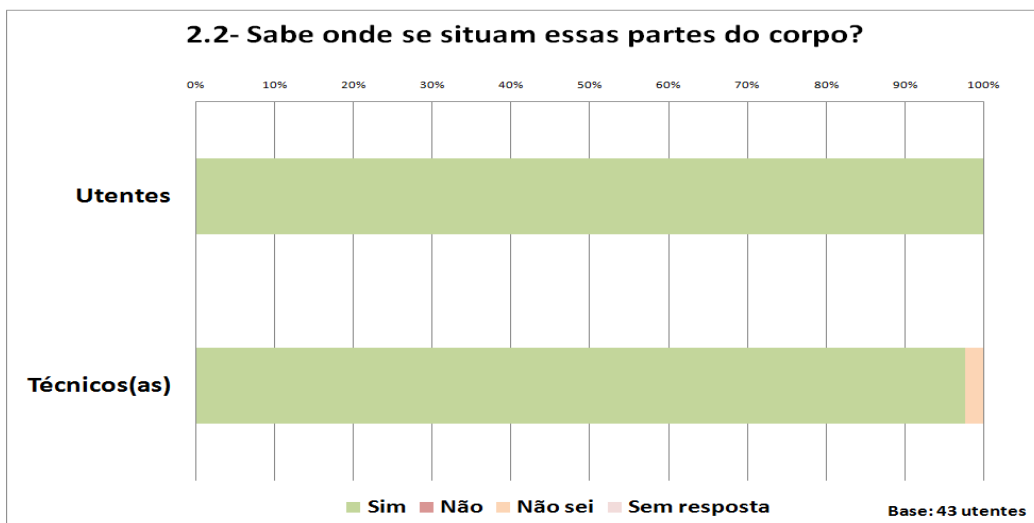
Analizamos em seguida o Conhecimento que os utentes apresentam do Corpo.

Figura 12.



Verificamos que todos os utentes sabem identificar as diferenças entre o corpo dos rapazes e o das raparigas (figura 12), bem como conhecem onde se situam essas partes do corpo (figura 13), o que é confirmado em ambos os casos pelas respostas dos técnicos (anexo F).

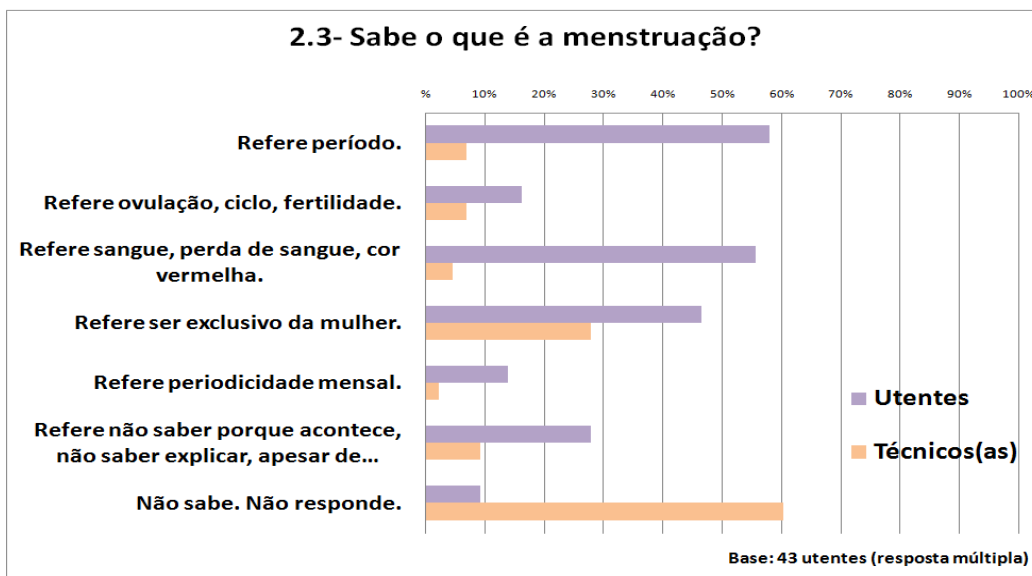
Figura 13.



Quando se pergunta aos utentes se sabem o que é a menstruação (ver anexo E), só 9% responde que não sabe e 28% referem não saber porque acontece apesar de conhecerem alguns aspectos relacionados com o assunto (figura 14). Os aspectos mais referidos pelos utentes são o período

(58% dos utentes), sangue ou a cor vermelha (56%) e ser exclusivo da mulher (47%). Mais uma vez, os técnicos tendem a não saber a opinião dos utentes ou a não responder à questão (61% das respostas dos técnicos) (anexo F).

Figura 14.



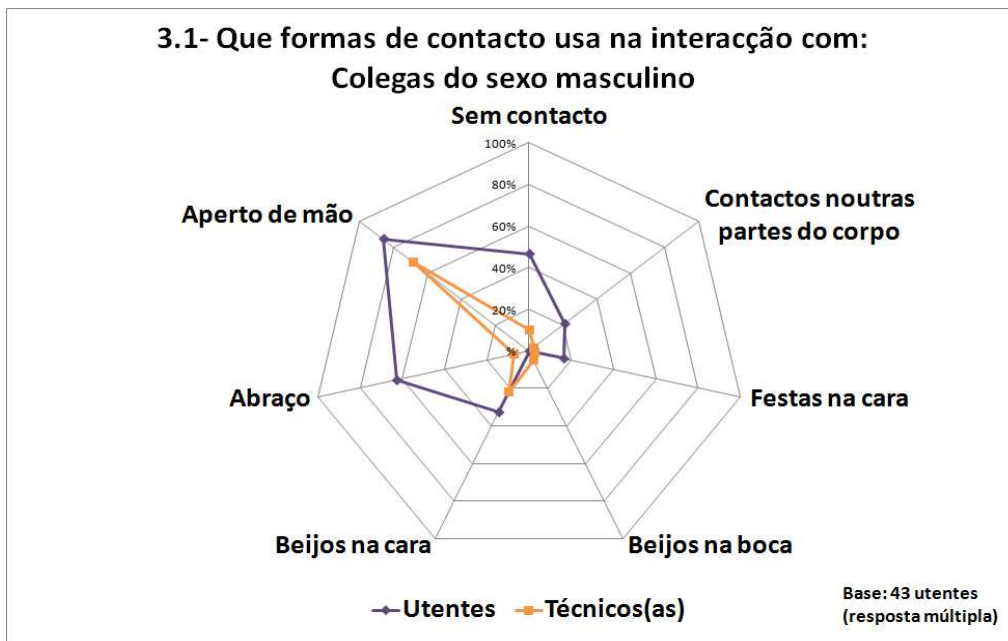
De uma forma geral, os utentes parecem ter um bom conhecimento do corpo, a maior parte demonstra-o mesmo ao nível de pormenores sobre a menstruação. As respostas dos técnicos são mais uma vez caracterizadas por um considerável grau de desconhecimento (ver anexos E e F).

Neste domínio, a amostra dos 3 grupos regista respostas bastante próximas entre si nas questões 2.1 e 2.2. (ver anexo H). Na questão 2.3, os tutores revelam um aparente menor grau de desconhecimento das opiniões dos utentes que o dos técnicos, (nenhuma resposta na categoria Não sabe/Não responde), dando uma variedade considerável de respostas, apesar de não ser a um nível tão pormenorizado e rico como o das respostas dos utentes.

### 3. Domínio - Formas de Contacto

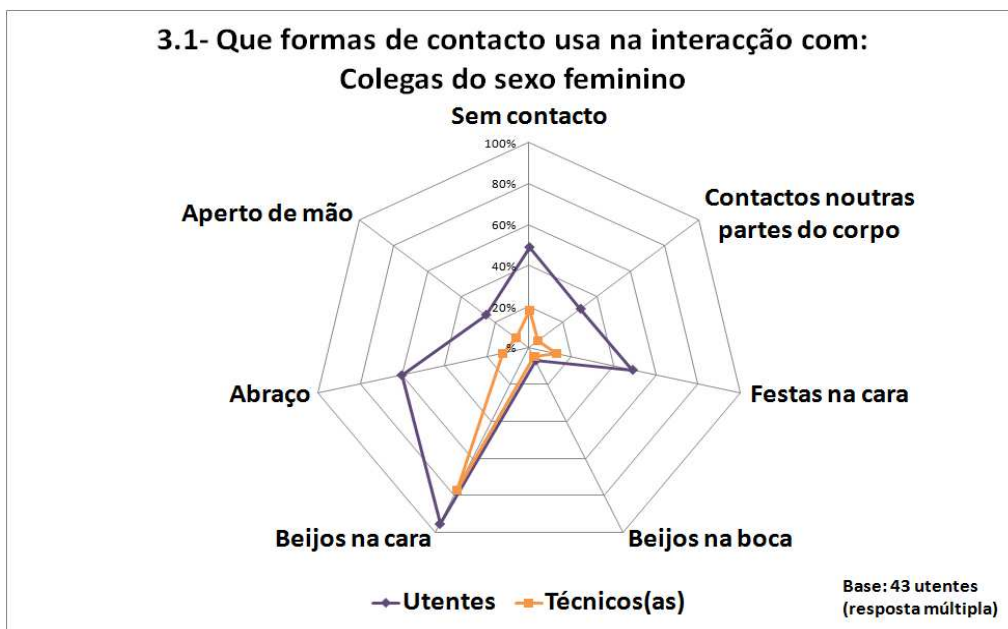
Quando se procura estudar as Formas de Contacto que os utentes têm com os vários tipos de pessoas que os rodeiam, observamos que o comportamento dos utentes é diferenciado, de acordo com o tipo de pessoas (figuras 15 a 20) e que os técnicos dão uma variedade menor de respostas (percentagens de escolha geralmente sempre menores para todos os tipos de contactos), o que pode ser explicado pelo já constatado desconhecimento (anexo F). Note-se que sempre que referiam contactos noutras partes do corpo, os utentes especificavam oralmente que eram usualmente cócegas.

Figura 15.



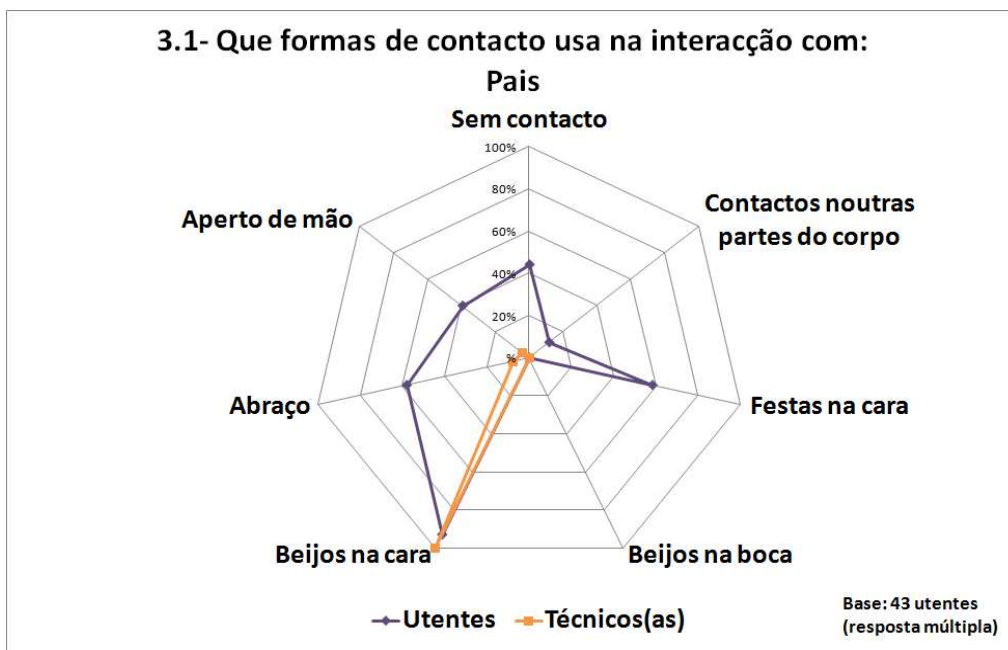
Como se pode verificar pela figura 15, os contactos mais referidos com os colegas do sexo masculino são o aperto de mão (86% dos utentes, facto também salientado pelos técnicos) e o abraço (63%).

Figura 16.



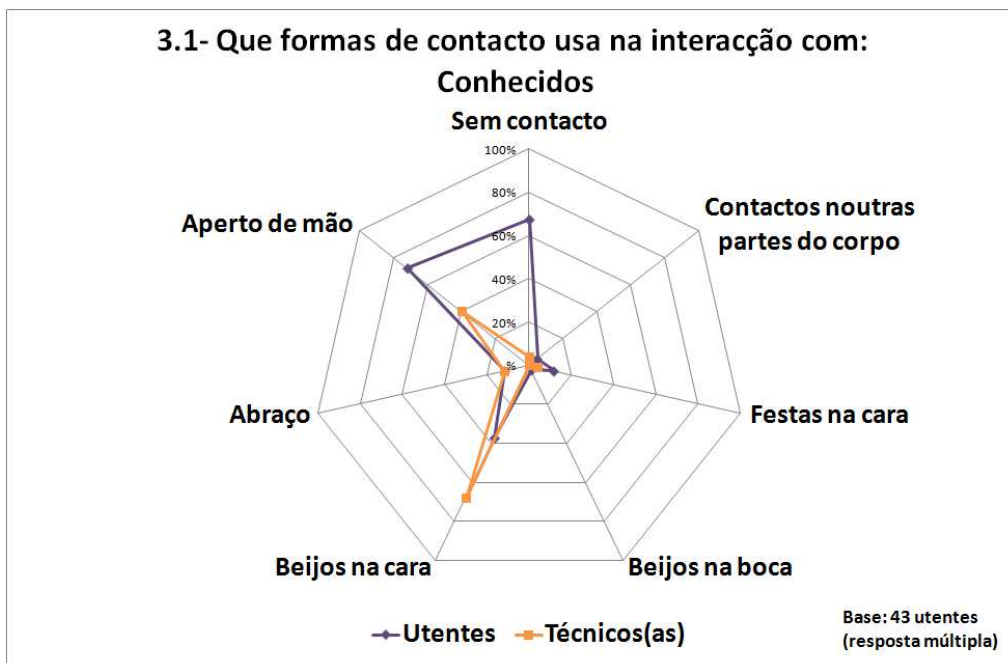
Com os colegas do sexo feminino os utentes indicam como forma de contacto beijos na cara (95%) também considerados em maior percentagem pelos técnicos e o abraço (61%).

Figura 17.



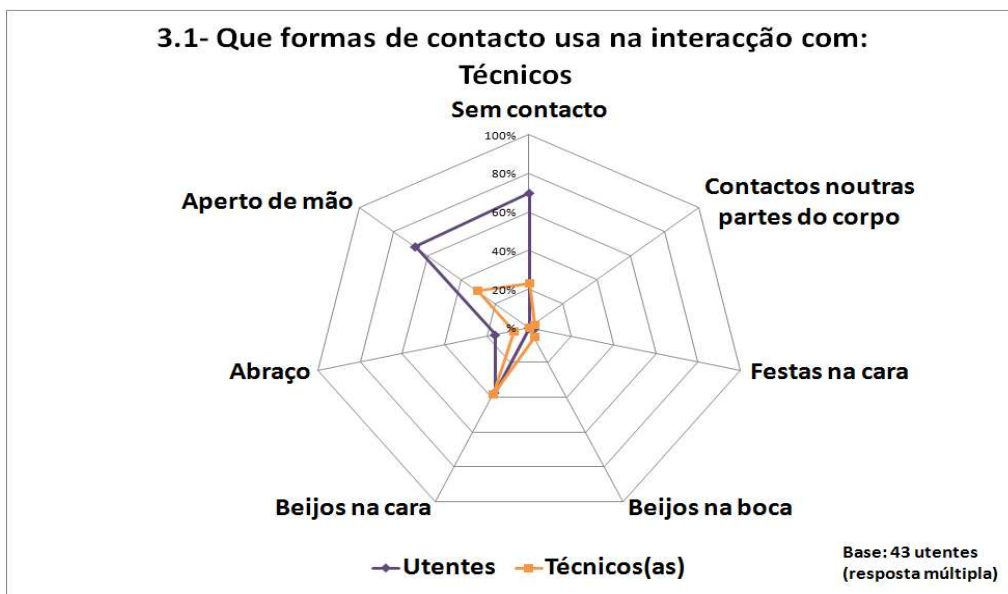
Com os tutores, 93% dos utentes referem como forma de contacto beijos na cara, também indicados em maior número pelos técnicos, o abraço (58%) e as festas na cara (58%).

Figura 18.



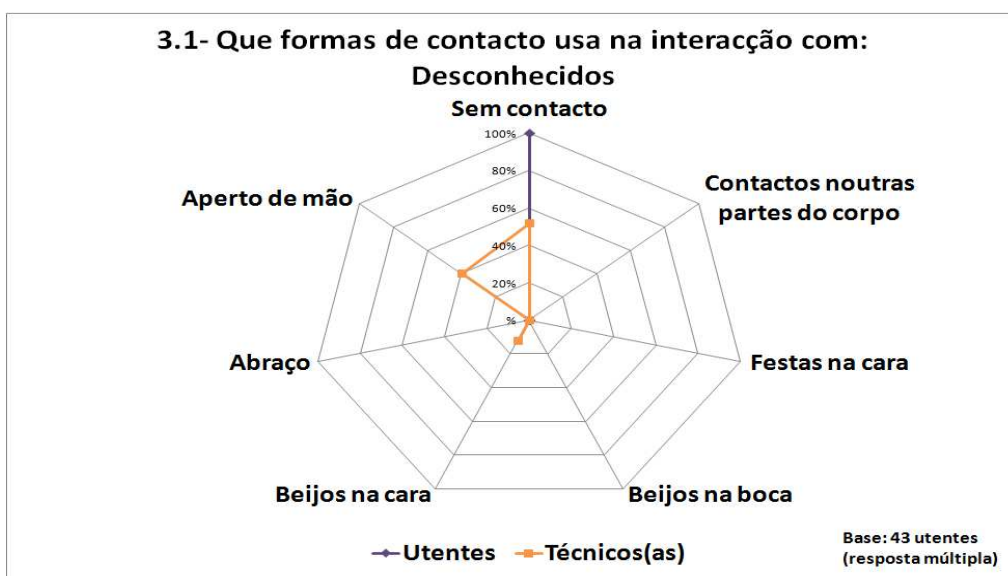
Relativamente às formas de contacto com os conhecidos (tal como com os técnicos) os utentes realçam o aperto de mão (67% para ambos os tipos de pessoas) ou sem contacto (67% para os conhecidos e 70% para os técnicos).

Figura 19.



No que diz respeito ao contacto com os técnicos, estes referem essencialmente beijos na cara (39% das respostas dos técnicos, valor muito próximo do indicado pelos utentes) e aperto de mão (31%, menos de metade da percentagem de escolha indicada pelos utentes), seleccionando também muito pouco sem contacto (23%), que era para os utentes a resposta mais frequente.

Figura 20.

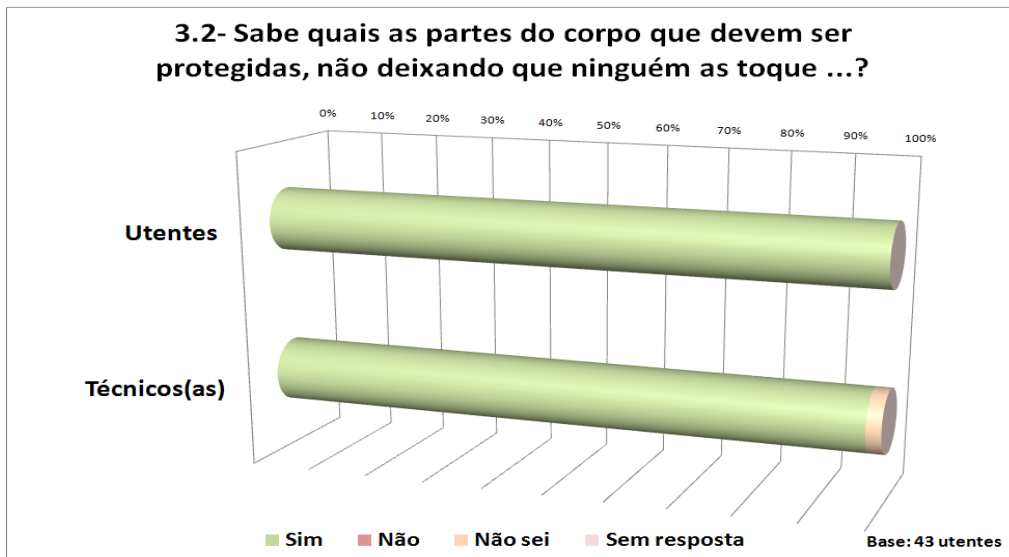


Com desconhecidos os utentes são unânimes na resposta “sem contacto” (100%).

É também curioso que os técnicos dêem uma maior variedade de respostas no que concerne os contactos com desconhecidos (40% das respostas para aperto de mão e 12% para beijos na cara),

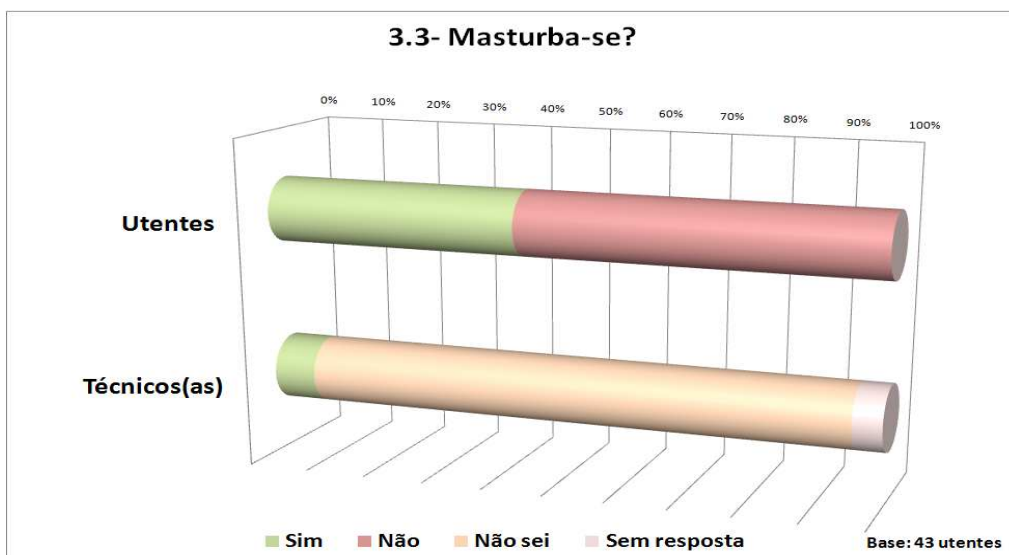
mas isso pode ser explicado por uma interpretação distinta da questão (forma de contacto quando são apresentados a um desconhecido).

Figura 21.



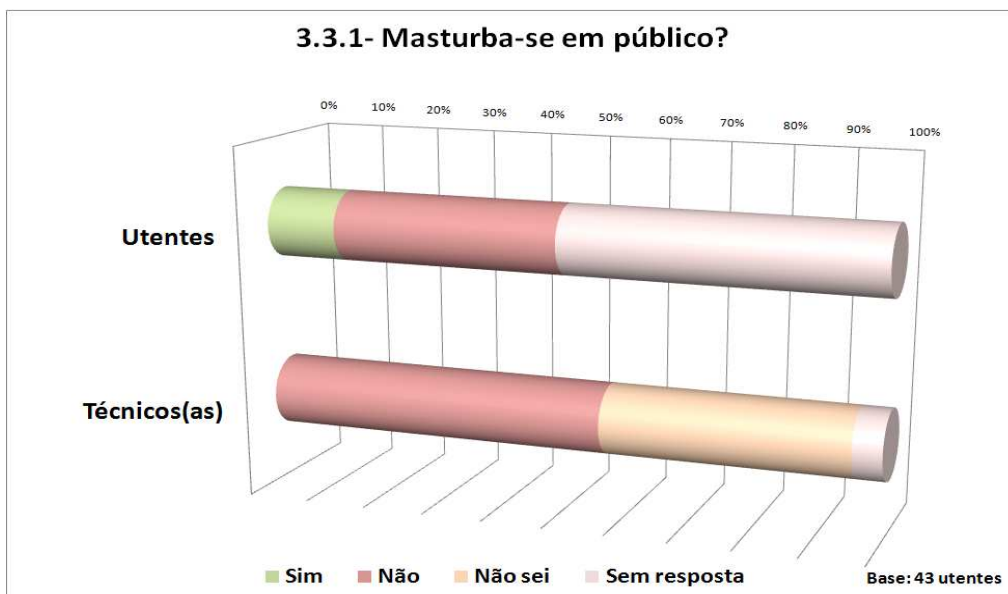
Quando se pergunta aos utentes se sabem quais as partes do corpo que devem ser protegidas, não deixando ninguém tocá-las sem consentimento prévio (figura 21), todos os utentes (100%) e a quase totalidade dos técnicos (95% das respostas dos técnicos) respondem afirmativamente (anexo F).

Figura 22.



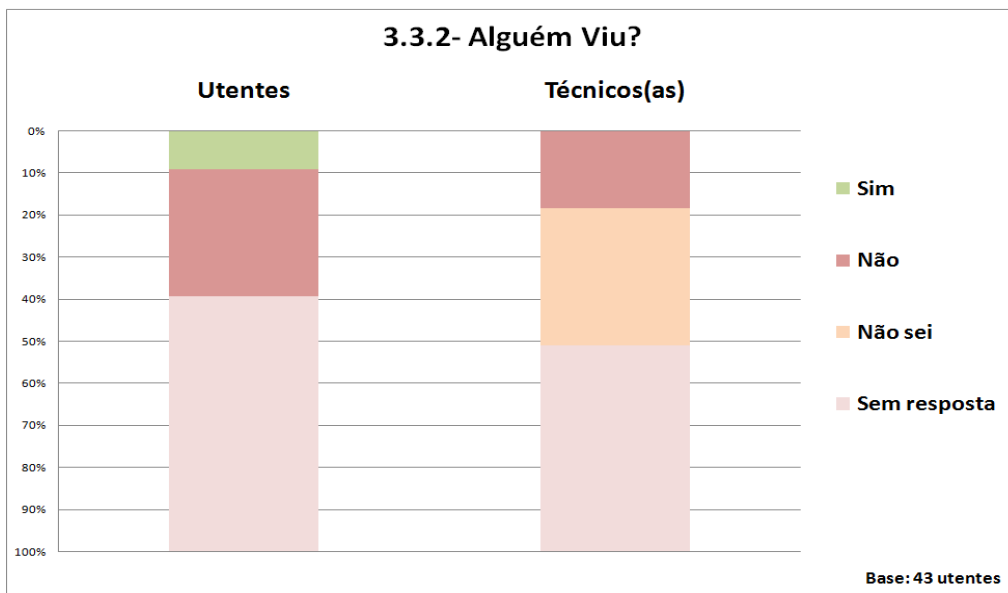
Já não se observa esta unanimidade ao perguntar-se aos utentes se masturbam (figura 22). Apenas 42% dos utentes responde afirmativamente a esta “delicada” questão, enquanto a esmagadora maioria das respostas dos técnicos são: não sabe ou não responde (93%) (anexo F).

Figura 23.



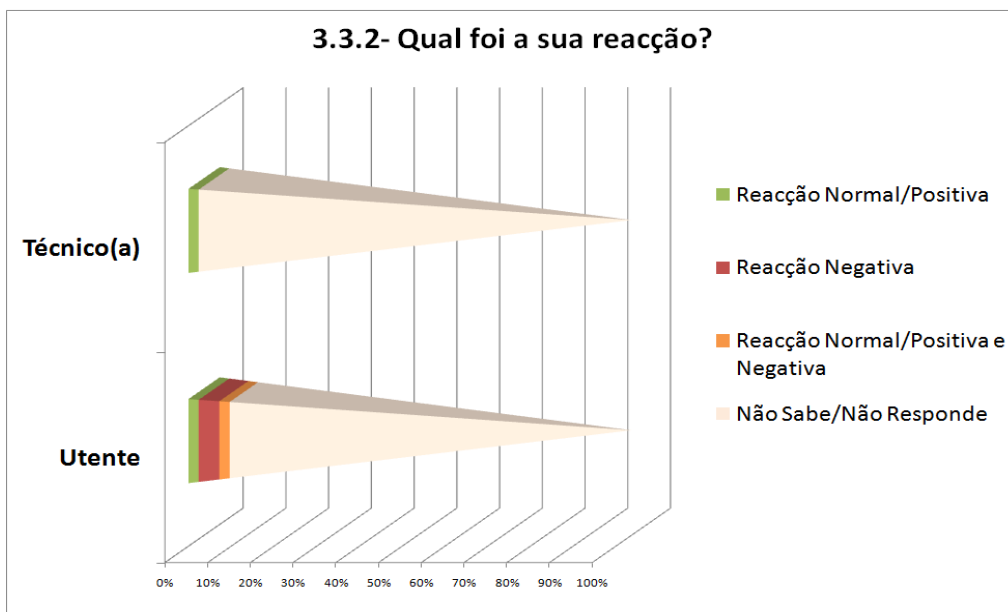
Só 12% dos utentes declara que se masturba em público (figura 23), mas quase todos estes indivíduos especificam que o fazem no seu quarto. Nenhum dos técnicos responde que algum utente se masturbava publicamente (anexo F).

Figura 24.



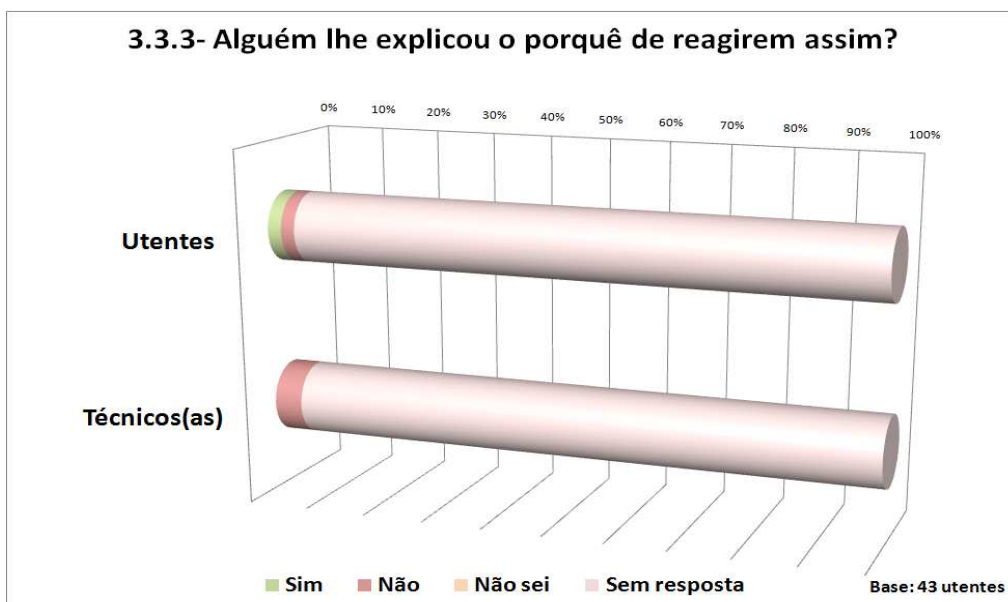
Quando se pergunta se alguém viu o utente a masturbar-se e qual foi a sua reacção, são muito poucos os casos em que isso aconteceu (4 utentes e nenhum técnico – figura 24 e figura 25), verificando-se que dois dos inquiridos descrevem uma reacção negativa, outro uma positiva e um quarto simultaneamente negativa (dos colegas) e positiva (da mãe) (anexo F).

Figura 25.



Como se pode verificar pela figura seguinte, a quase totalidade dos utentes não responde quando é questionado sobre se alguém lhe explicou a razão da reacção dos outros ao virem-no a masturbar-se (95% - figura 26) (ver anexos E e F).

Figura 26.



Globalmente, os utentes apresentam uma variedade grande de contactos diferentes, adaptados ao tipo de pessoa com a qual contactam. Apesar da delicadeza da questão e da forma directa como é

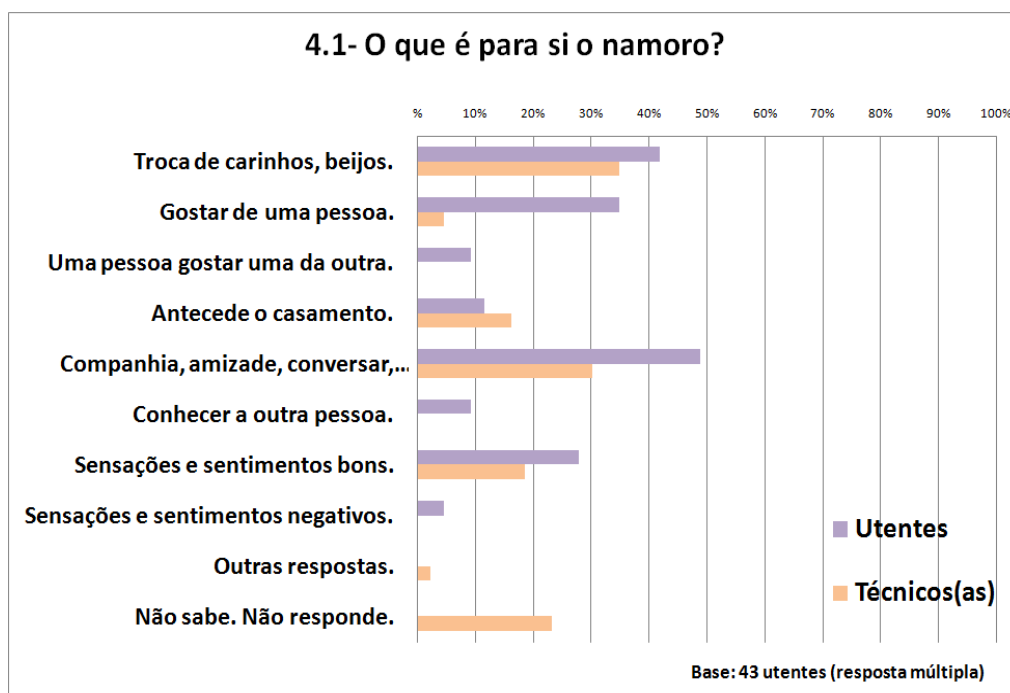
perguntado aos utentes se eles se masturbam ou não, muitos não se sentem inibidos em responder. Nas respostas dos técnicos fica mais uma vez patente um certo grau de desconhecimento quanto aos utentes (anexo F).

No que diz respeito às diversas formas de contacto utilizados pelos utentes referidas na questão 3.1 para os 3 grupos (resultados em anexo H), as respostas dos tutores são próximas das dos outros grupos, apesar dos utentes associados aos tutores inquiridos escolherem mais frequentemente que os restantes grupos a categoria “sem contacto”. Quanto à questão 3.3., cujos resultados se podem visualizar (anexo H) 3 dos 8 tutores (tantos quanto os utentes que afirmam masturbar-se) afirmam que os seus educandos se masturbam e outros 3 declaram não saber. Há quase unanimidade nas respostas dos tutores quando 7 deles afirmam que os seus educandos não se masturbam em público. Quatro tutores afirmam que teriam uma reacção normal à masturbação (questão 3.3.2., cuja transcrição das respostas abertas se pode consultar no plano de codificação (ver em anexo E). Só um dos tutores declara que explicou a sua reacção ao filho quando o surpreendeu a masturbar-se.

#### 4. Domínio- Namoro

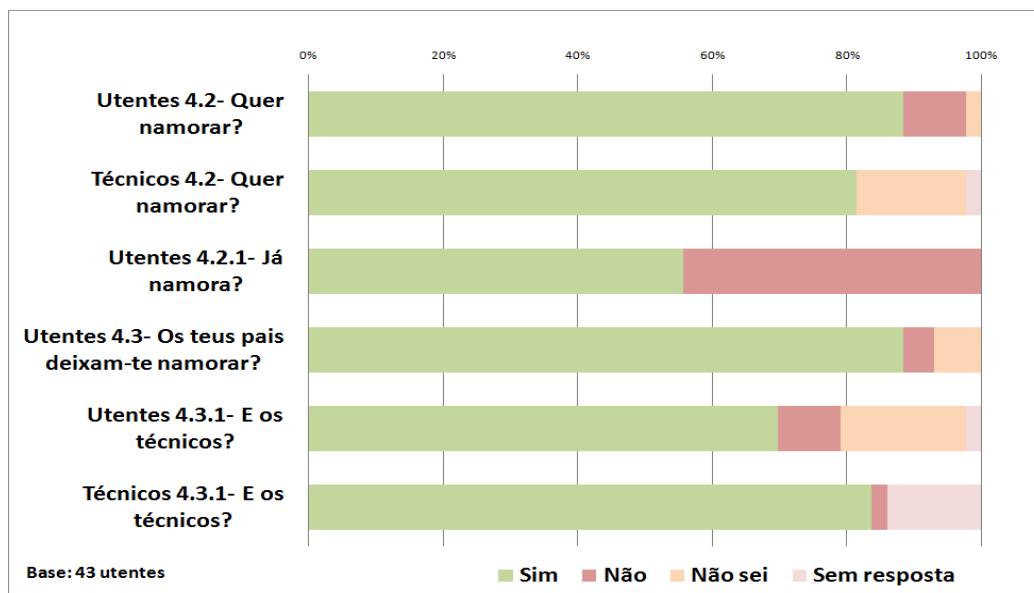
Analizamos agora como os utentes encaram o namoro.

Figura 27.



Verificamos que, quando se pergunta aos utentes o que é para eles o Namoro, os aspectos mais citados dizem respeito ao convívio, companhia e amizade (49% dos utentes – figura 27), à troca de carinhos e beijos (42%) e a gostar de uma pessoa (35%). Só 2 utentes dão respostas de cariz mais negativo. É curioso observar que os dois aspectos mais referidos nas respostas dos técnicos são também o convívio, companhia e amizade (35% das respostas dos técnicos) e a troca de carinhos e beijos (30%), mas que só 2 técnicos mencionam gostar de alguém. Também nesta questão os técnicos muito frequentemente desconhecem a posição dos utentes (23% de repostas não sabe, não responde) (ver anexos E e F).

Figura 28. Respostas a questões sobre o namoro.



A esmagadora maioria dos utentes declara que desejariam namorar (88% – figura 28). Apenas 9% responde negativamente a esta questão. Quanto aos técnicos, 81% das suas respostas também são positivas.

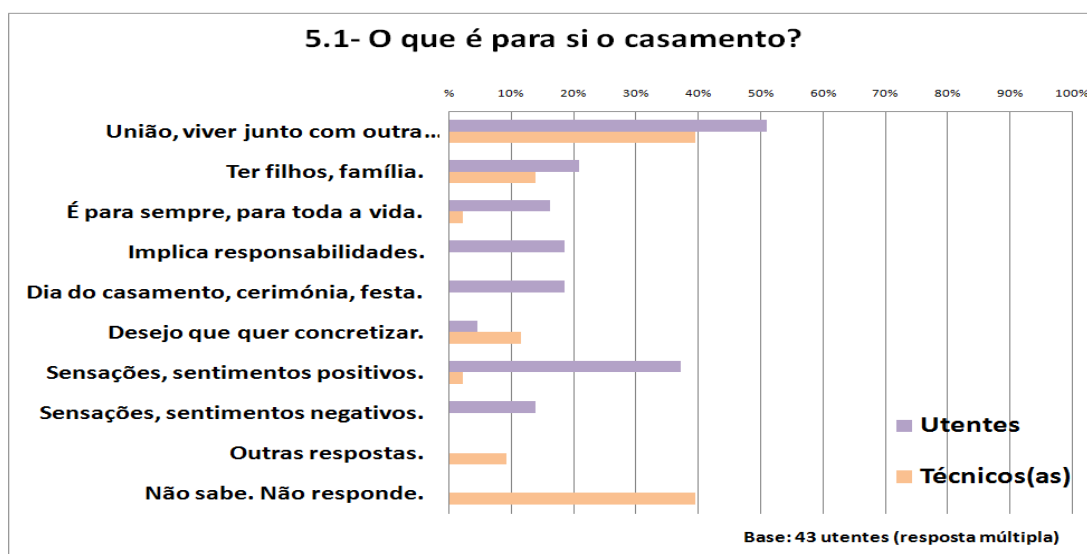
Aliás, cerca de 56% dos utentes afirma que já namora. A esmagadora maioria dos utentes declara que os pais os deixam namorar (88%) e a maioria que os técnicos também o fazem (70%). Curiosamente, a percentagem de respostas afirmativas dos técnicos é aqui superior (84% das respostas dos técnicos), o que poderá significar que os utentes não percebem da mesma forma a eventual abertura dos técnicos a que eles tenham uma relação de namoro, ou também que não entendem o que é o namoro da mesma maneira que os técnicos. Note-se que o questionário dos técnicos não incluía as questões 4.2.1 e 4.3 (anexo F).

De uma maneira geral, os utentes estão muito abertos a terem uma relação de namoro com alguém, embora nem todos definam o namoro da mesma forma. As necessidades de carinho e de convívio aparentam ser as mais evidentes neste âmbito.

Em relação aos 3 grupos neste domínio, quando se pede aos tutores para descrever o que é o namoro para os seus educandos, estes abordam os mesmos aspectos citados pelos técnicos, embora não registem o grau de desconhecimento sobre os utentes que estes demonstram (questão 4.1 ver anexo H). Todavia, na questão 4.2 (anexo H), os tutores mostram desconhecer mais até que os próprios técnicos se os seus educandos desejam namorar ou não (4 dos tutores respondem que sim, mas outros 4 que não sabem). Só um dos tutores não responde quando lhes perguntam se deixaria o seu filho namorar (questão 4.3 anexo H), enquanto todos outros respondem afirmativamente.

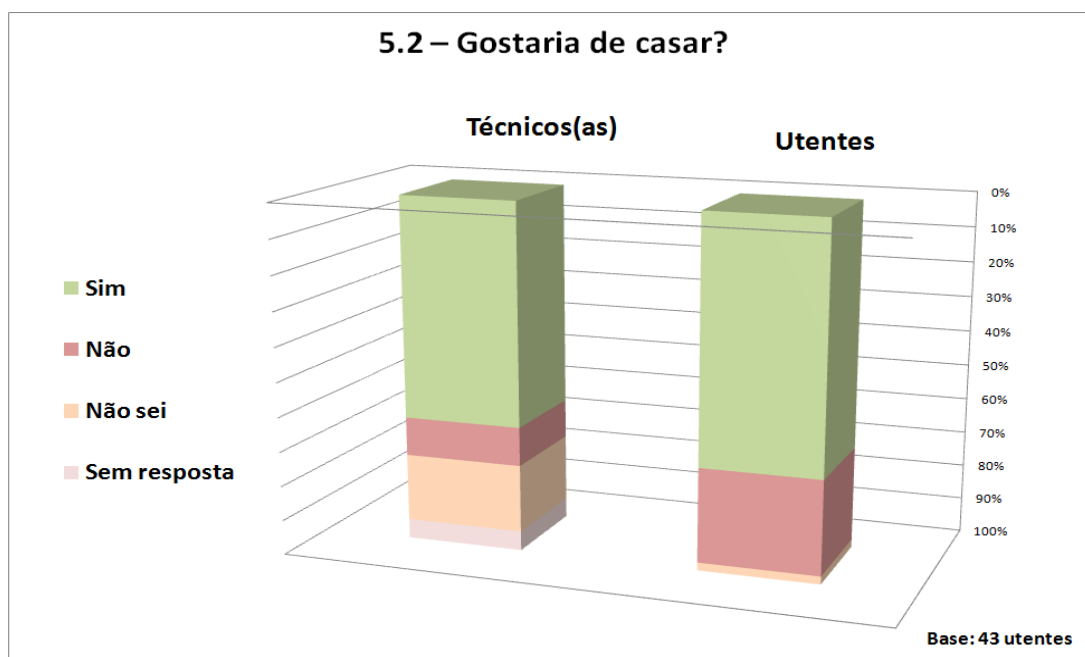
## 5. Domínio - Casamento

Figura 29.



Quisemos igualmente saber mais sobre o conhecimento e a posição dos utentes face ao Casamento. Constatamos que os aspectos mais referidos pelos utentes quando se pergunta o que é para eles o casamento, são respeitantes a ser uma união, a viver junto de outra pessoa (51% dos utentes – figura 29) e a constituir família, a ter filhos (21%). Apesar das percentagens de escolha serem menores, estes são também os dois aspectos mais frequentemente mencionados pelos técnicos (valores respectivos de 40% e 14% das respostas dos técnicos). Só 14% dos utentes dão respostas mais negativas quanto a este assunto. Mais uma vez a falta de conhecimento dos técnicos se encontra bastante patente (40% de respostas não sabe, não responde), (ver anexos E e F).

Figura 30.



A grande maioria dos utentes declara que desejariam casar (72% – figura 30), mas cerca de 28% responde negativamente. Quanto aos técnicos, 54% das suas respostas também são positivas.

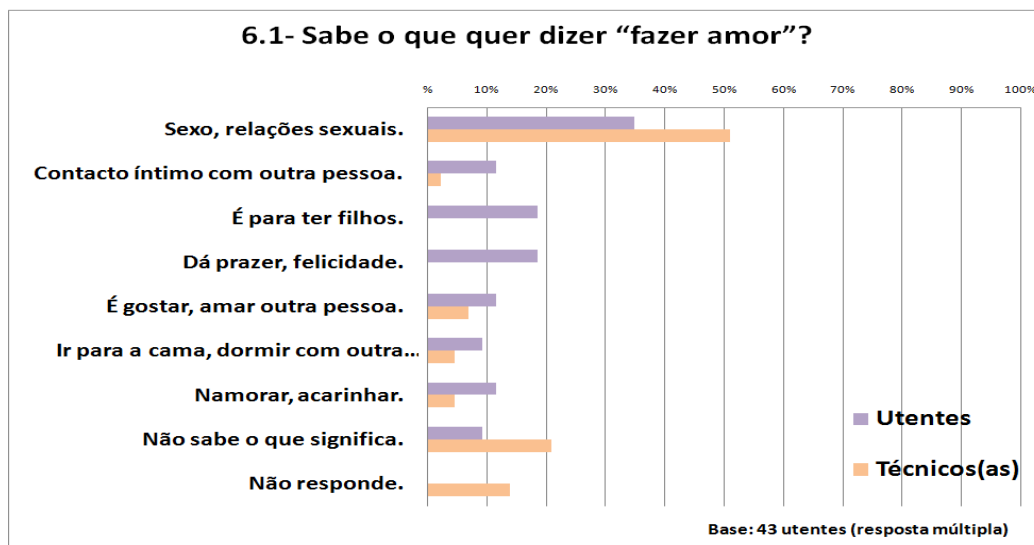
Tal como para o namoro, os utentes estão bastante abertos a virem a ter uma relação de casamento com alguém. Todavia, como veremos mais adiante, a diferença entre namorar e estar casado não é na prática muito evidente para alguns dos utentes (anexo F).

Quando à amostra envolvendo os 3 grupos, na pergunta sobre o que representa o casamento para os seus educandos, as respostas dos tutores são variadas e muito próximas das dadas pelos utentes; já os técnicos demonstram um maior desconhecimento 62,5% (ver questão 5.1 no anexo H). Não obstante, 4 dos 8 tutores não sabe se os seus educandos gostariam de casar (questão 5.2, anexo H), a mesma percentagem de não respostas que a dos técnicos associados a esta sub-amostra.

#### 6. Domínio - Contactos Afectivo-Sexuais

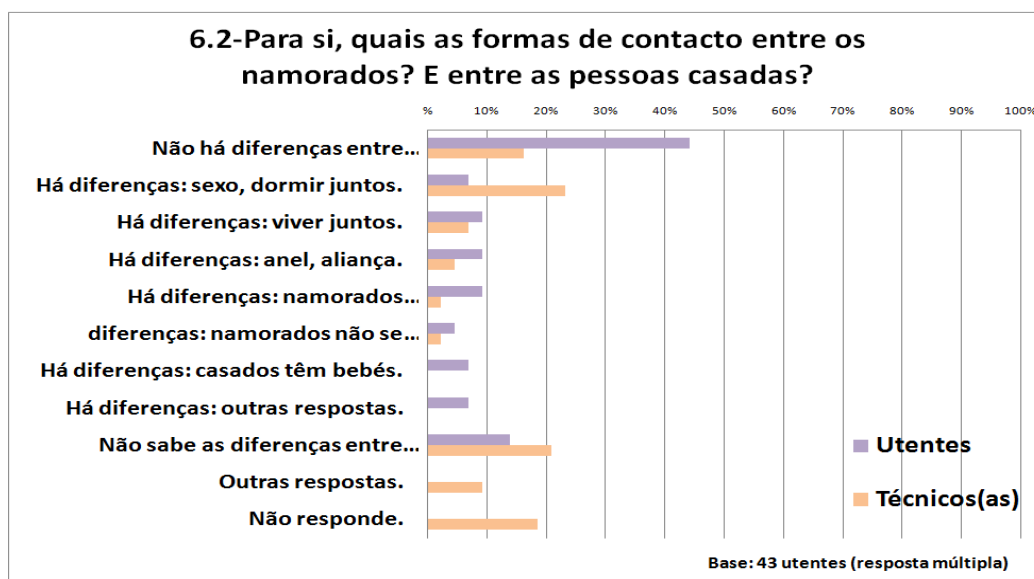
Com vista a conhecer melhor os utentes no que respeita aos contactos afectivo-sexuais, pediu-se para eles dizerem o que entendem por fazer amor e para identificarem as diferenças entre as formas de contacto entre namorados e entre pessoas casadas.

Figura 31.



Verificamos que apenas 9% dos utentes declara não saber o que a expressão “fazer amor” significa (figura 31). No entanto, por vezes não parece ser muito claro para os utentes o significado do termo. Apesar disso, 35% dos utentes refere sexo ou relações sexuais na sua resposta. Essa percentagem é muito superior quando observamos as respostas dos técnicos: cerca de 51% das respostas dos técnicos mencionam sexo ou relações sexuais. Não se percebe assim, se os técnicos consideram que os utentes conhecem a expressão mais frequentemente do que acontece na realidade ou se os utentes estavam um pouco inibidos quando responderam (ver anexos E e F).

Figura 32.



A maior parte dos utentes declara que não há diferenças entre namorados e casados (44% – figura 32). As respostas entre quem considera que existem diferenças são muito variadas. Apenas

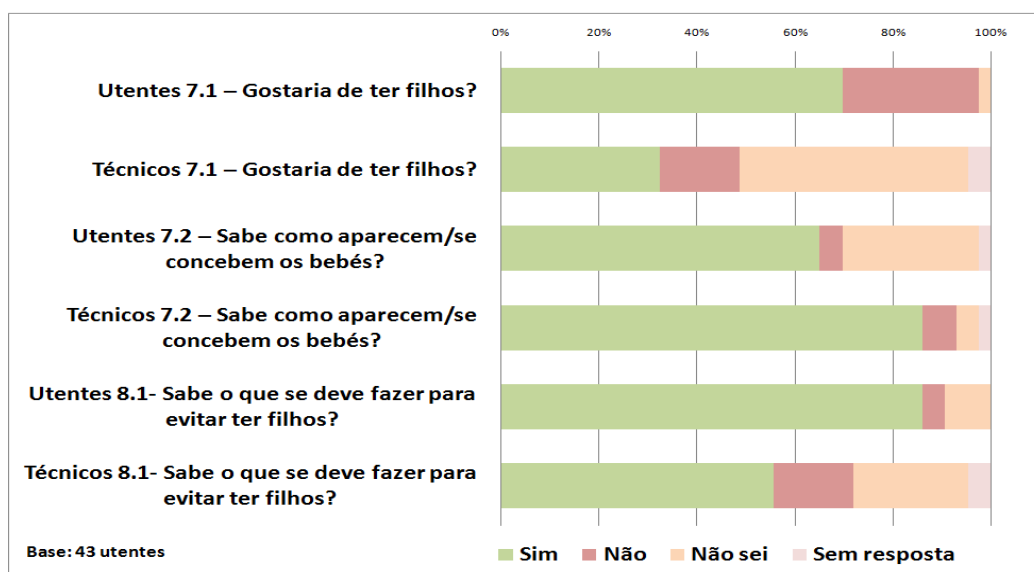
14% dos utentes afirma que não sabe as diferenças entre namorados e pessoas casadas. Quanto aos técnicos, cerca de 40% das suas respostas são que não sabem ou não respondem.

No que respeita aos Contactos Afectivo-Sexuais, os utentes não parecem tão à vontade para dar a sua opinião, ou por falta de conhecimento ou por efectivamente este ser um assunto delicado. A definição do que é para eles fazer amor e a diferença entre namorar e estar casado não parecem muito óbvias para alguns dos utentes (ver anexos E e F).

Relativamente aos 3 grupos, para ambas as questões relativas a este domínio (ver questões 6.1 e 6.2 dos anexo H), 5 dos 8 tutores não responde ou declara que não sabe, revelando um grau de desconhecimento semelhante ao que apresentam os técnicos, contrastando com a diversidade de respostas dadas pelos utentes, como podemos constatar nas tabelas.

### 7 e 8. Domínios - Ter Filhos e Contraceção

Figura 33. Respostas a questões sobre ter filhos e contraceção.



Quando procuramos saber mais sobre a opinião dos utentes e dos técnicos acerca de Ter Filhos, constatamos que a grande maioria dos utentes declara que gostaria de ter filhos (cerca de 70% dos utentes – figura 33). Embora uma grande parte dos técnicos também responda afirmativamente (33% das respostas dos técnicos), a resposta mais usual é de desconhecimento (51% associados a não sabe e não responde) (anexo F).

No que respeita ao conhecimento de como são concebidos os bebés, a maioria dos utentes sabe como aparecem os bebés (65% dos utentes), mas cerca de 30% responde que não sabe ou não

responde. Os técnicos aparentemente atribuem aos utentes um grau de conhecimento superior ao que demonstram na realidade, sendo que 86% afirmam que os utentes sabem como são concebidos os bebés.

Quanto ao domínio da Contracepção, a esmagadora maioria dos utentes declara saber o que deve saber para evitar ter filhos (86% dos utentes), facto não tão valorizado pelos técnicos (56% das respostas dos técnicos).

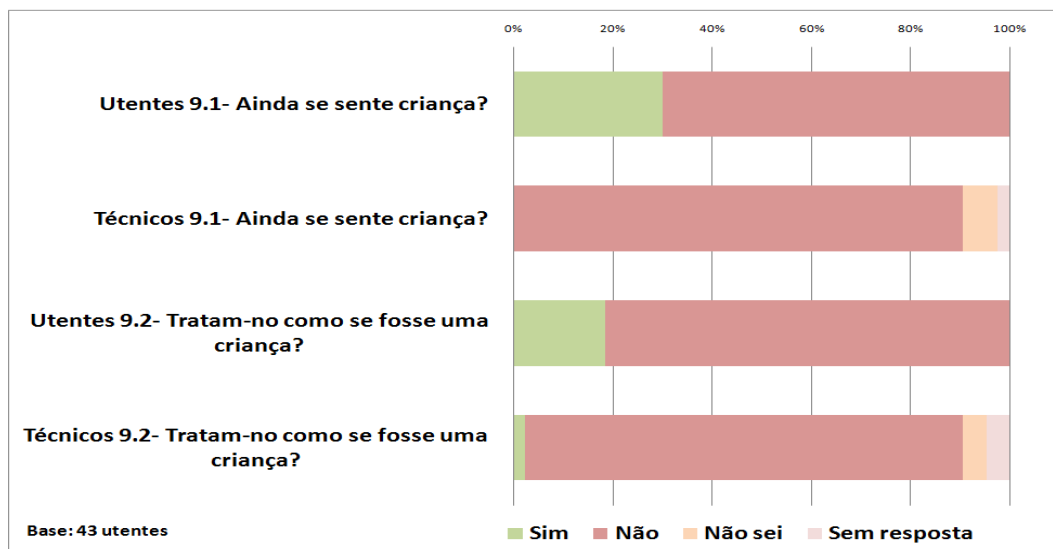
De uma maneira geral, a maior parte dos utentes desejaria ter filhos, mas sabe mais frequentemente o que fazer para evitar tê-los, do que conhece como são concebidos exactamente (apesar da maioria também saber como aparecem os bebés).

Nos 3 grupos (ver questão 7.1 do anexo H), 5 dos 8 tutores não responde ou declara que não sabe; percentagem idêntica apresentam os técnicos, desconhecendo que a maioria dos utentes (6 em 8), querem ter filhos. Nas restantes questões destes dois domínios, as respostas dos tutores e técnicos são próximas das dadas pelos utentes, apesar de por vezes alguns responderem que não sabem.

### 9. Domínio - Maturidade

Com vista a estudar o domínio de maturidade dos utentes, começou-se por perguntar se os utentes ainda se sentiam crianças.

Figura 34. Respostas a questões relativas à maturidade.

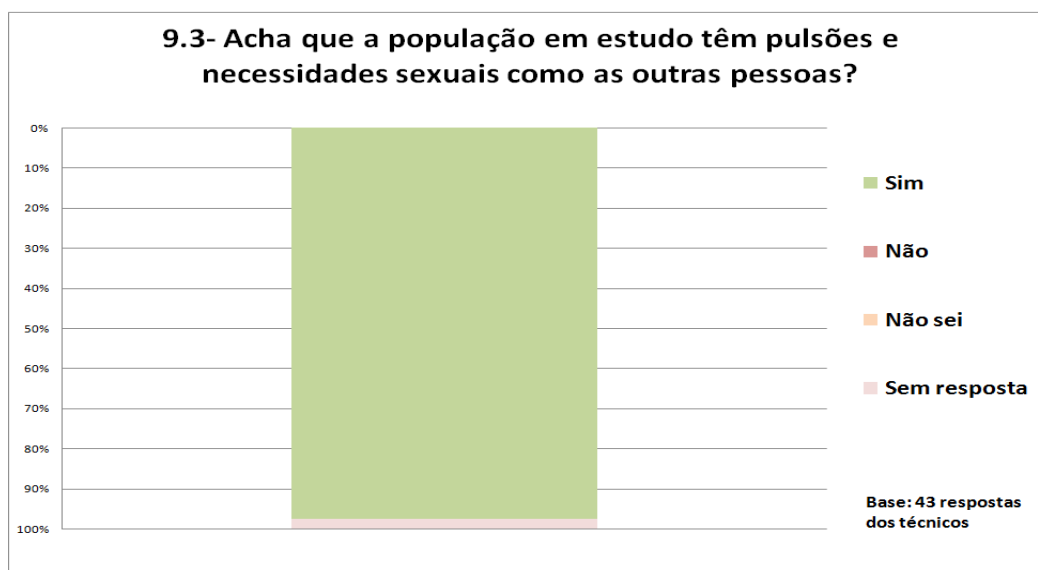


A maioria dos utentes responde negativamente (70% dos utentes – figura 34), mas cerca de 30% dá uma resposta afirmativa. É curioso verificar que a quase totalidade dos técnicos responde

negativamente a esta questão (91% das respostas dos técnicos), atribuindo aparentemente um grau de maturidade aos utentes superior ao que eles próprios sentem.

A esmagadora maioria dos utentes considera que não o tratam como se fosse uma criança (81%), embora 19% ache que sim. Nas suas respostas, os técnicos, mais uma vez, atribuem um elevado grau de maturidade aos utentes, ao responderem quase na totalidade que os utentes não são tratados como crianças (88%) (anexo F).

Figura 35.



Quando se pergunta aos técnicos se acham que a população em estudo tem pulsões e necessidades sexuais como as outras pessoas, com a exceção de uma resposta, todas as respostas dos técnicos vão no sentido afirmativo (98% das respostas – figura 35) (anexo F).

Globalmente, no que concerne a Maturidade, a maioria dos utentes considera que já não é, nem o tratam como criança. Os técnicos corroboram esta ideia, exprimindo igualmente a opinião de que a população de utentes tem necessidades sexuais como as outras pessoas.

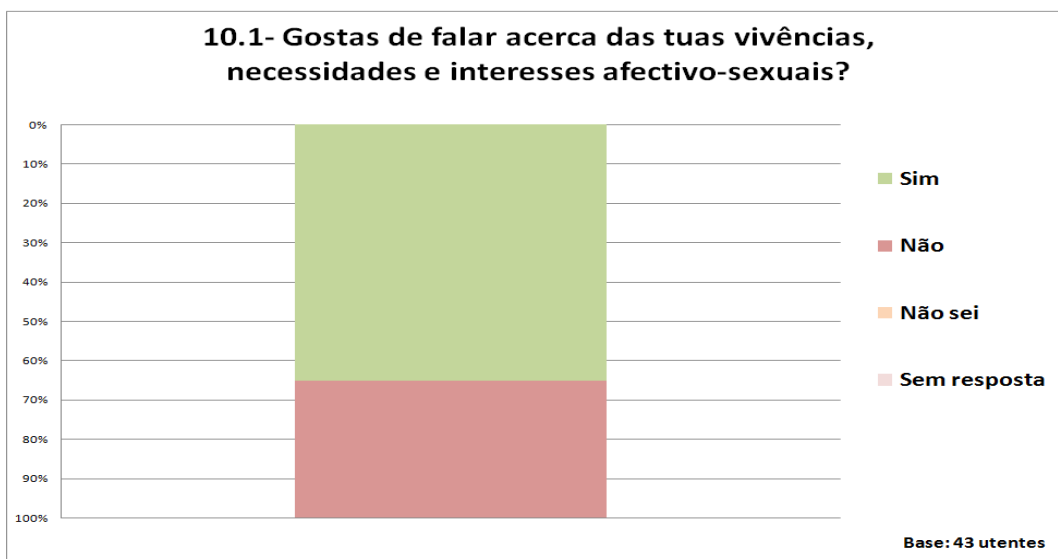
No que respeita a este domínio para os 3 grupos, a maioria dos tutores inquiridos transmite opiniões próximas sobretudo dos técnicos acerca das questões neste domínio. Note-se porém, que os 8 utentes aqui estudados referem mais frequentemente que a amostra total de 43 utentes sentirem-se ainda criança (5 em 8 utentes - ver anexo H), embora a maior parte não considere que o tratam como criança. Esta aparente menor maturidade destes 8 utentes pode explicar o facto de somente estes tutores responderem ao inquérito. Eventualmente os restantes utentes poderão ter

atingido um maior grau de maturidade, e essa superior independência dos seus tutores poderia levar estes últimos a não ter aderido à participação no estudo.

### 10. Domínio - Educação Sexual

No que diz respeito ao domínio de Educação Sexual, coloca-se apenas uma questão aos utentes, a saber se estes gostam de falar das suas vivências, necessidades e interesses afectivo-sexuais.

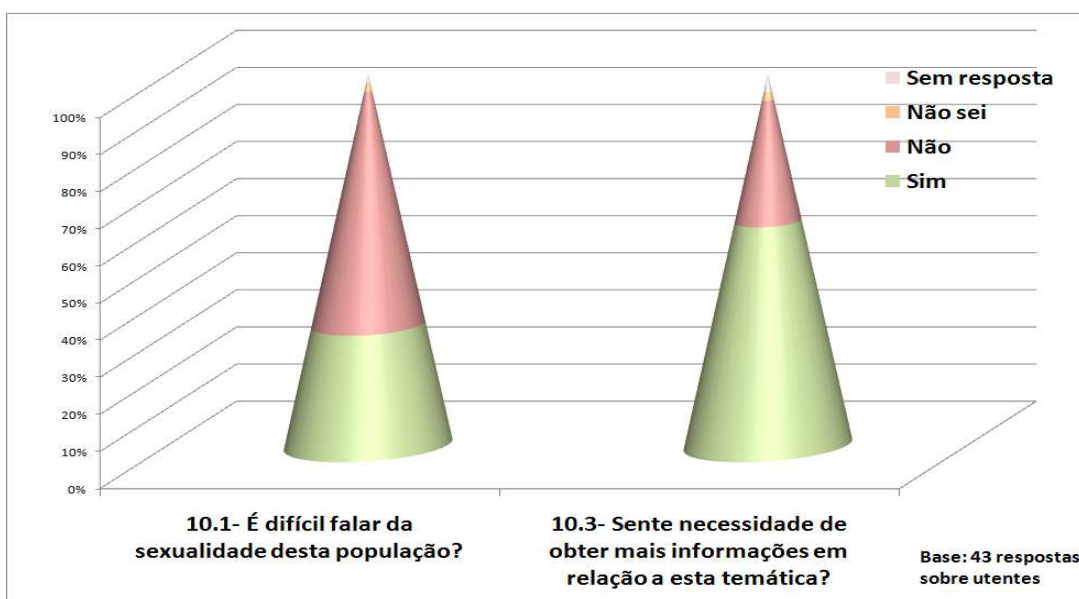
Figura 36.



A maioria responde afirmativamente (65% - figura 36), embora outros 35% o façam de forma negativa (ver anexo F).

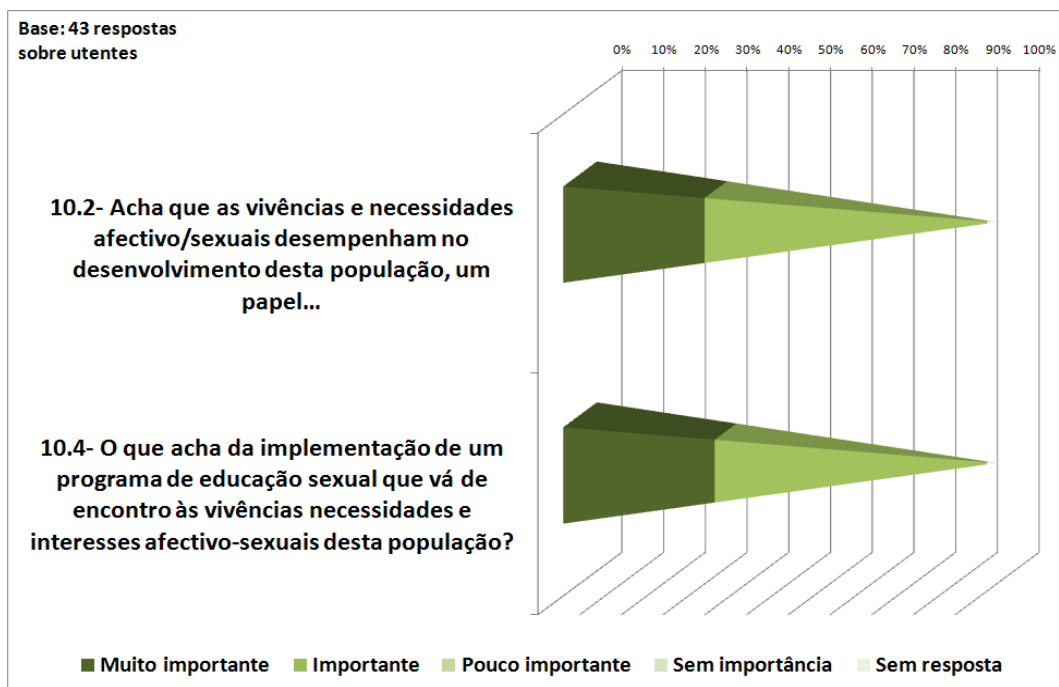
Sobre este domínio, efectuem-se quatro questões aos técnicos.

Figura 37. Respostas a questões relativas a sexualidade e educação sexual.



Verificamos que os técnicos tendem a considerar que não é difícil falar da sexualidade desta população (62% das respostas dos técnicos – figura 37), mas sentem necessidade de obter mais informações acerca desta temática (61%) (anexo F).

Figura 38. Respostas a questões relativas à educação sexual na deficiência mental.



Nenhum técnico responde que as vivências e necessidades afectivo-sexuais desempenham no desenvolvimento desta população um papel pouco importante ou sem importância (figura 38). Pelo contrário, com a excepção de uma não resposta, todas respostas dos técnicos se situam nos graus importante (65%) e muito importante (33%).

Os técnicos expressam uma opinião muito semelhante quando se lhes pergunta o que acham da implementação de um programa de educação sexual que vá de encontro às vivências e interesses afectivo-sexuais desta população. Nenhum responde que a implementação de um programa deste tipo é pouco importante ou sem importância. Com a excepção de uma resposta “não”, todas respostas dos técnicos se situam nos graus importante (63%) e muito importante (35%) (anexo F).

De uma forma geral, quanto ao domínio da Educação Sexual, a maior parte dos utentes e dos técnicos parecem abertos a falar sobre esta temática (a maioria dos utentes gosta de discutir as suas vivências, necessidades e interesses afectivo-sexuais, enquanto que os técnicos tendem a não considerar difícil falar da sexualidade desta população).

Da parte dos técnicos, também parece existir interesse em obter mais informação sobre a temática e a considerar importantes as vivências, necessidades e interesses afectivo-sexuais no desenvolvimento da população de utentes, bem como a implementação de um programa de educação sexual que dê resposta a estes aspectos.

Em relação a este domínio para os 3 grupos, 6 dos 8 utentes gostam de falar sobre os assuntos acerca da sua afectividade e sexualidade, contudo, os seus tutores tendem a considerar difícil falar da sexualidade desta população (5 dos 8 respondentes – questão 10.1 ver anexo H), contrastando com a resposta inversa de técnicos (5 dos 8). Apesar de quase todos considerarem importante ou muito importante o papel que as vivências e necessidades afectivo-sexuais desempenham no desenvolvimento desta população (questão 10.2 ver anexo H) assim como os técnicos, apenas um dos tutores responde “pouco importante” e outro que não sabe. Apenas 3 tutores e 4 técnicos declaram ter necessidade de obter mais informações em relação a esta temática (ver questão 10.3 do anexo H). Todavia, 5 dos 8 autores afirmam que a implementação de um programa de educação sexual é muito importante, atribuindo maior importância que técnicos, onde 5 dos 6 consideram apenas importante (ver questão 10.4 do anexo H).

### *3. Testes de Qui-quadrado sobre variáveis do questionário 1*

Com vista a analisar, para cada domínio do questionário 1, se as observações realizadas a nível descritivo são estatisticamente significativas, aplicaram-se alguns testes de hipóteses, nomeadamente testes de qui-quadrado de independência. Os resultados completos da aplicação destes testes encontram-se em anexo, mas podemos consultar a tabela resumo seguinte para os resultados parciais. Note-se que nesta secção sempre que falamos de percentagens de técnicos, nos referimos, na realidade, a percentagens de respostas dos técnicos (visto que 11 técnicos deram a sua opinião sobre os 43 utentes).

Tabela 1 : Testes de Independência de Qui-quadrado de questões seleccionadas versus a pertença de grupo (utentes e técnicos)

Variável vs grupo	Estatística de Teste	Valor-p
1.1.1- Gosta do seu corpo?	5,480	,019 *
1.1.2- Considera-se diferente das outras pessoas?	8,962	,003 **
2.1- Sabe identificar as diferenças entre o corpo dos rapazes e o corpo das raparigas?	1,000	,317
3.2- Sabe quais as partes do corpo que devem ser protegidas, não deixando que ninguém as toque sem que tu/ele(a) deixes/deixe?	1,944	,163
3.3- Masturba-se?	51,901	,000 **
4.2- Quer namorar?	3,078	,079
5.2 – Gostaria de casar?	10,966	,001 **
6.2 – Não há diferenças entre formas de contacto entre os namorados e entre pessoas casadas	10,379 (1)	,001 **
7.1 – Gostaria de ter filhos?	21,850	,000 **
8.1- Sabe o que se deve fazer para evitar ter filhos?	8,502	,004 **
9.1- Ainda se sente criança?	16,630	,000 **

(1) Estatística Qui-quadrado de Pearson, sendo os restantes testes exactos com estatísticas de associação “linear-by-linear”, visto as condições de aplicabilidade do primeiro testes não estarem satisfeitas.

\* Rejeita-se a hipótese nula a um nível de significância de 5%

\*\* Rejeita-se a hipótese nula a um nível de significância de 1%

Podemos verificar que se rejeita a hipótese nula, ou seja, não se rejeita a independência entre a pertença de grupo (ser utente ou técnico) e as questões 2.1, 3.2 e 4.2.

No que diz respeito à questão 1.1.1, os utentes e os técnicos exprimem opiniões semelhantes, mas os técnicos registam diferenças significativas na categoria Não sabe (conforme se pode observar pelos valores dos resíduos ajustados nas tabelas em anexo), o que põe em evidência o seu desconhecimento da opinião dos utentes sobre determinados assuntos.

Quanto à questão 1.1.2, os técnicos voltam a registar percentagens de Não sabe significativamente superiores aos utentes, mas apresentam percentagens de respostas afirmativas muito inferiores às observadas junto dos utentes: cerca de 21% dos técnicos responde afirmativamente a esta questão, contra 44% dos utentes.

No que concerne a questão 3.3, os técnicos também registam percentagens de Não sabe significativamente superiores aos utentes (88% dos técnicos contra 0% dos utentes), mas apresentam igualmente percentagens de resposta afirmativa muito inferiores às dos utentes (7% dos técnicos contra 42% dos utentes), bem como percentagens de resposta negativa igualmente

muito inferiores (0% dos técnicos contra 58% dos utentes). Mais uma vez o grau de desconhecimento dos utentes sobre determinados assuntos se encontra patente.

Relativamente à questão 5.2, os técnicos apresentam percentagens de Não sabe significativamente superiores aos utentes (33% dos técnicos contra 0% dos utentes), mas observam-se percentagens de respostas negativas inferiores às observadas junto dos utentes (9% dos técnicos responde negativamente a esta questão, contra 28% dos utentes).

No que respeita à questão 6.2, os utentes apresentam percentagens de respostas “não há diferenças” muito superiores aos técnicos (44% dos utentes afirmam não haver diferenças entre formas de contacto entre namorados e pessoas casadas, contra 16% dos técnicos).

Quando analisamos os resultados da questão 7.1, mais uma vez os técnicos registam valores de desconhecimento muito elevado (47% dos técnicos e apenas 2% dos utentes respondem não sabe), apresentando percentagens inferiores de respostas afirmativas (respectivamente, 33% contra 70%).

Quanto à questão 8.1, as diferenças mais patentes entre utentes e técnicos dizem respeito às respostas afirmativas: 86% dos utentes respondem que sabem o que devem saber para evitar ter filhos, contra 56% dos técnicos.

Finalmente, para a questão 9.1, os utentes respondem mais frequentemente que os técnicos que se sentem ainda crianças (30% dos utentes contra 0% dos técnicos) e registam percentagens menos elevadas que os técnicos de respostas negativas (70% contra 91%).

#### 4. Análise dos resultados do questionário ASQ-ID

Dimensões do questionário ASQ-ID - Resultados das respostas de tutores e técnicos.

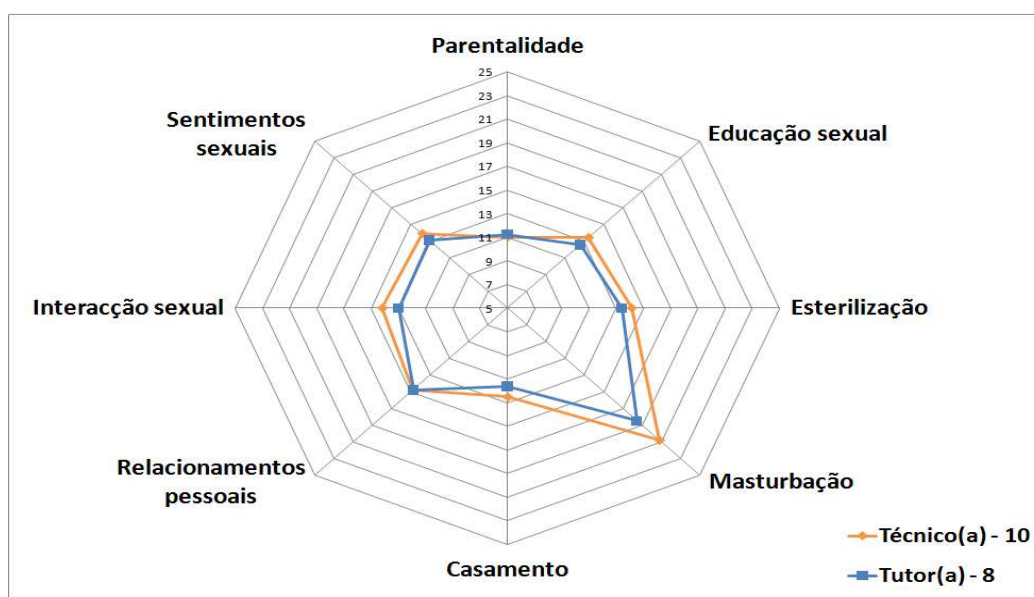
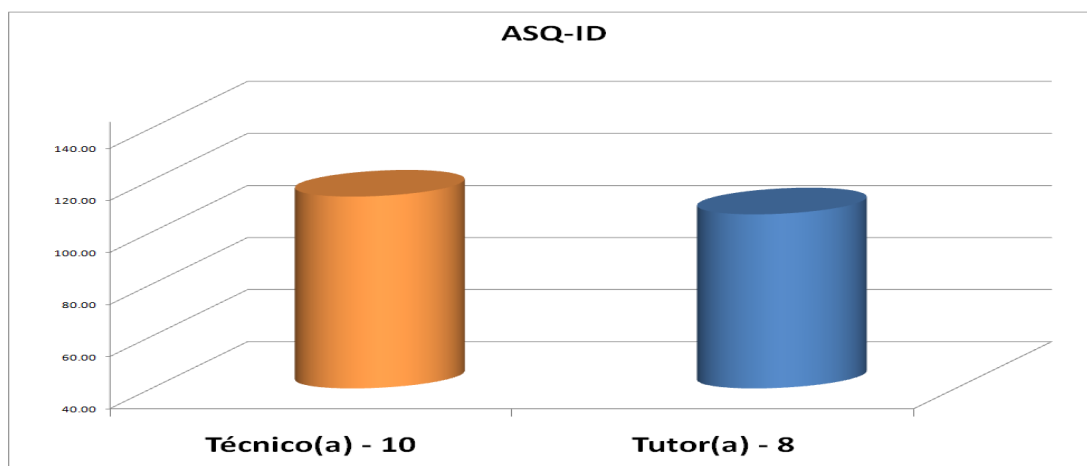


Figura 39. Dimensões do questionário ASQ-ID - Resultados das respostas de tutores e técnicos.

Quando comparamos as respostas dos tutores e dos técnicos ao questionário ASQ-ID, podemos identificar descritivamente uma tendência para os técnicos registarem valores médios ligeiramente superiores para algumas das dimensões (sobretudo, masturbação, interacção sexual, casamento, figura 39) e para a própria escala (figura 40). Todavia, ao observarmos os valores das medianas respectivas (tabela em anexo I), menos sensíveis à existência de valores extremos de resposta, essas diferenças esbatem-se.

Figura 40. Resultados globais das respostas de tutores e técnicos ao questionário 2



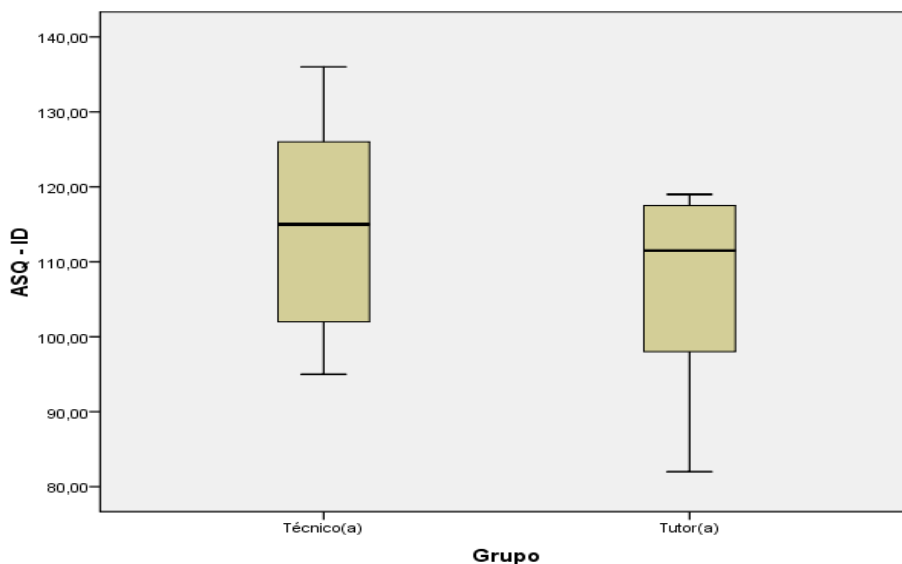
Desta forma, como podemos constatar na tabela seguinte, é de esperar que os testes não paramétricos de Mann-Whitney aplicados não identifiquem diferenças significativas entre as respostas de ambos os grupos.

Tabela 2: Testes de Mann-Whitney do questionário ASQ-ID e das suas dimensões por grupo (técnicos e tutores)

	Estatística de Teste	Valor-p
Parentalidade	39,000	,965
Educação sexual	32,000	,813
Esterilização	27,500	,475
Masturbação	18,000	,174
Casamento	27,000	,475
Relacionamentos pessoais	40,000	1,000
Interacção sexual	22,000	,351
Sentimentos sexuais	25,000	,321
ASQ-ID	29,000	,360

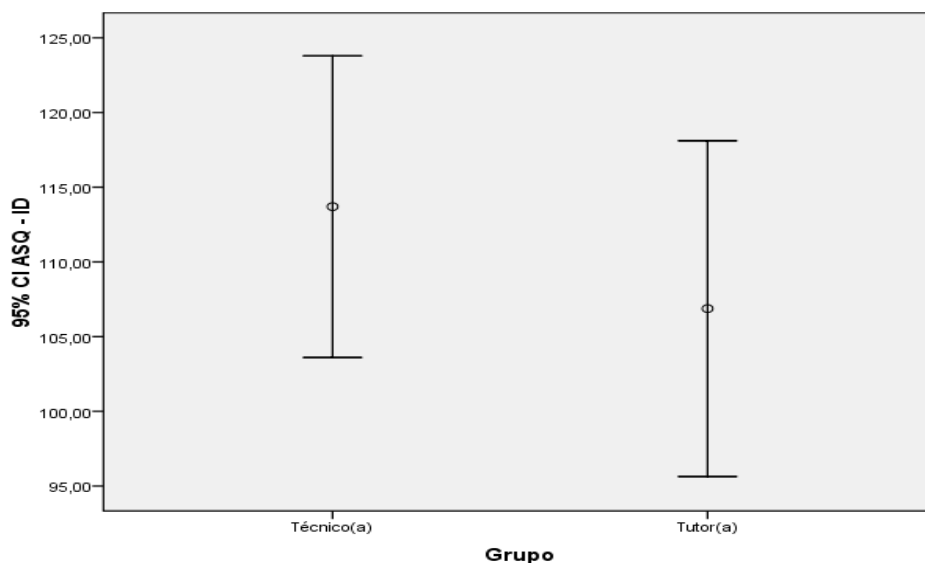
O diagrama de caixa e bigodes seguinte (figura 41) mostra-nos que apesar de se identificar uma tendência para os tutores registarem valores inferiores aos técnicos (a caixa dos tutores encontra-se ligeiramente abaixo da dos técnicos), o valor da mediana (linha mais grossa no centro das caixas) é extremamente próximo.

Figura 41. Valores do questionário ASQ-ID entre grupos



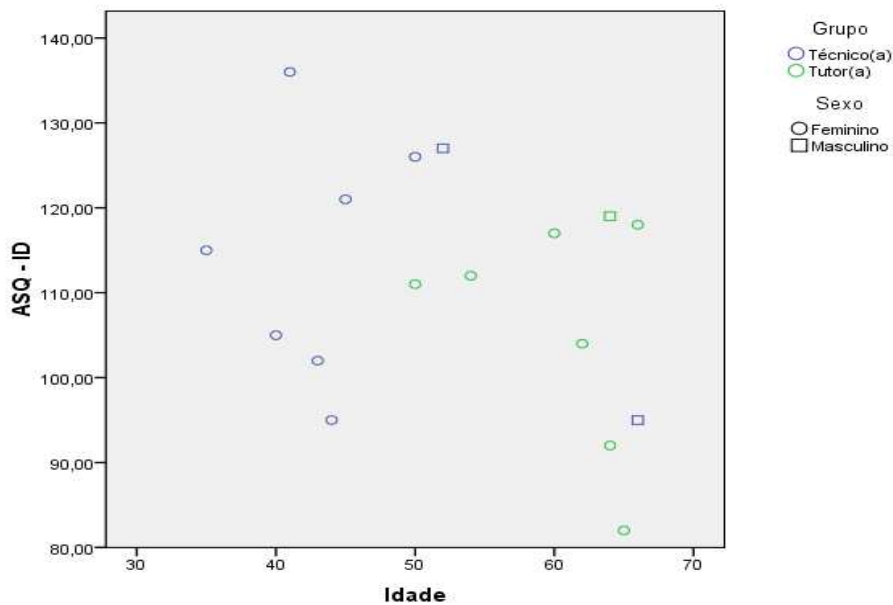
Evidência semelhante pode ser constatada quando comparamos os intervalos de confiança a 95% para o valor médio de ASQ-ID entre os grupos. Como verificamos na figura 42, os intervalos de ambos os grupos de indivíduos sobrepõem-se.

Figura 42. Comparação de resultados do questionário ASQ-ID entre grupos



Assim, apesar de descritivamente se observar uma tendência para os técnicos apresentarem uma atitude menos conservadora que os tutores, registrando médias superiores no questionário ASQ-ID e em algumas das suas dimensões, isso não é comprovado pelos testes de hipóteses aplicados. Note-se que frequentemente os testes de hipóteses são menos sensíveis quando a dimensão da amostra é pequena, como é o nosso caso. Só com um estudo complementar com dimensões amostrais superiores para ambos os grupos poderíamos obter resultados mais fiáveis e conclusivos.

Figura 43. Gráfico da dispersão do questionário ASQ-ID- versus por idade e por sexo



A figura 43, reforça a ideia que não existe diferenças entre tutores e técnicos, não se observa uma relação entre o questionário ASQ-ID e a idade (ser mais velho e ter valores mais altos na escala e vice-versa). Existe uma tendência para os técnicos terem valores mais elevados e de serem mais velhos que os tutores mas os valores aparecem misturados. Quanto ao género, a esmagadora maioria é feminina.

#### *IV- Discussão dos Resultados*

Tendo por base a análise estatística dos resultados tentaremos seguidamente responder, às questões de investigação anteriormente referidas.

##### **1. Qual a perspectiva das pessoas com deficiência mental face à sua sexualidade?**

Esta primeira questão parece-nos de extrema importância, pois um dos objectivos deste estudo, e o fundamento principal para a sua realização foi dar voz às pessoas com deficiência mental, saber como pensam, o que sentem e como vivenciam a sua sexualidade.

Em termos globais, após análise das respostas obtidas, verificamos que as pessoas com deficiência mental participantes neste estudo percebem a sua sexualidade de uma forma positiva. Embora esta afirmação seja redutora, quer dada a diversidade e complexidade dos aspectos em causa, e a impossibilidade de apresentar um valor global que a justifique inequivocamente, através da análise dos vários domínios do questionário vamos procurar sustentar esta afirmação.

Assim, no domínio da Auto e Hetero Imagem, 81% dos utentes atribui a si uma imagem tendencialmente positiva, e 93% afirmam gostar do seu corpo (figura 9), a grande maioria dos utentes 67%, referem que não existe ninguém que não goste deles e 56% não se consideram diferentes das outras pessoas; entre os que acham que são diferentes, muitos sentiram necessidade de justificar a sua resposta, com vista a reforçar a ideia de que não têm uma má imagem de si próprios.

De acordo com Furtado & Morato (2001), o gosto pelo corpo e a forma generalizada de se considerarem bonitos poderá ser o factor determinante na construção de uma auto-imagem positiva.

Glat (2003), refere que a infantilização e o isolamento social prejudicam a auto-estima e a imagem corporal das pessoas com deficiência mental, resultando em sentimentos de inferioridade; por outro lado, a vergonha de parecer “diferente” atrapalham o processo de integração social e consequentemente afectam a vida afectiva, sexual e social.

Contudo, pelo facto da maioria dos inquiridos trabalharem, conviverem em diferentes contextos e utilizarem transportes colectivos, parecem-nos ser importante para o estabelecimento de vínculos afectivos, possibilitando também a ampliação o treino do repertório de habilidades sociais, assim

como a adequação de comportamentos de acordo com as normas sociais vigentes; todos estes aspectos podem ajudar a explicar a forma positiva como maioritariamente se percebem.

No domínio Conhecimento do Corpo, parecem ter bons conhecimentos, pois sabem identificar diferenças; assim, por exemplo, a maioria sabe o que é a menstruação embora nem sempre a identifiquem por esta denominação, apenas 9% responde que não sabe e 28% referem não saber o porquê de tal acontecer, apesar de conhecerem alguns aspectos relacionados com o assunto (figura 14).

No domínio Formas de Contacto, as respostas dadas contrariam muitos dos mitos que ensombram e impedem a expressão da sua afectividade e sexualidade. A esmagadora maioria dos utentes apresenta um leque variado de contactos adequados na interacção com o outro (figuras 15 à 20), tendo em conta a pessoa e grau de intimidade.

Todos responderam correctamente à questão quais as partes do corpo que devem ser protegidas (figura 21), não deixando ninguém tocá-las sem o seu consentimento. E quando questionados sobre um dos aspectos mais delicados e difíceis do questionário - a masturbação, sobre a sua prática, questões de privacidade ou visionamento por terceiros, revelou-se alguma inibição patente na ausência significativa de respostas a algumas perguntas desta temática; por outro lado, a maioria respondeu afirmativamente sublinhando a sua prática em privacidade.

Master e Johnson (Citado por Sprovieri & Assumpção, 2005), referem que apesar das diferenças existentes dada a heterogeneidade e diferenças de capacidade entre as pessoas com deficiência mental, quase todos são capazes de aprender a desenvolver algum nível de habilidade social e conhecimento sexual; estes podem incluir capacidades para diferenciar comportamentos apropriados e não apropriados ou para desenvolver um sentido de responsabilidade, quer nos cuidados pessoais, quer no relacionamento com os outros.

Castilho e Gomes (2003), sublinham que as diferenças na severidade da deficiência mental em termos de desenvolvimento e comportamento estão patentes na expressão da sexualidade. Jovens com deficiência mental ligeira estão mais próximos dos jovens ditos “normais”, pois são capazes de exprimirem as suas necessidades de um modo mais apropriado. Uma educação sexual adequada com o objectivo de atingir-se um desenvolvimento psicosexual dentro da normalidade, ajudará à expressão da sexualidade da pessoa com deficiência mental.

Relativamente ao Namoro, os utentes parecem muito abertos a terem uma relação de namoro com alguém, embora nem todos definam o namoro da mesma forma. A concepção referida com maior frequência diz respeito ao convívio, companhia e a amizade (49% dos utentes), à troca de

carinhos e beijos (42%) e ao gostar de uma pessoa (35%); 56% namoram. A maioria declara que os pais os deixam namorar (88%) o mesmo acontecendo com os técnicos (70%).

Sobre o domínio Casamento constatamos que a maioria dos utentes tem noção do que é o casamento; referem maioritariamente constituir uma união e viver conjuntamente (51%), constituir família, ter filhos, (21%). A grande maioria dos utentes declara que desejariam casar (72%), e cerca de 28% responde negativamente.

No domínio Contactos Afectivo-Sexuais, inquiriu-se sobre o seu entendimento da expressão “fazer amor” e para identificarem as diferenças entre as formas de contacto entre namorados e entre pessoas casadas. Apenas 9% dos utentes declara não saber o significado da expressão (figura 31), contudo, verificou-se que para muitos utentes o significado do termo não era muito claro; 35% refere sexo ou relações sexuais na sua resposta; a maior parte entende que não há diferenças entre namorados e casados (44%). As respostas dos que consideram que existem diferenças são muito variadas. Apenas 14% dos utentes afirma não saber as diferenças entre namorados e pessoas casadas; Contudo muitas (ver Anexo F) demonstram não ter uma noção exacta do que significa este conceito.

De uma maneira geral, no domínio Ter Filhos, a maior parte dos utentes afirma esse desejo, contudo apresenta maiores noções sobre o que tem que fazer para evitar tê-los, do que conhece como são concebidos exactamente (apesar da maioria também saber como aparecem os bebês).

Ao analisarmos conjuntamente os domínios Namoro, Casamento, Contactos Afectivo-Sexuais e ter Filhos, e se tivermos em linha de conta que mais de metade destes participantes então englobados dentro do grupo dos denominados deficientes mentais ligeiros, geralmente autónomos do ponto de vista pessoal, social e vocacional, tendo a maioria uma profissão no mercado de trabalho, do tipo manual, que o seu grau de exposição a riscos é elevado, dado que mais de metade namora ou tem algum tipo de ligação afectivo sexual, verificando-se que existem muitas lacunas ao nível do conhecimento sexual que necessita ser colmatado para uma expressão segura da sua sexualidade. A este respeito Félix (1997), alerta que os deficientes mentais ligeiros são aqueles que em termos de desenvolvimento e comportamento, estão mais próximos dos ditos normais, pois expressam mais as suas necessidades e vivem mais em sociedade, com maior número de modelos de comparação. Simultaneamente estão expostos aos mesmos perigos, estímulos e pressões que os seus vizinhos considerados “normais”, daí a urgência na sua Educação Sexual.

Butler, Leighton & Galea (Citados por Cuskelly & Bryde, 2004), após uma revisão de diversos estudos concluíram que as pessoas com deficiência mental apresentam limitados conhecimentos e experiências sexuais em comparação com população em geral.

Em relação ao aspecto Maturidade, começou-se por perguntar se os utentes ainda se sentiam crianças; a maioria dos utentes responde negativamente (70%), e a esmagadora maioria dos utentes (81%) considera que não os tratam como se fossem crianças, embora 19% afirme o contrário. Globalmente, a maioria dos utentes considera que já não é, nem o tratam como criança.

Nestas situações, Félix (2003), refere que as pessoas com deficiência mental mais autónomas, estão rodeadas de proibições e ambiguidades, que os fazem questionar o porquê de não poder namorar, não poder sair à noite, casar e ter filhos, entre muitas outras questões às quais maioritariamente não obtêm respostas concretas satisfatórias por parte dos seus pais e técnicos.

Parece-nos que devido à maioria ter uma vida activa (trabalham, utilizam transportes públicos, etc.) estando neste grupo uma minoria que vivem sozinhos, essas vivências se repercutissem também noutras áreas.

No domínio Educação Sexual, quis-se saber se gostavam de falar das suas vivências, necessidades e interesses afectivo-sexuais; a maioria responde afirmativamente (65%).

Servais (2006), refere que as pessoas com deficiência mental demonstram um conhecimento pobre acerca da sexualidade e das práticas de saúde, mas expressam um desejo e necessidade de maior conhecimento, se bem que tais desejos e necessidades variem consoante o tipo e grau de deficiência, idade, sexo e grau efectivo de conhecimento.

## **2. Qual a perspectiva dos técnicos face à sexualidade dos utentes com quem trabalham directamente?**

Os técnicos demonstram ter uma imagem igualmente positiva da sexualidade das pessoas que orientam, embora predomine aparentemente algum desconhecimento acerca de determinados aspectos bastante importantes.

Nas questões 1.1.1, 1.1.2, 3.3, 5.2, 6.2, 8.1 e 9.1 (ver tabela 1, pág. 64) os utentes e os técnicos exprimem opiniões diferentes, registando-se diferenças significativas, o que põe em evidência o seu desconhecimento sobre determinados assuntos.

O facto do contacto entre utentes e técnicos estar limitado a determinados contextos, poderá justificar esta situação.

Relativamente aos aspectos que nos levam a afirmar esta imagem da sexualidade dos utentes como positiva, são de referir os seguintes resultados: o facto de existir uma

compreensão por parte dos técnicos acerca da imagem que os utentes têm deles próprios, uma vez que apenas 5,6% das respostas referem imagem tendencialmente negativa, e 11,1% tem uma imagem incerta; em relação à satisfação com o próprio corpo, 81% dos técnicos refere que os utentes gostam do corpo que têm. Quanto às questões da percepção de diferenças em relação às outras pessoas, 61,5% dos técnicos afirmam não existirem;

Em relação aos conhecimentos do corpo por parte dos utentes, os técnicos demonstram reconhecer competências aos utentes, nomeadamente na identificação corporal de género (97,7%) e a sua localização.

Em relação ao domínio Namoro, é curioso observar que os dois aspectos mais referidos nas respostas dos técnicos são também o convívio, companhia e amizade (35% das respostas dos técnicos) e a troca de carinhos e beijos (30%), existindo uma sintonia entre ambos os grupos.

Em relação à questão dos utentes quererem ou não namorar, 81% respondem afirmativamente, valor muito aproximado do referido pelos utentes, o que demonstra ser um dos assuntos habitualmente abordados. Destaca-se que 84% deixam que eles namorem o que demonstra uma abertura muito positiva.

Quanto ao domínio Maturidade, as respostas dos técnicos atribuem um elevado grau de maturidade aos utentes, ao responderem quase na totalidade que os utentes não se sentem nem são tratados como crianças, respectivamente (97%) e (90,7%). É importante realçar que existem alguns utentes nesta amostra que exercem uma profissão, e alguns destes técnicos são seus orientadores, o que pode justificar a percepção positiva pela forma como se comportam socialmente.

Quando se pergunta aos técnicos se acham que a população em estudo tem pulsões e necessidades sexuais como as outras pessoas, 98% responde afirmativamente.

Fica assim patente que existe uma percepção, uma compreensão e uma abertura positivas o que evidencia uma mudança relativamente a um passado próximo.

Os resultados deste estudo são contrários ao que Aizpurua (1985), referia naquele período, pois apesar dos técnicos terem o privilégio de melhor acesso à educação sexual, a maioria apresenta uma predisposição para o conservadorismo, ou inibição de algumas condutas mais flexíveis em decorrência da solicitação e expectativa dos pais, e que acaba por restringir a expressão sexual destas pessoas e prejudica a sua qualidade de vida.

Holmes (1998), no seu estudo concluiu que a maioria dos profissionais tinha uma atitude razoavelmente liberal face à actividade sexual das pessoas com deficiência. Desde este estudo

até aos mais recentes existe uma tendência relativamente liberal que aparentemente o nosso trabalho confirma.

Relativamente à Educação Sexual, efectuaram-se quatro questões aos técnicos e verificamos que estes tendem a considerar que não é difícil falar da sexualidade desta população (62%), mas sentem necessidade de obter mais informações acerca desta temática (61%).

A esmagadora maioria das respostas dos técnicos situam as vivências e necessidades afectivo-sexuais nos graus: importante (65%) e muito importante (33%).

Os técnicos expressam uma opinião muito semelhante quando se lhes pergunta o que acham da implementação de um programa de educação sexual que vá de encontro às vivências e interesses afectivo-sexuais desta população. Nenhum técnico responde que a implementação de um programa deste tipo é pouco importante ou sem importância, as respostas dos técnicos situam-se nos graus importante (63%) e muito importante (35%).

Ballone (2006), afirma que a inclusão de actividades e formação para a educação sexual aos profissionais das instituições, não é fácil, pois os preconceitos e tabus misturam-se com toda a espécie de justificações (morais, éticas, religiosas, culturais, etc.) verificando-se uma dificuldade implícita, por parte dos profissionais, em abordar alguns temas da sexualidade, o baixo nível de participação dos pais e, por fim, a dificuldade em estabelecer critérios de avaliação. Apesar das atitudes e opiniões com tendências liberais nas instituições, poucas têm sido as mudanças para a melhoria da vida sexual das pessoas com deficiência mental.

### **3. Qual a perspectiva dos tutores face à sexualidade dos seus educandos?**

Os tutores apresentam igualmente uma perspectiva positiva perante a sexualidade dos seus educandos, mas apesar de reconhecerem que como qualquer outro ser humano, têm desejos e necessidades sexuais, parecem-nos que procuram ignorar propositadamente alguns dos aspectos que envolvam contactos mais íntimos e interacção sexual.

Quando caracterizámos cada domínio, verificámos que relativamente ao conceito de auto e hetero imagem pela frequência de respostas, parece-nos existir algum conhecimento dos seus educandos ao nível da sua imagem, a aspectos relacionados com o conhecimento do corpo e do sexo oposto (apenas 25% responde à questão o que é o período) (ver anexo H).

No domínio Formas de Contacto, existe algum desconhecimento sobre a forma de contacto dos educandos na interacção com os outros; essa disparidade de respostas inclui as formas de contacto entre tutores e os seus educandos.

Na questão sobre a masturbação, um assunto normalmente polémico, existem alguns resultados interessantes uma vez que 37,5% (3 dos 8 tutores) afirmam que os seus filhos se masturbam, percentagem idêntica à dos utentes que admitiu masturbar-se (ver anexo). Sobre a masturbação em público a esmagadora maioria das respostas dos tutores 87,5% (7 tutores) afirmam que os seus educandos não se masturbam em público. Sobre a reacção à visualização desse comportamento, 50% (4 dos tutores) classificam a sua reacção como normal, e outros 50% não responde. Apenas um dos tutores justifica a sua reacção quando surpreendeu o filho a masturbar-se.

Actualmente, e de acordo com alguns autores, a masturbação, quando praticada em privacidade é geralmente considerada uma forma aceitável de expressão sexual, por não trazer as consequências indesejadas e temidas pelos tutores.

Num estudo recente de Ramos & Albuquerque (2007), onde foi utilizado um questionário criado por Martins (1995), aplicado a 43 pais, entre os dados recolhidos sobre masturbação, 71,4% é contra a repressão no caso de eles serem encontrados a masturbar-se contra 9,5 que é a favor; 38,1% acham que devem ignorar a situação, 42,9% não concorda nem discorda e 19% discorda. Quanto a falar com eles de forma a orientar esse comportamento, 59,5% concordam contra 5,4% que discordam. Contrariamente a outras formas de expressão naquele estudo, a masturbação, acaba por ser aceite pela maioria.

Em relação aos domínios namoro, casamento, contactos afectivo sociais e maturidade, parece-nos que existem algumas diferenças na perspectiva dos tutores na forma de encarar esta situação.

Quando se lhes pede para descrever o que é o namoro para os seus educandos, os tutores abordam aspectos ligados à amizade, companheirismo, sentimentos bons, beijos e carinhos; nenhum abordou o relacionamento propriamente dito nem o anteceder o casamento. Quando se coloca a questão se o seu educando quer namorar, 50% afirma não saber e outros 50% afirmam que quer. Apesar de metade desconhecer as intenções dos educandos, 87% afirmam que os deixam namorar.

Quando se pergunta aos tutores o que representa o casamento para os seus educandos, existe alguma sintonia entre ambos os grupos relativamente à sua definição apesar da grande diversidade de respostas (ver Anexo H). Contudo, 50% dos tutores afirmam desconhecer as suas intenções relativamente ao matrimónio.

Sobre os Contactos Afectivo Sexuais, em ambas as questões 62,5% (5 dos 8 tutores respondentes) não responde ou declara que não sabe (ver tabela no anexo H).

Ao questionar os tutores sobre se os seus educandos desejariam ter filhos (questão 7.1 na tabela seguinte), 62,5% (5 dos 8 tutores) não responde ou declara que não sabe, apenas 12,5% (1) afirma que sim e 25% (2) respondem não.

No que respeita à Maturidade, existem contradições evidentes entre as perspectivas de ambos, pois 62,5% dos utentes considera-se criança contrastando com 62,5% dos tutores que acham que não; 37,5% acha que é tratado como uma criança, contrariamente, a 87,5% dos tutores que considera que não.

De acordo com Ramos & Albuquerque (2007), para os pais o filho(a) com deficiência representa muitas vezes, de forma inconsciente, a eterna criança que será sempre dependente. Alegam que o filho não está “envolvido” com a sexualidade, mas não rejeitam a ideia de que outros deficientes mentais, que não a sua “criança”, possam expressar a sua sexualidade. Torna-se uma “eterna criança”, entendida como assexuada mesmo quando adulta, poderá relacionar-se com os seus pares mas apenas de forma afectiva e não sexual.

Estas afirmações são corroboradas com os dados do estudo das autoras, (Ramos & Albuquerque (2007), onde 88,4% afirmam que é difícil falar de sexualidade, 65,1% consideram os filhos muito infantis, 65,1 consideram que quando o filho agarra outras pessoas aos beijos são apenas manifestações de ternura, 88,1% acha que os filhos têm direito à sua vida afectiva, contudo somente 35,7% considera que têm direito a viver a sua sexualidade, e no caso do estabelecimento de uma relação entre o filho e um colega do sexo oposto consideram que esta deve ser incentivada em 18,6% dos casos.

Ballone (2006), refere que o namoro para as pessoas deficientes mentais nem sempre tem a mesma conotação que tem nas pessoas não deficientes. Com muita frequência eles confundem amizade com namoro, e nem sempre o desejo sexual está presente. Mas, o grande problema do namoro nestas condições é o seu consentimento por parte dos familiares, devido aos riscos que terão de assumir. Já em relação ao casamento e à paternidade na deficiência mental há um discurso, senão correcto, ao menos politicamente interessante sobre o direito à maternidade/paternidade. Esse pretendido direito esbarra com o nível de independência da pessoa com deficiência mental e com a vontade e condição da família assumir a supervisão das actividades do casal e da criança, provavelmente para sempre. Os tutores reconhecem na população em estudo a existência, de necessidades e pulsões sexuais como qualquer outro, contudo essa situação não é clara quando particularizada com o seu educando.

O domínio Educação Sexual foi igualmente concebido para saber a opinião dos tutores sobre a temática da sexualidade. A maioria (62,5%) refere ser difícil falar da sexualidade desta população (5 dos 8), considerando importante (5) ou muito importante (1) o papel das vivências e necessidades afectivo-sexuais; apenas 12,5% (1) contrariam esta opinião e considera pouco importante. Apesar da importância dada, apenas 37,5% (3) declaram ter necessidade de obter mais informações. Quanto à implementação de um programa de educação sexual 62,5% (5 dos 8 tutores) considera muito importante. Aparentemente este é um domínio delicado de conversa, a respeito do qual os tutores se sentem pouco à vontade para falar, preferindo talvez até que seja um assunto intermediado por outras pessoas que não eles.

Pan (2000), retira as mesmas conclusões no seu estudo, e sintetiza que os pais manifestam em consonância com a sociedade em geral, atitudes de tolerância, normalidade e respeito pelos direitos fundamentais das pessoas com deficiência mental, quando estes são enunciados como princípios gerais, mas a aceitação é muito menor no que diz respeito ao próprio filho, com deficiência mental, pois levanta exigências concretas neste campo.

#### **4. Existem diferenças entre as perspectivas, dos utentes, dos seus tutores e dos técnicos?**

Esta amostra dos 3 grupos como já foi referido é muito reduzida, pelo que impossibilita chegar a conclusões significativas, embora permita retirar algumas ilações.

Foram observadas algumas diferenças significativas entre os 3 grupos amostrais, principalmente nos aspectos que envolvem intimidade e interacção sexual.

As diferenças significativas encontradas foram: nas diversas formas de contacto utilizadas pelos utentes, aparentando estas ser adequadas, embora tutores e técnicos por vezes as desconheçam. Em relação ao aspecto mais polémico deste domínio, a masturbação, os tutores apresentam um grande conhecimento, contrastando com a falta de conhecimento total destas situações por parte dos técnicos.

Quando se pede a tutores e técnicos para descrever o que é o namoro para os utentes, verifica-se uma diversidade de respostas dadas por estes em contraste com as respostas dos tutores e técnicos. Todavia, na questão 4.2, os tutores mostram desconhecer mais até que os próprios técnicos se os seus educandos desejam namorar ou não (4 dos tutores respondem que sim, mas outros 4 que não sabem).

Quando se pergunta o que representa o casamento para os utentes, as respostas dos tutores são variadas e muito próximas das dadas pelos seus educandos, embora metade não saiba ou prefira

ignorar se os seus filhos gostariam ou não de casar; já a maioria dos técnicos (63,5%) desconhece a sua opinião relativamente a este assunto.

No domínio Ter Filhos, existem posições antagónicas na forma de percepcionar os utentes, pois a sua maioria gostaria de ter filhos (75%), contra 25% de técnicos e 12,5% de tutores, 25% dos tutores e 12,5% dos técnicos respondem negativamente, e 62,5% dos tutores e técnicos não responde ou declara que não sabe.

O mesmo se verifica no domínio Maturidade, tutores (62,5%) e técnicos (87,5%) afirmam que os utentes não se consideram crianças e são mais categóricos ao afirmar que não os tratam como tal (87,5%), sendo estas percepções contrárias às afirmações dos visados, pois a maioria considera-se uma criança (62,5%), embora apenas 37,5% percepcione que é tratado como criança.

A maioria dos utentes afirma gostar de falar dos vários aspectos da sua sexualidade (62,5%), já os tutores tendem a considerar difícil falar da sexualidade desta população (5 dos 8 respondentes – questão 10.1 na tabela seguinte) contrastando com a posição dos técnicos cujo resultado é inverso. Apenas 3 declaram ter necessidade de obter mais informações em relação a esta temática (questão 10.3). Todavia, 5 dos 8 afirmam que a implementação de um programa de educação sexual é muito importante (questão 10.4).

Para além do desconhecimento que tutores e técnicos apresentam, aparenta existir por parte dos tutores uma tendência para ignorar ou infantilizar as dimensões mais polémicas, as que envolvem interacção sexual e afectiva, como Namoro, Casamento e Ter Filhos. Esta situação, faz com que levantemos a hipótese na dimensão Maturidade, se a percepção dos utentes de se sentirem crianças não é uma resposta à forma como se sentem tratados.

De acordo com McCabe (1999), os estudos mais recentes revelaram que uma maior proporção de pessoas com deficiência intelectual têm sentimentos positivos relativamente a alguns aspectos da sexualidade, revelam bastante abertura em relação a relacionamentos amorosos, mas ainda existem áreas em que prevalecem atitudes negativas, e principalmente lacunas ao nível dos conhecimentos.

No estudo realizado por Delville, e Mercier (1997), em que se comparam as perspectivas dos pais e dos profissionais relativamente à sexualidade das pessoas com deficiência mental, encontraram-se algumas diferenças significativas sendo mesmo em alguns aspectos contraditórias. Destaca-se que os profissionais apresentaram uma postura mais liberal nos diversos aspectos inquiridos, e foram consensuais quanto à necessidade da implementação de programas de educação sexual, mas pouco consensuais no que concerne à homossexualidade. Constatou-se que os pais

reconheciam o desejo de contacto físico, de sedução e de ter relações sexuais nas pessoas com deficiência mental, embora nos aspectos desejo de casar e ter filhos não serem unânimes. Em relação aos seus próprios filhos, houve alterações consideráveis e mais conservadoras.

Uma das conclusões deste estudo é que se torna “necessário instaurar o diálogo entre os profissionais e os pais, de modo a evitar que a acção junto das pessoas com deficiência mental esbarre nas contradições entre aqueles que procuram melhorar a vida destas pessoas. Se os pais e os profissionais procurarem ter uma acção comum, seria bom que em conjunto tomassem consciência das suas diferentes opiniões, atitudes e representações” (Mercier et al, 1997).

### **5. Qual a atitude dos tutores face à sexualidade de pessoas com deficiência mental?**

Os tutores participantes neste estudo apresentam globalmente uma atitude positiva sobre a sexualidade na deficiência mental na sua generalidade (figuras 40, 41, 42, páginas 69, 70 e 71). Embora seja uma amostra muito pequena que não permite uma conclusão fiável, o resultado obtido não surpreende tendo em conta a evolução que tem ocorrido na sociedade contemporânea, iniciada nos anos 70 um pouco por todo o mundo ocidental, e que gradualmente se vem tornando mais liberal e compreensiva, tanto em relação à sexualidade, como às próprias pessoas com deficiência mental embora ainda exista um longo caminho a percorrer.

McCabe (1999), refere dois estudos, não publicados, realizados na Universidade de Queensland, Austrália que ilustram bem as mudanças de atitudes que têm ocorrido na sociedade. Em 1982, Parsons relatou que apenas 38% dos pais de adultos com deficiência mental tinham respondido positivamente a uma declaração sugerindo que o sexo consensual entre adultos com deficiência mental devia ser permitido. Em 1991, Fisher registou que 85% dos pais concordaram com esta declaração. Nas atitudes dos funcionários de instituições para deficientes foram igualmente registadas mudanças similares em ambos os estudos.

Martins (1995, cit. por Félix e Marques, 1995), num dos poucos estudos nacionais, criou e aplicou um questionário a 48 famílias de jovens com deficiência mental ligeira, moderada e severa, e de entre os importantes dados apurados verificou-se que 78% dos pais concordavam que os filhos tinham o direito de viver a sua vida afectiva, e 14% eram contra.

Bryde & Cuskelly (2004), efectuaram uma revisão da literatura actual sobre as atitudes em relação ao comportamento sexual de pessoas com deficiência mental, e concluíram que as atitudes estão cada vez menos conservadoras, ou seja, uma gama mais vasta de comportamentos sexuais são actualmente considerados aceitáveis em relação ao que acontecia há uns anos.

O facto de maior destaque em relação às atitudes dos tutores diz respeito a não existir nenhuma das 8 dimensões cujo resultado seja negativo; contudo convém lembrar que o contexto referido é geral, e que os seus educandos não se encontram particularmente envolvidos. A respeito destas situações observou Pan (2000), que os pais tendem a não aplicar os mesmos princípios gerais quando ocorre uma situação concreta, em especial quando envolve os seus filhos, aos quais geralmente manifestam atitudes super-protectoras e descontextualizadas.

As dimensões masturbação e relacionamentos pessoais foram aquelas cujo resultado teve uma cotação média mais positiva. Martins (1995, cit. Félix e Marques, 1995)

As dimensões cujo resultado apresentou uma cotação média mais baixa, mas ainda assim positiva foram parentalidade e casamento.

Estes resultados são corroborados por Gherpelli (1995), que refere ser para os pais uma tarefa difícil aceitar que o filho com deficiência mental more sozinho, tenha casa própria ou que possa casar-se. É difícil para a família perceber e aceitar que o filho está a desenvolver a sua sexualidade e a abandonar o nível infantil.

Ramos (2005), ao apresentar as conclusões do seu estudo refere que a maioria dos pais inquiridos discordam que as filhas venham a casar e que, conseqüentemente, possam assumir a responsabilidade dos seus filhos.

## **6. Qual a atitude dos técnicos face à sexualidade de pessoas com deficiência mental?**

Os técnicos apresentam igualmente uma atitude globalmente positiva perante a sexualidade na deficiência mental (ver Anexo I).

As dimensões masturbação e relacionamentos pessoais foram aquelas que maior contributo deram para a forma positiva como globalmente foi encarada por estes profissionais a sexualidade na deficiência mental.

McCabe et al. (1994), no seu estudo corrobora estes resultados, e revela que a maioria dos técnicos e auxiliares aceitam determinados comportamentos sexuais como a masturbação, abraços e beijos, nas pessoas com deficiências mentais. A desaprovação aparece à medida que aumenta o grau de intimidade associado a contacto sexual.

Félix (2006), apresenta uma opinião diferente, pois apesar de reconhecer que nos últimos 20 anos existiram mudanças positivas nas atitudes e mentalidades, realça igualmente o longo caminho ainda a percorrer. Existem ainda bastantes manifestações de desagrado e falta de formação por parte dos técnicos que trabalham com os deficientes, principalmente no que se refere à masturbação. Refere que faz parte do papel dos técnicos, ensiná-los a explorar o corpo em privado

mas também aprender a compreender e condescender com aqueles que não têm essa capacidade para aprender.

De uma forma menos positiva foram as respostas em relação à parentalidade e casamento (ver figura 39 e tabela em anexo I), sendo que as de técnicos relativamente à parentalidade foi ligeiramente mais conservadora que a manifestada por tutores. Aunos e Feldman (2002), demonstraram que face ao casamento e à parentalidade da pessoa com deficiência mental, os pais e o pessoal técnico apresentam maioritariamente atitudes de oposição, visto considerarem que estes não têm as capacidades requeridas para casar e criar um filho.

### **7. Existem diferenças entre as atitudes dos tutores e dos técnicos, face à sexualidade na deficiência mental?**

Apesar de descritivamente se observar uma tendência para os técnicos apresentarem uma atitude menos conservadora que os tutores em relação à sexualidade, registando médias superiores no questionário ASQ-ID, na maioria das suas dimensões, estes resultados não são comprovados pela análise estatística efectuada (ver Figuras 40, 41 e 42 e Anexo I), uma vez que a dimensão da amostra não permite a obtenção de resultados fiáveis e conclusivos.

Embora as diferenças não sejam significativas do ponto de vista estatístico pelo facto enumerado no parágrafo anterior, existem efectivamente algumas diferenças em termos de resultados e são visíveis na figura 39. Das 8 dimensões existentes da escala, apenas na dimensão da parentalidade, a atitude é ligeiramente mais conservadora do que aquela que é apresentada pelos tutores.

Bryde & Cuskelly (2004), aplicaram a mesma escala de atitudes deste estudo, e concluíram que das 8 dimensões da sexualidade na deficiência mental, a parentalidade foi considerada quer pelas amostras do grupo de pais e de técnicos como o aspecto mais negativo.

As dimensões masturbação, interacção sexual e casamento, são por esta ordem, aquelas onde se registaram maiores diferenças entre os grupos amostrais. Dos vários estudos consultados sobre esta temática, cujo objectivo era ou incluía a comparação entre pessoal técnico de diversas formações, e os tutores, as conclusões invariavelmente apontaram para uma atitude mais liberal por parte dos técnicos. A idade surge maioritariamente como factor determinante para a atitude dos indivíduos (Bryde & Cuskelly, 2004).

Exemplo disso, é o estudo de Morato (2000), que observou em determinadas categorias uma correlação entre a idade e as atitudes, revelando-se as pessoas mais novas mais tolerantes.

O medo das consequências negativas que o início da vida sexual possa originar, como as doenças sexualmente transmissíveis, abusos sexuais ou a gravidez sempre indesejada condicionam as atitudes de muitos dos pais.

Pan (2000), no seu estudo comparativo entre pais e educadores, relata que os pais têm a obsessão pelas consequências negativas possíveis pelo decurso da interacção sexual e solicitam geralmente aos educadores dos seus filhos que tentem controlar a manifestação destas condutas sexuais, apesar de reconhecerem a nível teórico os princípios da integração e normalidade. Ao contrário, os educadores geralmente mostram uma atitude muito mais positiva e aberta do que os pais.

### *Considerações finais*

Os utentes na sua grande maioria têm uma imagem positiva da sua sexualidade alicerçada numa auto-imagem e auto-conceito positiva, por conviverem em diferentes contextos, pela maior parte terem relações afectivo-sexuais e poderem-se assim expressar como qualquer outro ser humano.

Ballone (2006), lembra que quando bem encaminhada e orientada, a sexualidade melhora o desenvolvimento afectivo, facilitando a capacidade de se relacionar, melhorando a auto-estima e a adequação à sociedade.

Apesar desta percepção, foram detectadas algumas dificuldades em relação a alguns aspectos importantes da sexualidade, e dado estarem expostos aos mesmos perigos, estímulos e pressões que as pessoas ditas “normais”, salienta-se a necessidade de Educação Sexual.

Relativamente à educação sexual para deficientes mentais do tipo ligeiro e moderado, Gomes (1995), afirma que a questão torna-se mais complexa pelo facto de, por um lado, eles serem mais autónomos, podendo viver com pouca ou nenhuma supervisão, por outro, devido à sua deficiência mental, não poderem responsabilizar-se inteiramente pela sua vida ou pela sua descendência. A Educação Sexual inclui contrariar, desde muito cedo, a ideia corrente de que um indivíduo tem que ter filhos para provar o seu valor; insistir na necessidade de uma contracepção eficaz; evidenciar que há relacionamento sexo-afectivo sem coito; lembrar que existem alternativas à paternidade/maternidade.

Fica a ideia que embora a perspectiva dos utentes seja positiva, existem evidências de algumas lacunas importantes nos seus conhecimentos derivadas da falta de informação.

Os tutores têm igualmente uma imagem geral positiva da sexualidade na deficiência mental, mas relativamente à sexualidade dos seus educandos em particular, a situação parece alterar-se consideravelmente. Tais comportamentos parecem indiciar um maior grau de conservadorismo quando confrontados com as situações que conscientemente ou inconscientemente temem, o que em algumas situações pareceu evidente relativamente a assuntos mais delicados presentes no questionário sobre a Sexualidade, (onde quando se refere a sexualidade do educando a situação já não é tão clara).

Contudo, apesar desta aparente atitude liberal por parte dos tutores, é muito importante ter em conta que só uma pequena minoria dos tutores contactados durante a realização deste estudo participou, o que nos deixa uma grande interrogação sobre os resultados aqui obtidos.

Relativamente aos técnicos, a sua imagem positiva perante a sexualidade na deficiência mental não é novidade, uma vez que geralmente são mais tolerantes que os pais, o que se verifica nos diversos estudos e neste não foi excepção.

Já referia na altura Kempton (1978), e aparentemente ainda nos encontramos nessa fase, “ existe uma atitude aparentemente mais liberal por parte dos profissionais, mas mesmo assim ainda não se conseguiu alterar a problemática directa e indirecta da sexualidade nas pessoas com deficiência, encontrando-nos ainda numa fase de apenas maior tolerância”. Estas palavras em 1978 parecem fazer tanto sentido naquela altura, como hoje, pelo menos neste estudo.

#### *Limitações do Estudo*

Nesta fase final do trabalho, importa salientar algumas das limitações constatadas ao longo deste estudo. Uma das grandes limitações prende-se com o facto da dimensão total da amostra ser reduzida, o que limita a interpretação em termos de percentagens.

A pouca aderência por parte dos tutores contactados neste estudo condicionou a forma como foram elaborados os resultados obtidos, pois não são significativos uma vez que a esmagadora maioria não participou.

Durante as entrevistas às pessoas com deficiência mental participantes neste estudo, durante a aplicação das questões abertas, houve a necessidade de reformular e explicar algumas questões, noções e conceitos, pelo que existe a possibilidade dos resultados terem sido enviesados. O factor da desajuda social é igualmente uma possibilidade a considerar: uma vez que as respostas dos participantes podem ser levados a responder aquilo que pensam que o investigador quer ouvir. Esta

limitação aplica-se aos 3 grupo participantes, independentemente do método de aplicação do questionário.

Salientamos também a escassez de bibliografia sobre a temática, nomeadamente estudos realizados em Portugal, o que dificultou o suporte e discussão dos resultados obtidos em termos de população portuguesa. A bibliografia existente sobre a deficiência mental e sexualidade, como temas distintos, é extensa, mas é escassa ao nível da abordagem integrada dos dois temas; os estudos existentes são de pais, educadores e técnicos.

Não existem muitos instrumentos que se possam aplicar à população do nosso estudo pelo que houve a necessidade de traduzir um que não está validado no nosso país, pois o seu conteúdo é importante para os objectivos deste estudo.

Dos instrumentos analisados por nós, apenas 2 foram concebidos para serem aplicados directamente à população em estudo, o que demonstra uma grave carência ao nível da recolha directa da informação.

#### *Sugestões Para Futuras Investigações*

Seria importante em futuros estudos, que a dimensão da amostra fosse maior de forma a possibilitar conclusões significativas, e aumentar as possibilidades de investigação, nomeadamente comparando por exemplo dados sócio económicos.

Consideramos que seria igualmente importante a ampliação dos grupos de estudo, incluindo também uma amostra da população portuguesa, de forma a saber quais as atitudes dos portugueses em geral relativamente à sexualidade na deficiência mental, tentando-se perceber as diferenças entre esses grupos.

Em futuros estudos dever-se-ia ter em conta a necessidade de se criar de raiz um instrumento que permita a recolha de informação ampla e exacta das necessidades e características desta população.

Neste formato, poder-se-ia incluir no que concerne às atitudes, a diferença entre sexualidade na deficiência mental e a sexualidade em geral.

#### *Breve Reflexão*

Durante a elaboração deste estudo, deparamo-nos com algumas dificuldades, sobre as quais é importante reflectir e que ilustram bem, a forma como ainda é encarada a sexualidade, principalmente na deficiência mental.

O maior obstáculo que infelizmente não foi ultrapassado, era conseguir uma amostra que permitisse operacionalizar e correlacionar algumas variáveis e com isso retirar mais ilações com alguma significância em termos estatísticos, uma vez que no nosso país, como é do conhecimento de quem se interessa por esta temática, ainda existem bastantes lacunas ao nível do conhecimento da realidade nacional em termos de deficiência mental, principalmente da sexualidade.

Foram enviados um total de 100 questionários a tutores de pessoas com deficiência intelectual de 2 instituições; apenas se receberam 10 questionários preenchidos, sendo pertinente e importante saber o porquê dos outros 90 não terem respondido.

A revisão da literatura presente neste estudo permite conhecer um pouco e ter uma noção de como as mentalidades têm evoluído, desde que se começou há alguns anos a falar e a sensibilizar para as problemáticas que envolvem a deficiência mental, como da sexualidade que é reconhecidamente o mais polémico. Existe actualmente e reconhecidamente pelos diversos investigadores, uma tendência mais liberal, uma consciência mais humanista e igualitária na forma como a sociedade reconhece os direitos do cidadão deficiente mental na sua globalidade; mas quando os direitos e a sexualidade deixam de estar generalizados, e passam a assumir um rosto, particular, de um filho, de um educando, de um aluno, parece que a tendência e a consciência liberal já não apresentam a mesma força.

Apesar de distante dos mitos e crenças que colocavam a sexualidade na deficiência mental como algo de anormal ou aberrante, ainda não nos aproximamos suficientemente para que esta problemática seja encarada como as pessoas com deficiência intelectual precisam.

### *Referências Bibliográficas*

- Aizpurua, I. (1985). *Sexualidad e Subnormalidad (actitudes de los padres y educadores)*. Bilbao: Universidad del País Vasco.
- Albuquerque, M. C. (2000). *A criança com deficiência mental*. Lisboa: SNR.
- Albuquerque, M. C. & Ramos, M. (2007). *A Sexualidade na deficiência mental profunda: Um estudo descritivo da atitude de pais e profissionais*. Consultado em 15 de Dezembro de 2007 através de [http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver\\_artigo.php?codigo=A0367](http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0367)
- Alonso, M. & Bermejo, B. (2001). *Atraso mental: Adaptação Social e Problemas de comportamento*. Amadora: McGraw-Hill.
- American Psychiatric Association (1996). *DSM-IV: manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (4ª Ed.)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Andrada, M. G., Levy, M. L., & Feijóo, M. J. (1981). Etiologia e diagnóstico da deficiência mental. *Psicologia*, 2/3, 111-118.
- Aranha, M. S. F. (1995). Integração social do deficiente: análise conceptual e metodológica. *Temas em Psicologia*, 2, 63-70.
- Auros, M. & Feldman, M. (2002). Attitudes towards sexuality, sterilisation and parenting rights of persons with intellectual disabilities. *Journal of applied research in intellectual disabilities*, 15, 285-296.
- Ballone G. J. (2004). *Deficiência Mental (conceitualização e definição de deficiência mental)*. Consultado em 18 Janeiro 2008 através de <http://www.psiqweb.med.br>

- Ballone G. J. (2006). *Deficiência Mental* (Sexualidade das Pessoas Portadoras de Deficiência Mental). Consultado em 18 Janeiro 2008 através de <http://www.psiqweb.med.br>
- Bryde, R. & Cuskelly, M. (2005). Attitudes towards the sexuality of adults with an intellectual disability: parents, support staff, and a community sample. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 29 (3), 255-264.
- Cardoso J. (2006). *Sexualidade e Deficiência*. Coimbra: Quarteto.
- Castilho, P. & Gomes, A. (2003). Sexualidade e deficiência mental. In Fonseca, L., Soares, C. & Machado Vaz, J. (Eds.), *A Sexologia – Perspectiva multidisciplinar*, 1, 475-497. Coimbra: Quarteto Editora.
- Chaplin, J. (1981). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Claudino, A. (1998). *A orientação para a formação profissional de jovens com deficiência intelectual* (2ª Ed.). Lisboa: SNR.
- Craft, A. (1987). *Mental Handicap and sexuality: Issues and perspectives*. Kent: Costello.
- Craft, A. & Craft, M. (1983). *Sex Education & Counselling for Mentally Handicapped People*. Kent: Costello.
- Coelho, L., Coelho, R. (2001). Impacto psicossocial da deficiência mental. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 3, 123-143.
- Delville, J. & Mercier, M. (1997). *Sexualité, vie affective et déficience mentale*. Paris: De Boeck & Larcier.
- Félix, I. (1997). Sexualidade e educação sexual na deficiência mental. *Revista Fenacerci*.

- Félix, I. (2003, Maio/ Dezembro). As atitudes dos profissionais face à sexualidade das pessoas portadoras de deficiência mental. *Sexualidade e Planeamento Familiar*, nº 37, 18-24.
- Félix, I. (2006). As atitudes dos profissionais face à sexualidade das pessoas portadoras de deficiência mental. *Revista Educação e Reabilitação de Cidadãos com Deficiência*.
- Félix, I. & Marques, A. M. (1995). *E nós...somos diferentes? Sexualidade e educação sexual na deficiência mental* (1ª Ed.). Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.
- Ferreira, S. L. (2001, Março/ Abril 2001). Sexualidade na deficiência mental: alguns aspectos para orientação de pais. *Temas sobre Desenvolvimento*, Vol. 10, nº 55, 35-39.
- Furtado S.I. & Morato P.P. (2001, Janeiro/ Junho). Sexualidade em adolescentes com T21 : vivências, necessidades e interesses. *Revista de educação especial e reabilitação, III Série, Vol. 8, nº 1, 19-42*.
- Gejer, D. (2003). O adolescente com deficiência mental e sua sexualidade. *Jornal Desafio, São Paulo, ano 2, Vol. 9*. Consultado em 19 de Fevereiro de 2008 através de <http://www.entreamigos.com.br>
- Gherpelli, M. H. (1995). *Diferente mas não desigual: sexualidade no deficiente mental* (2. Ed.). São Paulo: Gente.
- Goffman, E. (1995). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada* (4. Ed.). Rio de Janeiro: Guanabara.
- Gomes, J. L. (1996). A criança perante a sexualidade. *Sonhar*, II (3), 349-351.
- 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).

- Kempton, W. (1995). *Guidelines for planning a raining course on the subject of human sexuality and the retarded*. Philadelphia: Planned Parenthood association of Suteastennr Pennsylvania.
- Lofgren-Martenson L. (2004). “May I?” About Sexuality and Love in the New Generation with Intellectual Disabilities. *Sexuality and Disability, Vol. 22*, nº 3, 197-207.
- Lopes, C. B. (2003, Maio/Dezembro). Direitos Sexuais e Reprodutivos das Pessoas Portadoras de Deficiência Mental. *Sexualidade e Planeamento Familiar*, nº37, 13-17.
- López, F. & Fuertes, A. (1999). *Para compreender a sexualidade*. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.
- Luckasson, R., Coulter, D. L., Polloway, E. A., Reiss, S., Schalock, R. L. & Snell, M. E. (1992). *Mental Retardation – definition, classification, and systems of support*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W. H. H., Coulter, D. L., Craig, E. M., Reeve, A. & Snell, M. E. (2002). *Mental Retardation – definition, classification, and systems of support*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- McCabe, M. P., & Cummins, R. A. (1999). The sexual knowledge, experience, feelings and needs of people with mild intellectual disability. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 31, 13–21.
- Moita G. & Milice, R. S. (s/d). *Falemos de Sexualidade: Um guia para pais e educadores*, Lisboa: APF.
- Monat R. K. (1982). *Sexuality and the Mentally Retarded*. San Diego: College-Hill Press.
- Morato, P. (1995). *Deficiência Mental e Aprendizagem*. Lisboa: SNR.

- Morato, P. P., et al. (1997). A mudança de Paradigma na Concepção da Deficiência Mental. *Revista Integrar*, 9, 5-14.
- Nodim, N. (2002). Os Jovens Portugueses e a Sexualidade no Final do Século XX. Lisboa: *Associação para o Planeamento da Família*.
- Organização Mundial de Saúde (2003). *Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde – classificação detalhada com definições*. O.M.S./Direcção-Geral da Saúde.
- Pan, J. R. A. (2000). *Afectividad y sexualidad en la persona con deficiencia mental*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Pereira, A. P. (1997). Reflexão sobre sexualidade e deficiência. *Sonhar IV* (1), 93-97.
- Pessotti, I. (1999). *Os nomes da loucura*. São Paulo: Editora 34.
- Ramos, M. (2005). *Sexualidade na Diversidade - Atitudes de Pais e Técnicos face à Afectividade e Sexualidade da Jovem com Deficiência Mental*. Lisboa: S.N.R.I.P.D.
- Reis, J. A. & Peixoto L. M. (1999). *A Deficiência Mental: Causas. Características. Intervenção*. (Ed.). Braga: A.P.P.A.C.D.M.
- Schalock, R. L. et al. (2007). The renaming of mental retardation: Understanding the change to the term intellectual disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 45 (2), 116-124.
- Schalock, R. L., Buntinx, W., Borthwick-Duffy, A., Luckasson, R., Snell, M., Tasse, M. & Wehmeyer, M. (2007). *User's guide: Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports* (10th Ed.). Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.

- Servais, L. (2006). Sexual health care in persons with intellectual disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 12, 48-56.
- Silva, N. L. & Dessen, M. A. (2001, Maio/ Agosto). Deficiência mental e família: implicações para o desenvolvimento da criança. *Psicologia. Teoria e pesquisa*, 17 (2), 133-141.  
Consultado em 8 de Dezembro de 2007 através de <http://www.scielo.br>
- Sprovieri, S. & Assumpção J. R. (2005). *Deficiência Mental, Sexualidade e Família*. São Paulo: Manole.
- Strauss A. (1945). The Concept of Attitude in Social Psychology. *Journal of Psychology*, 19, 329- 339.
- Szollos A. A. & McCabe M. P. (1995). The sexuality of people with mild intellectual disability: perceptions of clients and caregivers. *Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities*, 20, 205–222.
- Turk, V. (2003). Mental retardation: definition, classification, and systems of supports, (10<sup>th</sup> Ed.). *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 400.
- Verdugo, M. A. (1994). El câmbio de paradigma en la concepción del retraso mental: la nueva definición de la A.A.M.R. *Ciclo Cero*, Vol. 25, nº 3, 5-25.
- Verdugo, M. A. & Bermejo, B. G. (2001). *Atraso Mental: Adaptação social e problemas de comportamento*. Amadora: McGraw-Hill.

## **ANEXOS**

## ANEXO A – Correspondência relativa à autorização do uso dos instrumentos

*From: kika\_c@sapo.pt [mailto:kika\_c@sapo.pt]*  
Sent: Thursday, 11 November 2007 12:30 AM  
To: Monica Cuskelly  
Subject: Request of Authorization to use a questionnaire

Good afternoon!  
Dra. Monica Cuskelly,

My name is Kaljenka Cale, I'm from Lisbon (Portugal), and I'm a finalist In Psychology in ISPA, High Institute of Applied Psychology.

Now I have to present a monograph, and I have chosen the theme of Sexuality and intellectual disability. I have found some works on internet about your studies so I decided to contact you to ask for your authorization to use the questionnaire you developed for the study "Attitudes towards the sexuality of adults an intellectual disability: parents, support staff, and a community sample".

Waiting for your answer and thankful for losing your time reading my request.

Best Regards  
Kaljenka Cale

From: Monica Cuskelly [m.cuskelly@uq.edu.au]  
Sent: Thu, 12 Jul 2008 00:30:15 +1000  
To: Kaljenka Cale  
Subject: Re: Request of Authorization to use a questionnaire

Dear Ms Cale,

You have my permission to use the questionnaire, but I suggest you consider using the newer version. I have attached the paper in which this version is presented for your information.

Monica Cuskelly, PhD  
School of Education  
The University of Queensland  
ph: 073365-6481  
Cricos provider number 00025B

From: kika\_c@sapo.pt [mailto:kika\_c@sapo.pt]  
Sent: Thursday, 04 Abril 2008 7:55 AM  
To: Pedro Parrot Morato [pmorato@fmh.utl.pt]  
Subject: Pedido de autorização para o uso de questionário

Bom dia,

Chamo-me Kaljenka Câle, sou aluna no ISPA, estou no 5º e último ano do mestrado integrado em psicologia. O meu tema envolve Sexualidade e Deficiência mental, e já há algum tempo entrei em contacto consigo para que me autorizasse a utilizar o questionário criado pelo senhor e pela Dra. Sofia Isabel António Furtado em "Sexualidade em adolescentes com T21 : vivências, necessidades e interesses". Na altura disse-me que sim e que não tinham dado nome ao questionário, mas pelas normas necessito da sua autorização por escrito ou por mail para ser incorporada como anexo.

Como também tenho que designar o questionário queria lhe pedir que atribui-se o nome que considere adequado uma vez que também vai ser aplicado a pessoas com deficiência mental.

Agradeço desde já a atenção dispensada, e aguardo por uma resposta sua.

Com os melhores cumprimentos

Kaljenka Câle

From: Pedro Parrot Morato [pmorato@fmh.utl.pt]  
Sent: Thursday, 04 Abril 2008 21:37 AM  
To: Kaljenka Cale  
Subject: Re:Pedido de autorização para o uso de questionário

Muito bem, Kaljenka.

Está autorizada a fazer uso do questionário, fazendo-lhe referência conforme as normas para o efeito. O nome do Inquérito pode baptizá-lo como - Questionário sobre a Sexualidade na dimensão biopsicoafectivosocial – Mas não lhe acrescente a Deficiência Mental. 1º Porque já assim não se designa ( ver sítio [www.aaid.com](http://www.aaid.com) ) 2º na verdade o questionário foi feito para o estudo de pessoas com T21, mas a sexualidade humana não tem motivo para ser rotulada. A sexualidade é por essência diversa na sua expressão por muitas e diferentes razões de natureza cultural e educacional, mas é por essência uma característica dos seres humanos, independentemente da sua condição.

Uma coisa é sua expressão, outra a sua essência biopsicoafectivosocial que é una.

Bom Trabalho Pedro M.

## ANEXO B

Carta de autorização para realizar a investigação

À Direcção do Elo Social

Lisboa, 17 de Março de 2008

No âmbito da frequência do 5º ano do Mestrado Integrado em Psicologia no ISPA, sob a orientação da Dr.ª Judite Corte Real, vou realizar um estudo cujo tema incide sobre a “A Sexualidade e a deficiência Mental”.

Venho por este meio solicitar a vossa autorização e colaboração para a recolha de amostra na Instituição, sendo esta realizada através de 2 questionários, sendo um dirigido directamente aos utentes, quanto aos respectivos encarregados de educação e funcionários da instituição, respondem a ambos os questionários.

Neste estudo, todos os procedimentos éticos serão respeitados, pelo que todas as respostas serão anónimas e confidenciais, respeitando a identidade dos participantes.

Sem outro assunto de momento, agradeço antecipadamente a vossa disponibilidade e atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,

---

(Kaljenka Calé)

## Carta de Consentimento Informado

Aos Encarregados de Educação e Funcionários do Elo Social

O meu nome é kaljenka Calé, sou aluna no Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

No âmbito do Mestrado Integrado do curso de Psicologia estou a realizar um trabalho de investigação cujo o tema é “A Sexualidade e a Pessoa com Deficiência Mental: Avaliação de Conhecimentos, Atitudes, Experiências e Necessidades”.

O principal objectivo deste estudo é contribuir para um maior e melhor conhecimento das vivências, interesses e necessidades afectivo-sexuais destas pessoas, de forma a combater algumas crenças e preconceitos e proporcionar melhor qualidade de vida.

Nesta investigação dão o seu contributo pessoas com deficiência mental, os seus encarregados de educação e funcionários do Elo Social.

Existem 2 questionários:

- 1- “Dimensão BioPsicoAfectivoSocial da pessoa com Deficiência Mental face à Sexualidade” o qual solicito o seu consentimento para a participação do seu filho(a) (participam neste estudo os 3 grupos);
- 2- “Atitudes face à Sexualidade em pessoas com Deficiência Mental” (participam neste estudo os encarregados de educação e os funcionários da instituição).

Como em qualquer estudo, todos os procedimentos éticos serão tidos em conta, pelo que todas as respostas dadas serão mantidas confidenciais e anónimas, não havendo outras aplicações para além das referentes a este estudo. Informo que este questionário é da minha exclusiva responsabilidade mas que está a ser realizado com o conhecimento e autorização da Direcção.

Em caso de dúvida(s) contacte-me através da Instituição.

Agradeço desde já a sua participação e a atenção dispensada.

Lugar e data: \_\_\_\_\_

Assinatura da Investigador: \_\_\_\_\_

Aceito participar neste estudo sobre "A Sexualidade e a Deficiência Mental". Toda a informação recolhida neste estudo será confidencial, não sendo a minha identidade revelada neste estudo.

Percebo que a participação neste estudo é voluntária, caso aceite participar, posso mudar de ideias e interromper a minha participação a qualquer altura.

Fui informado(a) que os meus resultados não serão tomados individualmente, e sim no conjunto dos resultados fornecidos por todos os participantes neste estudo.

Eu, abaixo-assinado, li, compreendi e concordei com a informação presente nesta carta de consentimento. Quaisquer questões que tinha foram respondidas apropriadamente. Uma cópia desta carta de consentimento ser-me-a disponibilizada caso a requisiite.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Funcionário \_\_\_\_\_

Aceito participar neste estudo sobre "A Sexualidade e a Deficiência Mental". Toda a informação recolhida neste estudo será confidencial, não havendo qualquer referência à minha identidade e à do meu familiar.

Percebo que a participação neste estudo é voluntária, caso aceite participar, posso mudar de ideias e interromper a minha participação a qualquer altura.

Fui informado(a) ainda, que os meus resultados não serão tomados individualmente, e sim no conjunto dos resultados fornecidos por todos os participantes neste estudo.

Eu, abaixo-assinado, li, compreendi e concordei com a informação presente nesta carta de consentimento. Quaisquer questões que tinha foram respondidas apropriadamente. Uma cópia desta carta de consentimento ser-me-á disponibilizada caso a requisiite.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do pai (mãe) ou responsável legal \_\_\_\_\_

Nome do utente: \_\_\_\_\_

## ANEXO C – Instrumento

### Questionário sobre a Sexualidade na dimensão biopsicoafectivosocial (Versão Utentes)

#### 1- Conceito de Auto e Hetero Imagem

1.1- Como é que te consideras, que imagem tens de ti?

---

---

1.1.1- Gostas do teu corpo?

- Sim
- Não
- Não sei
- Sem resposta

1.1.2- Consideras-te diferente das outras pessoas?

- Sim
- Não
- Não sei
- Sem resposta

1.2- Existe alguém que não goste de ti e dos teus colegas?

- Sim
- Não
- Não sei
- Sem resposta

#### 2- Conhecimento do Corpo

2.1- Sabes identificar as diferenças entre o corpo dos rapazes e o corpo das raparigas?

- Sim
- Não
- Não sei
- Sem resposta

2.2- Sabes onde se situam essas partes do corpo?

- Sim
- Não
- Não sei
- Sem resposta

### 2.3- Sabes o que é a menstruação?

---

---

### 3- Formas de Contacto

#### 3.1- Que formas de contacto utilizas na interacção com os outros?

##### Colegas do sexo masculino

- Sem contacto
- Aperto de mão
- Abraço
- Beijos na cara
- Beijos na boca
- Festas na cara
- Contactos noutras partes do corpo

##### Colegas do sexo feminino

- Sem contacto
- Aperto de mão
- Abraço
- Beijos na cara
- Beijos na boca
- Festas na cara
- Contactos noutras partes do corpo

##### Pais

- Sem contacto
- Aperto de mão
- Abraço
- Beijos na cara
- Beijos na boca
- Festas na cara
- Contactos noutras partes do corpo

##### Técnicos

- Sem contacto
- Aperto de mão
- Abraço
- Beijos na cara
- Beijos na boca
- Festas na cara
- Contactos noutras partes do corpo

Conhecidos

- Sem contacto
- Aperto de mão
- Abraço
- Beijos na cara
- Beijos na boca
- Festas na cara
- Contactos noutras partes do corpo

Desconhecidos

- Sem contacto
- Aperto de mão
- Abraço
- Beijos na cara
- Beijos na boca
- Festas na cara
- Contactos noutras partes do corpo

3.2- Sabes quais as partes do corpo que devem ser protegidas, não deixando que ninguém as toque sem que tu deixes?

- Sim
- Não
- Não sei
- Sem resposta

3.3- Masturbas-te?

- Sim
- Não
- Não sei
- Sem resposta

3.3.1- Masturbas-te em público?

- Sim
- Não
- Não sei
- Sem resposta

3.3.2- Alguém Viu? Qual foi a sua reacção?

---

---

3.3.3- Alguém te explicou o porquê de reagirem assim?

- Sim
- Não
- Não sei
- Sem resposta

#### 4- Namoro

4.1- O que é para ti o namoro?

---

---

4.2- Queres namorar?

- Sim
- Não
- Não sei
- Sem resposta

4.2.1- Já namoras?

- Sim
- Não
- Não sei
- Sem resposta

4.3- Os teus pais deixam-te namorar?

- Sim
- Não
- Não sei
- Sem resposta

4.3.1- E os técnicos?

- Sim
- Não
- Não sei
- Sem resposta

## 5- Casamento

5.1- O que é para ti o casamento?

---

---

5.2 – Gostarias de casar?

- Sim
- Não
- Não sei
- Sem resposta

## 6- Contactos Afectivo-Sexuais

6.1- Sabes o que quer dizer “fazer amor”?

---

---

6.2 – Para ele(a) quais as formas de contacto entre os namorados? E entre as pessoas casadas?

---

---

## 7- Ter filhos

7.1 – Gostarias de ter filhos?

- Sim
- Não
- Não sei
- Sem resposta

7.2 – Sabes como aparecem os bebés?

- Sim
- Não
- Não sei
- Sem resposta

## **8- Contraceção**

8.1- Sabes o que se deve fazer para evitar ter filhos?

- Sim
- Não
- Não sei
- Sem resposta

## **9- Maturidade**

9.1- Ainda te sentes criança?

- Sim
- Não
- Não sei
- Sem resposta

9.2- Tratam-te como se fosses uma criança?

- Sim
- Não
- Não sei
- Sem resposta

## **10- Educação Sexual**

10.1- Gostas de falar acerca das suas vivências, necessidades e interesses afectivo-sexuais?

- Sim
- Não
- Não sei
- Sem resposta

## Questionário sobre a Sexualidade na dimensão biopsicoafectivosocial (Versão Tutores)

### 1- Conceito de Auto e Hetero Imagem

1.1- Como é que o seu filho se considera, que imagem tem de si próprio?

---

---

1.1.1- Ele(a) gosta do seu corpo?

- Sim
- Não
- Não sei
- Sem resposta

1.1.2- Ele(a) considera-se diferente das outras pessoas?

- Sim
- Não
- Não sei
- Sem resposta

1.2- Existe alguém que não goste dele e dos colegas?

- Sim
- Não
- Não sei
- Sem resposta

### 2- Conhecimento do Corpo

2.1- O seu filho(a) sabe identificar as diferenças entre o corpo dos rapazes e o corpo das raparigas?

- Sim
- Não
- Não sei
- Sem resposta

2.2- Ele(a) sabe onde se situam essas partes do corpo

- Sim
- Não
- Não sei
- Sem resposta

2.3- Para ele(a) o que é a menstruação?

---

---

### 3- Formas de contacto

3.1- Que formas de contacto utiliza o seu filho na interacção com os outros?

Colegas do sexo masculino

- Sem contacto
- Aperto de mão
- Abraço
- Beijos na cara
- Beijos na boca
- Festas na cara
- Contactos noutras partes do corpo

Colegas do sexo feminino

- Sem contacto
- Aperto de mão
- Abraço
- Beijos na cara
- Beijos na boca
- Festas na cara
- Contactos noutras partes do corpo

Pais

- Sem contacto
- Aperto de mão
- Abraço
- Beijos na cara
- Beijos na boca
- Festas na cara
- Contactos noutras partes do corpo

Técnicos

- Sem contacto
- Aperto de mão
- Abraço
- Beijos na cara
- Beijos na boca
- Festas na cara
- Contactos noutras partes do corpo

Conhecidos

- Sem contacto
- Aperto de mão
- Abraço
- Beijos na cara
- Beijos na boca
- Festas na cara
- Contactos noutras partes do corpo

Desconhecidos

- Sem contacto
- Aperto de mão
- Abraço
- Beijos na cara
- Beijos na boca
- Festas na cara
- Contactos noutras partes do corpo

3.2- O seu filho(a) sabe quais as partes do corpo que devem ser protegidas, não deixando que ninguém as toque sem o seu consentimento?

- Sim
- Não
- Não sei
- Sem resposta

3.3- O seu filho(a) masturba-se?

- Sim
- Não
- Não sei
- Sem resposta

3.3.1- Ele(a) masturba-se em público?

- Sim
- Não
- Não sei
- Sem resposta

3.3.2- Qual foi a sua reacção perante a masturbação do seu filho(a)?

---

---

3.3.3- Explicou-lhe o porquê dessa reacção/atitude?

- Sim
- Não
- Não sei
- Sem resposta

#### **4- Namoro**

4.1- O que é o namoro para o seu filho?

---

---

4.2- O seu quer namorar?

- Sim
- Não
- Não sei
- Sem resposta

4.3- Deixa o seu filho(a) namorar?

- Sim
- Não
- Não sei
- Sem resposta

#### **5- Casamento**

5.1- O que é o casamento para o seu filho(a)?

---

---

5.2 – Ele(a) gostaria de casar?

- Sim
- Não
- Não sei
- Sem resposta

## 6- Contactos Afetivo-Sexuais

6.1- Para o seu filho(a) qual o significado da expressão “fazer amor”?

---

---

6.2 – Para ele(a) quais as formas de contacto entre os namorados? E entre as pessoas casadas?

---

---

## 7- Ter filhos

7.1 – O seu filho(a) gostaria de ter filhos?

- Sim
- Não
- Não sei
- Sem resposta

7.2 – Ele(a) sabe como se concebem os bebés?

- Sim
- Não
- Não sei
- Sem resposta

## 8- Contraceção

8.1- O seu filho(a) sabe o que deve fazer para evitar ter filhos?

- Sim
- Não
- Não sei
- Sem resposta

## 9- Maturidade

9.1- O seu filho(a) sente que ainda é criança?

- Sim
- Não
- Não sei
- Sem resposta

9.2- Ele(a) é tratado como se fosse uma criança?

- Sim
- Não
- Não sei
- Sem resposta

9.3- Acha que a população em estudo têm pulsões e necessidades sexuais como as outras pessoas?

- Sim
- Não
- Não sei
- Sem resposta

## 10- Educação Sexual

10.1- É difícil falar acerca da sexualidade desta população?

- Sim
- Não
- Indiferente
- Sem resposta

10.2- Acha que as vivências e necessidades afectivo/sexuais desempenham no desenvolvimento desta população, um papel...

- Muito importante
- Importante
- Pouco importante
- Sem importância
- Sem resposta

10.3- Sente necessidade de obter mais informações em relação a esta temática?

- Sim
- Não
- Indiferente
- Sem resposta

10.4- O que acha da implementação de um programa de educação sexual que vá de encontro às vivências necessidades e interesses afectivo-sexuais desta população?

- Muito importante
- Importante
- Pouco importante
- Sem importância
- Sem resposta

## Questionário sobre a Sexualidade na dimensão biopsicoafectivosocial (Versão Técnicos)

### 1- Conceito de Auto e Hetero Imagem

1.1- Como é que este(a) utente(a) se considera, que imagem tem dele(a) próprio(a)?

---

---

1.1.1- Ele(a) gosta do seu corpo?

- Sim
- Não
- Não sei
- Sem resposta

1.1.2- Ele(a) considera-se diferente das outras pessoas?

- Sim
- Não
- Não sei
- Sem resposta

1.2- Existe alguém que não goste dele(a)?

- Sim
- Não
- Não sei
- Sem resposta

### 2- Conhecimento do Corpo

2.1- O(a) utente sabe identificar as diferenças entre o corpo dos rapazes e o corpo das raparigas?

- Sim
- Não
- Não sei
- Sem resposta

2.2- Ele(a) sabe onde se situam essas partes do corpo

- Sim
- Não
- Não sei
- Sem resposta

2.3- Para ele(a) o que é a menstruação?

---

---

### 3- Formas de contacto

3.1- Que formas de contacto utiliza este(a) utente na interacção com os outros?

Colegas do sexo masculino

- Sem contacto
- Aperto de mão
- Abraço
- Beijos na cara
- Beijos na boca
- Festas na cara
- Contactos noutras partes do corpo

Colegas do sexo feminino

- Sem contacto
- Aperto de mão
- Abraço
- Beijos na cara
- Beijos na boca
- Festas na cara
- Contactos noutras partes do corpo

Pais

- Sem contacto
- Aperto de mão
- Abraço
- Beijos na cara
- Beijos na boca
- Festas na cara
- Contactos noutras partes do corpo

Técnicos

- Sem contacto
- Aperto de mão
- Abraço
- Beijos na cara
- Beijos na boca
- Festas na cara
- Contactos noutras partes do corpo

Conhecidos

- Sem contacto
- Aperto de mão
- Abraço
- Beijos na cara
- Beijos na boca
- Festas na cara
- Contactos noutras partes do corpo

Desconhecidos

- Sem contacto
- Aperto de mão
- Abraço
- Beijos na cara
- Beijos na boca
- Festas na cara
- Contactos noutras partes do corpo

3.2- O(a) utente sabe quais as partes do corpo que devem ser protegidas, não deixando que ninguém as toque sem o seu consentimento?

- Sim
- Não
- Não sei
- Sem resposta

3.3- O(a) utente masturba-se?

- Sim
- Não
- Não sei
- Sem resposta

3.3.1- Ele(a) masturba-se em público?

- Sim
- Não
- Não sei
- Sem resposta

3.3.2- Qual foi a sua reacção perante a masturbação dele(a)?

---

---

3.3.3- Explicou-lhe o porquê dessa reacção/atitude?

- Sim
- Não
- Não sei
- Sem resposta

#### **4- Namoro**

4.1- O que é o namoro para este(a) utente?

---

---

4.2.- O utente quer namorar?

- Sim
- Não
- Não sei
- Sem resposta

4.3- Deixa o(a) utente namorar?

- Sim
- Não
- Não sei
- Sem resposta

#### **5- Casamento**

5.1- O que é o casamento para ele(a)?

---

---

5.2 – Ele(a) gostaria de casar?

- Sim
- Não
- Não sei
- Sem resposta

## **6- Contactos Afectivo-Sexuais**

6.1- Para o(a) utente qual o significado da expressão “fazer amor”?

---

---

6.2 – Para ele(a) quais as formas de contacto entre os namorados? E entre as pessoas casadas?

---

---

## **7- Ter filhos**

7.1 – O(a) utente gostaria de ter filhos?

- Sim
- Não
- Não sei
- Sem resposta

7.2 – Ele(a) sabe como se concebem os bebés?

- Sim
- Não
- Não sei
- Sem resposta

## **8- Contracepção**

8.1- O(a) utente sabe o que deve fazer para evitar ter filhos?

- Sim
- Não
- Não sei
- Sem resposta

## 9- Maturidade

9.1- O(a) utente sente que ainda é criança?

- Sim
- Não
- Não sei
- Sem resposta

9.2- Ele(a) é tratado como se fosse uma criança?

- Sim
- Não
- Não sei
- Sem resposta

9.3- Acha que a população em estudo têm pulsões e necessidades sexuais como as outras pessoas?

- Sim
- Não
- Não sei
- Sem resposta

## 10- Educação Sexual

10.1- É difícil falar acerca da sexualidade desta população?

- Sim
- Não
- Indiferente
- Sem resposta

10.2- Acha que as vivências e necessidades afectivo/sexuais desempenham no desenvolvimento desta população, um papel...

- Muito importante
- Importante
- Pouco importante
- Sem importância
- Sem resposta

10.3- Sente necessidade de obter mais informações em relação a esta temática?

- Sim
- Não
- Indiferente
- Sem resposta

10.4- O que acha da implementação de um programa de educação sexual que vá de encontro às vivências necessidades e interesses afectivo-sexuais desta população?

- Muito importante
- Importante
- Pouco importante
- Sem importância
- Sem resposta

## ASQ-ID - Attitudes to Sexuality Questionnaire (Individuals with an Intellectual Disability)

1. Com o devido apoio, adultos com deficiência mental podem criar crianças normais.

- Concordo totalmente
- Concordo
- Não concordo nem Discordo
- Discordo
- Discordo Completamente

2. Desde que não nasçam crianças indesejadas e que não cause mal aos intervenientes, adultos com deficiência mental devem ser autorizados a viver uma relação heterossexual por mútuo consentimento.

- Concordo totalmente.
- Concordo
- Não concordo nem Discordo
- Discordo
- Discordo Completamente

3. Por mútuo consentimento, adultos com deficiência mental devem ser autorizados a viver uma relação homossexual se assim o desejarem.

- Concordo totalmente.
- Concordo
- Não concordo nem Discordo
- Discordo
- Discordo Completamente

4. É melhor esperar que o indivíduo com deficiência mental levante questões sobre sexualidade antes de discutir o assunto com ele/ela.

- Concordo totalmente.
- Concordo
- Não concordo nem Discordo
- Discordo
- Discordo Completamente

5. Adultos com deficiência mental casados, devem ser proibidos por lei de ter filhos.

- Concordo totalmente.
- Concordo
- Não concordo nem Discordo
- Discordo
- Discordo Completamente

6. Adultos com deficiência mental deviam ser autorizados a ter relacionamentos românticos não sexuais.

- Concordo totalmente.
- Concordo
- Não concordo nem Discordo
- Discordo
- Discordo Completamente

7. A esterilização devia ser usada como meio de inibir o desejo sexual em adultos com deficiência mental.

- Concordo totalmente.
- Concordo
- Não concordo nem Discordo
- Discordo
- Discordo Completamente

8. Masturbação devia ser desencorajada entre pessoas com deficiência mental.

- Concordo totalmente.
- Concordo
- Não concordo nem Discordo
- Discordo
- Discordo Completamente

9. Discussões acerca da interação sexual promovem a promiscuidade entre adultos com deficiência mental.

- Concordo totalmente.
- Concordo
- Não concordo nem Discordo
- Discordo
- Discordo Completamente

10. Adultos com deficiência mental deviam ser autorizados a casar se um deles estiver esterilizado.

- Concordo totalmente.
- Concordo
- Não concordo nem Discordo
- Discordo
- Discordo Completamente

11. A masturbação em privado para adultos com deficiência mental é forma de expressão sexual aceitável.

- Concordo totalmente.
- Concordo
- Não concordo nem Discordo
- Discordo
- Discordo Completamente

12. O casamento entre adultos com deficiência mental não apresenta à sociedade grandes problemas.

- Concordo totalmente.
- Concordo
- Não concordo nem Discordo
- Discordo
- Discordo Completamente

13. De uma forma geral, adultos com deficiência mental são capazes de fazer a distinção entre pensamentos sexuais e actos sexuais.

- Concordo totalmente.
- Concordo
- Não concordo nem Discordo
- Discordo
- Discordo Completamente

14. A educação sexual para adultos com deficiência mental tem um papel valioso ao salvuardá-los da exploração sexual.

- Concordo totalmente.
- Concordo
- Não concordo nem Discordo
- Discordo
- Discordo Completamente

15. De uma forma geral, o comportamento sexual representa a maior área problemática na gestão e tratamento de adultos com deficiência mental.

- Concordo totalmente.
- Concordo
- Não concordo nem Discordo
- Discordo
- Discordo Completamente

16. A esterilização é uma prática indesejável para homens com deficiência mental.

- Concordo totalmente.
- Concordo
- Não concordo nem Discordo
- Discordo
- Discordo Completamente

17. A interação sexual com consentimento mútuo deve ser permitida a adultos com deficiência mental.

- Concordo totalmente.
- Concordo
- Não concordo nem Discordo
- Discordo
- Discordo Completamente

18. Casas de acolhimento ou residências para adultos com deficiência mental deviam ser só para utentes masculinos ou femininos, e não mistos.

- Concordo totalmente.
- Concordo
- Não concordo nem Discordo
- Discordo
- Discordo Completamente

19. Técnicos e familiares devem desencorajar os adultos com deficiência mental de terem crianças.

- Concordo totalmente.
- Concordo
- Não concordo nem Discordo
- Discordo
- Discordo Completamente

20. É melhor não discutir assuntos sobre sexualidade com pessoas deficiência mental até que eles cheguem à puberdade.

- Concordo totalmente.
- Concordo
- Não concordo nem Discordo
- Discordo
- Discordo Completamente

21. Adultos com deficiência mental têm o direito de se casar.

- Concordo totalmente.
- Concordo
- Não concordo nem Discordo
- Discordo
- Discordo Completamente

22. É uma boa ideia assegurar privacidade em casa para que os adultos com deficiência mental se possam masturbar se assim o desejarem.

- Concordo totalmente.
- Concordo
- Não concordo nem Discordo
- Discordo
- Discordo Completamente

23. Sempre que possível, adultos com deficiência mental devem ser envolvidos na decisão sobre a sua possível esterilização.

- Concordo totalmente.
- Concordo
- Não concordo nem Discordo
- Discordo
- Discordo Completamente

24. A interação sexual entre adultos com deficiência mental deve ser desencorajada.

- Concordo totalmente.
- Concordo
- Não concordo nem Discordo
- Discordo
- Discordo Completamente

25. Apoio sobre contracepção deve estar completamente disponível para indivíduos com deficiência mental cujo nível de desenvolvimento torne possível a actividade sexual.

- Concordo totalmente.
- Concordo
- Não concordo nem Discordo
- Discordo
- Discordo Completamente

26. Adultos com deficiência mental não são mais facilmente estimulados sexualmente do que pessoas normais.

- Concordo totalmente.
- Concordo
- Não concordo nem Discordo
- Discordo
- Discordo Completamente

27. A masturbação é moralmente incorrecta.

- Concordo totalmente.
- Concordo
- Não concordo nem Discordo
- Discordo
- Discordo Completamente

28. Adultos com deficiência mental geralmente têm menos interesses sexuais do que pessoas não deficientes.

- Concordo totalmente
- Concordo
- Não concordo nem Discordo
- Discordo
- Discordo Completamente

29. A esterilização é uma prática desejada em mulheres com deficiência mental.

- Concordo totalmente.
- Concordo
- Não concordo nem Discordo
- Discordo
- Discordo Completamente

30. A educação sexual para adultos com deficiência mental devia ser compulsiva.

- Concordo totalmente.
- Concordo
- Não concordo nem Discordo
- Discordo
- Discordo Completamente

31. A masturbação devia ser ensinada em cursos de educação sexual a adultos com deficiência mental como uma forma aceitável de expressão sexual.

- Concordo totalmente.
- Concordo
- Não concordo nem Discordo
- Discordo
- Discordo Completamente

32. O casamento não deve ser encorajado como uma futura opção para pessoas com deficiência mental.

- Concordo totalmente.
- Concordo
- Não concordo nem Discordo
- Discordo
- Discordo Completamente

33. Devia ser permitido a adultos com deficiência mental ter filhos no casamento.

- Concordo totalmente.
- Concordo
- Não concordo nem Discordo
- Discordo
- Discordo Completamente

ANEXO D: Tabelas relativas à caracterização dos grupos em estudo

<b>Caracterização do grupo de utentes</b>			
		<b>Grupo</b>	
		<b>Utente</b>	
		<b>Freq</b>	<b>% Col</b>
Sexo	Feminino	15	34,9%
	Masculino	28	65,1%
	Total	43	100,0%
Idade (em faixas etárias)	35 ou menos anos	16	37,2%
	36 a 40 anos	14	32,6%
	41 ou mais anos	13	30,2%
	Total	43	100,0%
Habilitações Literárias	Sem Habilitações Académicas	10	23,3%
	Completas		
	Ensino Especial/Particular 6ª Classe	11	25,6%
	Ensino Público 4ª Classe ou menos	10	23,3%
	Ensino Público 5º a 8º Ano	9	20,9%
	Ensino Público 9º a 12º Ano	3	7,0%
	Total	43	100,0%
Grau de Deficiência	Ligeiro	23	53,5%
	Moderado	20	46,5%
	Total	43	100,0%

**Média da Idade do grupo de utentes**

		<b>Grupo</b>
		<b>Utente</b>
Idade	Média	37,3
	Mediana	37,0
	Desv Pad	7,4
	Min	23
	Max	57
	N	43

### Característica 1 – Sexo

- 1- Feminino
- 2- Masculino

### Característica 3 – Habilitações Literárias

- 1- Sem Habilitações Académicas Completas
- 2- Ensino Especial/Particular 6ª Classe
- 3- Ensino Público 4ª Classe ou menos
- 4- Ensino Público 5º a 8º Ano
- 5- Ensino Público 9º a 11º Ano
- 6- Ensino Público 12º Ano (frequência)

### Característica 4 – Grau de Deficiência

- 1- Ligeiro
- 2- Moderado

Caracterização dos grupos técnicos e tutores quanto ao género

		Grupo			
		Técnico(a)		Tutor(a)	
		Freq	% Col	Freq	% Col
Sexo	Feminino	8	80,0%	7	87,5%
	Masculino	2	20,0%	1	12,5%
	Total	10	100,0%	8	100,0%

Caracterização dos grupos técnicos e tutores quanto à média de idades

		Grupo	
		Técnico(a)	Tutor(a)
Idade	Média	47,0	60,6
	Mediana	44,5	63,0
	Desvio Padrão	8,8	5,7
	N	10	8

## ANEXO E – Codificação das respostas a itens abertos

### Questão 1.1- Como é que se considera, que imagem tem de si?

#### 1- Gosta de si

##### Utentes:

Gosto de mim. Gosto de tudo em mim. Gosto como sou.

##### Técnicos:

Gosta de si.

##### Tutores:

A minha filha gosta da sua imagem.

#### 2- Boa imagem. Bonito(a)

##### Utentes:

Gosto do meu corpo. Gosto do que vejo. Gosto de mim fisicamente. Gosto do que vejo e pinto-me de manha. É uma imagem bonita. Gosto de me pintar, os olhos, boca com batom.

Bonito(a). Atraente. Vejo-me perfeita. Bem arranjada. Gosto de me ver. Sou linda. Bem feita. Sou bonita. Sou jeitosa. Gosto da cara. Uma pessoa normal. Vejo bem. Gosto.

Giro e atraente. Visto-me bem com roupas de marca. Eu sou Bonito. Acho-me mais magro dantes era gordinho. Bonito, vaidoso. Alguns chamam-me feio mas eu acho-me bonito.

Sou bonita e gira. Gosto muito de me ver ao espelho. Sou um rapaz muito bonito. Acho-me bem. Nunca tive complexos com o meu corpo, acho-me bem, nunca pensei em cirurgia estética.

Sou um homem. Sou um macho. Não sou um bicho, o que deveria ser. Gosto de ser homem, gosto de mim.

##### Técnicos:

Boa Imagem. Imagem Positiva. Imagem muito boa. Gosta da imagem que tem. Gosta de si mesma. Gosta muito dele próprio. Diz que está muito elegante de trabalhar muito.

##### Tutores:

Higiene. Gosta de se arranjar, andar de casaco e gravata se possível.

Razoavelmente boa.

#### 3- Simpático(a). Boa pessoa

##### Utentes:

Simpático. Bonzinho. Muito calmo. Sou daqueles que querem ajudar. Considero-me simpático e bom colega. Alegre também. Sou uma pessoa amorosa. Bonito e simpático. Sou nervoso.

Boa pessoa. Uma pessoa autónoma. E organizado. Começo-me a rir quando me vejo ao espelho.

#### 4- É uma pessoa normal

##### Utentes:

Normal. Sou pessoa normal. Fisicamente uma pessoa normal. O normal. Igual. Uma pessoa normal, mesmo tendo os problemas que tenho. Não tenho problemas, de resto faço tudo como uma pessoa normal.

**Técnicos:**

É uma pessoa normal. Com noção de que tem possibilidade de fazer uma vida como qualquer outra pessoa, em certas situações não tão bem como pessoas sem problemas mas à sua própria maneira. Normal.

**Tutores:**

Normal.

**5- Imagem tendencialmente mais negativa****Utentes:**

Não me acho muito feia. Não sou feio. Baixinho. Magro demais. Acho-me gorda, gostava de ser mais magrinha. Quando me vejo ao espelho não gosto de me ver.

Não gosto de mim porque tenho esta doença (distomia faxial). Não me acho bonito.

Com pequenas deficiências que um gajo tem. Tenho um atraso mental de 3 anos ou 3 meses, não sei. Saí a ferros. Acho-me um bocado cheinha.

**Técnicos:**

A auto-imagem e auto-conceito não são muito valorizados. Um jovem diferente dos outros que tem o seu mundo; choca com a realidade. Envergonhado; tímido. Não aceita que tem deficiência.

**Tutores:**

Não aceita que tem deficiência. Não gosta da sua aparência.

**6- Imagem sobrevalorizada****Técnicos:**

A sua imagem e o seu auto conceito é demasiado elevado. Acha-se melhor do que os outros. Sobrevaloriza-se.

**7- Imagem incerta. Não sei, penso que gosta de si****Técnicos:**

Não sei. Não sei, penso que gosta da sua imagem. Gosta da sua imagem, não sei. Não sei, penso que gosta de si do seu corpo. Não sei, penso que gosta de si.

**Questão 2.3- Sabe o que é a menstruação?****1- Refere período****Utentes:**

É o período. É sangue podre que as mulheres deitam, é mês a mês (período). São as meninas que têm todos os meses, é vermelho (Período). É quando as mulheres têm sangue. É o período, mas não sei explicar. São as mulheres (período), não sei porquê. Têm as meninas, sai da cueca sangue, põem um penso. São as mulheres que têm, é um penso (período), não sei porquê. É o período, é sangue. O período, quando a gente suja as cuecas de sangue. É o período porque somos mulheres, é a reestruturação, é o sangue que vem do pipi. É vermelho, é sangue (período). É o período, é sangue que a mulher perde, vem da vagina, se não tivesse período não era normal. É aquilo que as mulheres têm: quando têm período podem ter filhos, quando têm 40 e tal na menopausa já não. É o período da mulher; é sangue, aparece todos os meses até entrar na menopausa, é para termos filhos. Não (Período): é das meninas; não sei porquê, a cor é vermelha porque sai sangue; põe penso. Período: são as mulheres que têm; tira um penso e põe outro, é vermelho, sai sangue. É sangue

(Período), não sei. As meninas têm período; algumas têm, outras não; para não terem doenças devem tomar comprimidos a pílula; não sei porque as meninas têm período. É normal elas terem o período; é o sangue; não sei porque sai sangue; Isso é para elas; é quando vem o período; não sei porque não estudei (não sei a cor).

**Técnicos:**

Sabe que é o período da Mulher. É o período.

**Tutores:**

Sabe que menstruação igual a período. Compara com a masturbação.

## **2- Refere ovulação, ciclo, fertilidade**

**Utentes:**

Perda de sangue e essas coisas e ficar preparada para o acto sexual. É sangue, é para ter filhos. É a idade da fertilidade da ovulação: Período sei, não sei a cor e quando aparece. É poder ter filhos, não sei. Poder ter filhos. A menstruação é igual a período; é aquilo que as mulheres têm: quando têm período podem ter filhos, quando têm 40 e tal na menopausa já não. É o período da mulher; é sangue, aparece todos os meses até entrar na menopausa, é para termos filhos. É quando as mulheres ou senhoras sagram da vagina; eu penso que seja porque o óvulo tem que sair de alguma maneira, eu penso que seja isso.

**Tutores:**

Ovulação. O período é a ovulação nos ovários, é o ciclo (período).

## **3- Refere sangue, perda de sangue, cor vermelha**

**Utentes:**

É Sangue. Sangue. É sangue podre que as mulheres deitam, é mês a mês (período). É sangue, é para ter filhos. É encarnado, sangue, não sei porque temos. É vermelho porque é sangue. O período, não sei explicar, não sei mais. São as meninas que têm todos os meses, é vermelho (Período). É o período, é sangue. O período, quando a gente suja as cuecas de sangue. É o período porque somos mulheres, é a reestruturação, é o sangue que vem do pipi. É vermelho, é sangue (período). As raparigas têm período, é vermelho e sai sangue por baixo (não sei porquê). É o período, é sangue que a mulher perde, vem da vagina, se não tivesse período não era normal. É o período da mulher; é sangue, aparece todos os meses até entrar na menopausa, é para termos filhos. Corrimento de sangue pela vagina, que ocorre uma vez por mês. Não sei o que é o Período: é das meninas; não sei porquê, a cor é vermelha porque sai sangue; põe penso. Período: são as mulheres que têm; tira um penso e põe outro é vermelho, sai sangue. É sangue (Período), não sei. É quando as mulheres ou senhoras sagram da vagina; eu penso que seja porque o óvulo tem que sair de alguma maneira, eu penso que seja isso. É normal elas terem o período; é o sangue; não sei porque sai sangue; Não sou capaz de dizer; quando elas deitam sangue, é raro ouvir estas coisas.

**Técnicos:**

Perda de sangue. É Sangue.

**Tutores:**

É o período. Compara com a masturbação.

#### **4- Refere ser exclusivo da mulher**

##### **Utentes:**

Quando se é mulher tem-se. Quando se começa a ser mulher. As mulheres têm. É o que as senhoras têm. Sei que as mulheres têm, mas não tenho a noção do porquê. São as meninas que têm todos os meses, é vermelho (Período). São as mulheres (período), não sei porquê. Têm as meninas, sai da cueca sangue, põem um penso. São as mulheres que têm, é um penso (período), não sei porquê. É o período porque somos mulheres, é a reestruturação, é o sangue que vem do pipi. As raparigas têm período, é vermelho e sai sangue por baixo (não sei porquê). Sei que a menstruação é igual a período; é aquilo que as mulheres têm: quando têm período podem ter filhos, quando têm 40 e tal na menopausa já não. É o período da mulher; é sangue, aparece todos os meses até entrar na menopausa, é para termos filhos. Não sei o que é o Período: é das meninas; não sei porquê, a cor é vermelha porque sai sangue; põe penso. Período: são as mulheres que têm; tira um penso e põe outro é vermelho, sai sangue. É quando as mulheres ou senhoras saem da vagina; eu penso que seja porque o óvulo tem que sair de alguma maneira, eu penso que seja isso. É normal elas terem o período; é o sangue; não sei porque sai sangue; Isso é para elas; é quando vem o período; não sei porque não estudei (não sei a cor). Não sou capaz de dizer; quando elas deitam sangue, é raro ouvir estas coisas.

##### **Técnicos:**

Só as mulheres têm. Próprio do corpo da mulher. As mulheres têm.

##### **Tutores:**

Compara com a masturbação. É o período, é sangue que a mulher perde, vem da vagina, se não tivesse período não era normal.

#### **5- Refere periodicidade mensal**

##### **Utentes:**

É sangue podre que as mulheres deitam, é mês a mês (período). São as meninas que têm todos os meses, é vermelho (Período). Todos os meses. É o período da mulher; é sangue, aparece todos os meses até entrar na menopausa, é para termos filhos.

##### **Técnicos:**

Corrimento de sangue pela vagina, que ocorre uma vez por mês.

##### **Tutores:**

Vem todos os Meses. Varia de mês em mês.

#### **6- Refere não saber porque acontece, não saber explicar, apesar de conhecer alguns aspectos**

##### **Utentes:**

É vermelho porque é sangue (período, não consigo explicar, não sei mais). Sei que as mulheres têm, mas não tenho a noção do porquê. É quando as mulheres têm sangue. Todos os meses. (não sei porquê). São as mulheres (período), não sei porquê. São as mulheres que têm, é um penso (período), não sei porquê. As raparigas têm período, é vermelho e sai sangue por baixo (não sei porque). É quando a rapariga está quase a ficar grávida. (não sei). Não sei o que é o Período: é das meninas; não sei porquê, a cor é vermelha porque sai sangue; põe penso. É sangue (Período), não sei. As meninas têm período; algumas têm, outras não; para não terem doenças devem tomar comprimidos a pílula; não sei porque as meninas têm período. É normal elas terem o período; é o sangue; não sei porque sai sangue; Compara com a

masturbação. Isso é para elas; é quando vem o período; não sei porque não estudei (não sei a cor). Não sou capaz de dizer; quando elas deitam sangue, é raro ouvir estas coisas.

**Técnicos:**

É o período, mas não sabe explicar

**7- Não sabe. Não responde**

**Técnicos:**

Não sei. Não sei responder. Sem resposta. Não. Não sei se sabe o que é: tema que nunca abordamos.

**Tutores:**

Esse assunto nunca foi por nós abordado com o nosso filho.

**3.3.2- Alguém viu? Qual foi a sua reacção?**

**Alguém viu?**

**1 – Sim**

**Utentes:**

Os colegas. Começaram a gozar, espalharam de lá de fora para dentro. A mãe disse que os colegas são parvos, quando contei a ela. A mulher; não gostou muito, disse que eram coisas porcas; 1 vez na casa de banho; só fiz uma única vez ela não gostou, não fiz mais. A mãe, não disse nada; eu fiquei um pouco embaçado, não gostei, fiquei a olhar para ela, mas acho que isso faz parte da pessoa, é normal. Não, porque fecho a porta quando eles estão a dormir. Como se costuma dizer "Vamos arregaçar o Noddy". E com o meu colega no quartel, chegou aos ouvidos do chefe e agora já não estou lá. Tiraram-me de lá. Sabiam que íamos muitas vezes para a casa de banho no horário de trabalho e alguém telefonou ao chefe. Embora seja casado, só gosto dele como colega não tinha mais com que me entreter, alguém tinha que ser a vítima.

**Técnicos:**

É natural que o faça, porque tem noção onde deve ser executada

**2 – Não**

**Utentes:**

Ninguém viu. Não. Ninguém, porque nunca me toquei. No quarto; foi há muito tempo; ninguém viu. Nunca viu; no meu quarto.

**3 – Não Sei**

**Técnicos:**

Não sei. Nunca vi.. Nunca vi, por isso não houve reacção. Como não sei se ele se masturba, por isso a minha reacção é nula.

**4 – Sem resposta**

### **3.3.2- Qual foi a sua reacção?**

#### **1 – Reacção Normal/Positiva**

##### **Utentes:**

A mãe, não disse nada; eu fiquei um pouco embaçado, não gostei, fiquei a olhar para ela, mas acho que isso faz parte da pessoa, é normal.

##### **Tutores:**

É natural que o faça, porque tem noção onde deve ser executada.

##### **Tutores:**

Ignoro e ao descobrir, apercebi-me que o meu filho é uma pessoa normal, ao sentir o seu desejo sexual. Por vezes ao estimularem esse desejo, acalmam mais a agressividade, sentem-se mais felizes. Como uma necessidade física normal. Normal. Seria normal, sem reparos ou repreensões.

#### **2 – Reacção Negativa**

##### **Utentes:**

A mulher; não gostou muito, disse que eram coisas porcas; 1 vez na casa de banho; só fiz uma única vez ela não gostou, não fiz mais. Não, porque fecho a porta quando eles estão a dormir. Como se costuma dizer "Vamos arregaçar o Noddy". E com o meu colega no quartel, chegou aos ouvidos do chefe e agora já não estou lá. Tiraram-me de lá. Sabiam que íamos muitas vezes para a casa de banho no horário de trabalho e alguém telefonou ao chefe. Embora seja casado, só gosto dele como colega não tinha mais com que me entreter, alguém tinha que ser a vítima.

#### **3 - Reacção Normal/Positiva e Negativa**

##### **Utentes:**

Os colegas. Começaram a gozar, espalharam de lá de fora para dentro. A mãe disse que os colegas são parvos, quando contei a ela.

#### **4 – Não Sabe/Não responde**

##### **Técnicos:**

Não sei. Nunca vi. Nunca vi, por isso não houve reacção. Como não sei se ele se masturba, por isso a minha reacção é nula.

#### **Questão 4.1- O que é para si o namoro?**

##### **1- Troca de carinhos, beijos**

##### **Utentes:**

Troca de carinhos e beijos. É andar juntos, troca de beijos, carinhos e acto sexual. É andar juntos, troca de beijos. Troca de beijinhos na face. É uma pessoa dar-se bem um com o outro, respeitando-se; darem-se sexualmente bem. Sei lá, é dar beijinhos, é gostar mais do outro. É bom, é ter um namorado que goste de mim, simpático, andamos de braço dado, damos beijos só na cara, na boca é uma porcaria. Sei lá, é dar beijinhos, é gostar mais do outro. É dar a mão, beijinhos, passear (café, teatro, jantar juntos); não existe namoro sem anel. É dar beijinhos e mão ao namorado; e mais nada. É dar beijinhos e carícias. É ter uma rapariga, é ter carinho; para mim namoro é casar. É dar beijinhos e abraços. Eu gosto de namorar, para ficar feliz, de mão dada, beijinhos na boca. É lindo e bom; beijinhos na boca e tudo, e só. É poder dar beijos e abraçar a namorada. É dar beijinhos e abraços; eu e o P. tocamos mesmo, só no Elo, lá fora não. É poder dar

beijinhos, e passear de mãos dadas. É bom, beijinhos na boca, abraços, mais nada. É poder andar de mão dada e dar beijos na boca. É trocar experiências, dão beijos, sentem afecto por aquela pessoa; a pessoa sente-se amada a amar a outra pessoa. É bom, estar com ela, dar beijinhos. Eu gosto do D. dou beijinhos, falamos das coisas e conhecemo-nos um ao outro. É dar beijinhos, isso tudo, dar anéis, passear. É bonito e meigo; é dar flores, simpático; as meninas gostam dos rapazes; para ficarem bem-dispostos devem dar beijos na cara. É um acto muito sério; eu acho que o namoro não é só a pessoa se conhecer a outra, não é só o romance, carinho, envolve muita coisa.

**Técnicos:**

Troca de carinhos e beijos. É andar juntos, troca de beijos, carinhos e acto sexual. É andar juntos, troca de beijos. Troca de beijinhos na face. É dar beijinhos e abraços.

**Tutores:**

Troca de carinhos e beijos. É andar juntos, troca de beijos. Troca de beijinhos na face. É dar beijinhos e abraços. . Andar de mão dada com a namorada.

## **2- Gostar de uma pessoa**

**Utentes:**

Gostar da pessoa. É gostar de uma pessoa. É estar bem com uma pessoa, gostar dela. É uma pessoa que gosta da outra. É conhecer a outra pessoa melhor; é a felicidade. Sei lá, é dar beijinhos, é gostar mais do outro. É bom, é ter um namorado que goste de mim, simpático, andamos de braço dado, damos beijos só na cara, na boca é uma porcaria. Sei lá, é dar beijinhos, é gostar mais do outro. É juntar-se com outra pessoa e gostar dela. Gosto muito dela; espero um dia casar-me com ela, namorar com ela é bom. É ter um amigo, ter uma pessoa que a gente goste; conversar com ele. É quando um rapaz dá-se bem com uma rapariga, gosta dela e às vezes podem casar. É estar em contacto com a pessoa de quem gosto, mais nada; já partilhámos muita coisa juntos. É uma pessoa gostar da outra, estar junto para mais tarde ou mais cedo vir a casar, é o caso dos meus pais e das outras pessoas quando se gostam.

**Técnicos:**

É gostar de alguém. É gostar de uma pessoa. É uma pessoa que gosta da outra.

## **3- Uma pessoa gostar uma da outra**

**Utentes:**

São duas pessoas que se gostam. A pessoa gosta uma da outra. É uma pessoa dar-se bem um com o outro, respeitando-se; darem-se sexualmente bem; a pessoa sente-se amada a amar a outra pessoa.

**Técnicos:**

É trocar experiências, dão beijos, sentem afecto por aquela pessoa;

## **4- Antecede o casamento**

**Utentes:**

É bom, desejo Casar. É o convívio; É a partir do namoro que se formam casais. Muito bom, o casamento. Namorar é praticar tudo como os casados, não há muita diferença. É ter uma rapariga, é ter carinho; para mim namoro é casar. É a paixão; é um ciclo de fazer uma nova vida, uma nova família. É ter uma mulher e pôr a minha vida em ordem. Gosto muito dela; espero um dia casar-me com ela, namorar com ela é bom. Um dia mais tarde casar e ter filhos. É quando um rapaz dá-se bem com uma rapariga, gosta dela e às vezes podem casar. É ter alguém com quem possa se casar. É uma

pessoa gostar da outra, estar junto para mais tarde ou mais cedo vir a casar, é o caso dos meus pais e das outras pessoas quando se gostam. É a coisa mais maravilhosa do mundo, gosto de ver os casais, também me dá aquela vontade e em casa é o que se sabe.

**Técnicos:**

Período que antecede o Casamento.

**5- Companhia, amizade, conversar, andar junto e fazer actividades em conjunto**

**Utentes:**

Conversam. É andar juntos, troca de beijos, carinhos e acto sexual. É bom, é ter um namorado que goste de mim, simpático, andamos de braço dado, damos beijos só na cara, na boca é uma porcaria. É dar a mão, beijinhos, passear (café, teatro, jantar juntos); não existe namoro sem anel. É juntar-se com outra pessoa e gostar dela. É andar com a namorada na rua e telefonar-lhe ao fim-de-semana. É poder dar beijinhos, e passear de mãos dadas. É ter um amigo, ter uma pessoa que a gente goste; conversar com ele. É trocar experiências, dão beijos, sentem afecto por aquela pessoa; a pessoa sente-se amada a amar a outra pessoa. Eu gosto do D. dou beijinhos, falamos das coisas e conhecemo-nos um ao outro. Considero uma amizade. É dar beijinhos, isso tudo, dar anéis, passear. É estar em contacto com a pessoa de quem gosto, mais nada; já partilhamos muita coisa juntos. É ter uma relação com um namorado, é ser meigo, simpático é amizade e não bater. Eu não namoro; é uma pessoa arranjar uma companheira.

**Técnicos:**

É andar juntos, troca de beijos, carinhos e acto sexual. É o convívio; É a partir do namoro que se formam casais.

**Tutores:**

Conversam. É poder dar beijinhos, e passear de mãos dadas. É andar com a namorada na rua e telefonar-lhe ao fim-de-semana. É andar com a namorada na rua e telefonar-lhe ao fim-de-semana.

**6- Conhecer a outra pessoa**

**Utentes:**

Conhece-la bem. É conhecer a outra pessoa melhor; é a felicidade. Eu gosto do D. dou beijinhos, falamos das coisas e conhecemo-nos um ao outro. É estar em contacto com a pessoa de quem gosto, mais nada; já partilhamos muita coisa juntos. É um acto muito sério; eu acho que o namoro não é só a pessoa se conhecer a outra, não é só o romance, carinho, envolve muita coisa.

**7- Sensações e sentimentos bons**

**Utentes:**

É bom, desejo casar. É conhecer a outra pessoa melhor; é a felicidade. É lindo e bom; beijinhos na boca e tudo, e só. Eu gosto de namorar, para ficar feliz, de mão dada, beijinhos na boca. É a paixão; é um ciclo de fazer uma nova vida, uma nova família, é ter uma mulher e pôr a minha vida em ordem. É bom, é uma vida boa com uma mulher, nunca namorei, não sei o que isso é. É uma coisa bonita, a gente anda bem com a vida. Sei o que é o namoro e gostaria de namorar com uma pessoa especial para mim. Gosto muito dela; espero um dia casar-me com ela, namorar com ela é bom. É bom, estar com ela, dar beijinhos. É bonito e meigo; é dar flores, simpático; as meninas gostam dos rapazes. Para ficarem bem-dispostos devem dar beijos na cara. É ter uma relação com um namorado, é ser meigo, simpático é amizade e não

bater. É a coisa mais maravilhosa do mundo, gosto de ver os casais, também me dá aquela vontade e em casa é o que se sabe. A concretização do amor.

**Técnicos:**

Seria uma grande realização pessoal.

**Tutores:**

Uma relação mais profunda que a amizade.

**8- Sensações e sentimentos negativos**

**Utentes:**

É uma chatice. Eu não tenho namorado, nunca namorei nem quero.

**9- Outras respostas**

**Utentes:**

Muito bom.

**Técnicos:**

O namoro para ele é como se fosse uma brincadeira.

**10- Não sabe. Não responde**

**Técnicos:**

Não sei. Sem resposta.

**Tutores:**

Não sei. Sem resposta.

**Questão 5.1- O que é para si o casamento?**

**1- União, viver junto com outra pessoa**

**Utentes:**

É uma união de facto; é para toda a vida. É ter vida em conjunto; comunhão de bens. São duas pessoas que se juntam, que estão a viver juntas. É uma vida a dois em comum; casam e têm filhos. É uma união; é preciso ter dinheiro para comprar coisas, alimentação, vestuário, água, luz. Dar-se bem um com o outro para o resto da vida, tratar bem dos filhos e dar-lhes uma boa educação. Fazer a vida com outra pessoa; se as pessoas se derem bem dá, senão não dá; deve ser a felicidade. É uma união, é preciso existir amor. É ter uma casa, muitos filhos e trabalhar para pagar a renda; viver junto, tudo bem. É união para uma vida inteira. Não sei, é a união de um casal que se ama. É bom, é diferente, tem uma vida mais uma pessoa. O que é pior é a guita; gostava de casar, na igreja, e depois ficar ao pé dela na casa dela. É ficar junto com ela para sempre e partilharmos a vida juntos, não é ela ir para casa dos pais e eu ficar sozinho; se eu quiser sair com ela posso sair à vontade, fazer amor com ela, tomar duche ou deitar à hora que quero. É morar com a namorada e ter filhos. É poder viver com o namorado. É juntarem-se um ao outro e é poder estar sozinhos sem família. É o viver com aquela pessoa, ter filhos mais tarde, é partilhar experiências e também quando tiver filhos é ajudar numa boa educação. É bom, é uma festa; um gajo bebe uns copos; é estar junto com uma mulher e fazer filhos. É uma vida, e as despesas, e pagar as contas; e serem felizes. É a união de duas pessoas; digo eu, não sei. É quando a pessoa se une com outras, põe o anel de casado. É arranjar uma mulher para estar juntos para viver uma vida normal.

**Técnicos:**

Viver Juntos. Partilhar o dia-a-dia. É ter vida em conjunto.

**Tutores:**

Ter uma vida a dois, a sua casa e filhos. É ter vida em conjunto.

**2- Ter filhos, família****Utentes:**

Constituir família; é para toda a vida. Ter uma vida a dois, a sua casa e filhos. É uma vida a dois em comum; casam e têm filhos. Dar-se bem um com o outro para o resto da vida, tratar bem dos filhos e dar-lhes uma boa educação. Ter filhos. É ter uma casa, muitos filhos e trabalhar para pagar a renda; viver junto tudo bem. É casar e ter filhos. Ter casa, emprego, filhos. Poder ter filhos. É morar com a namorada e ter filhos. Poder ter filhos. É o viver com aquela pessoa, ter filhos mais tarde é partilhar experiências e também quando tiver filhos é ajudar numa boa educação. É bom, é uma festa; um gajo bebe uns copos; é estar junto com uma mulher e fazer filhos. É uma carga de trabalhos; quem se mete em filhos mete-se em trabalhos. É uma união de bens, acho que é isso, e para durar enquanto a pessoa for viva.

**3- É para sempre, para toda a vida.****Utentes:**

Gostam mais do outro, é para toda a vida. Constituir família; é para toda a vida. É uma união de facto; é para toda a vida. É até ao fim da vida. Dar-se bem um com o outro para o resto da vida, tratar bem dos filhos e dar-lhes uma boa educação. É união para uma vida inteira. É ficar junto com ela para sempre e partilharmos a vida juntos, não é ela ir para casa dos pais e eu ficar sozinho; se eu quiser sair com ela posso sair à vontade, fazer amor com ela, tomar duche ou deitar à hora que quero. É para durar para sempre até à morte, não é para acabar um dia; é para ficarem felizes, não para arranjam confusões entre eles.

**4- Implica responsabilidades****Utentes:**

É uma união; é preciso ter dinheiro para comprar coisas, alimentação, vestuário, água, luz. Dar-se bem um com o outro para o resto da vida, tratar bem dos filhos e dar-lhes uma boa educação. É ter uma casa, muitos filhos e trabalhar para pagar a renda; viver junto tudo bem. O que é pior é a guita; gostava de casar, na igreja, e depois ficar ao pé dela na casa dela. É o viver com aquela pessoa, ter filhos mais tarde é partilhar experiências e também quando tiver filhos é ajudar numa boa educação. É uma vida, e as despesas, e pagar as contas; e serem felizes. É sagrado; ser marido e mulher e ter respeito e responsabilidade. É um acto muito sério, o casamento tem que ser bem pensado, organizado, não é nenhum brinquedo, como a vida está, isto está muito mal, envolve muita coisa; a vida está mal, empregos não há, vê-se pessoas com o 12º a varrer ruas, pessoas no desemprego, empresas a fechar, está muito mal. É uma união de bens, acho que é isso, e para durar enquanto a pessoa for viva.

**5- Dia do casamento, cerimónia, festa****Utentes:**

Arranjava uma casa, arranjava um fato, umas calças de noivo, um casaco mais colete, vestia e casava, depois é a missa, depois vamos ao restaurante comer; a noiva vai arranjar o cabelo às 7 da manhã e depois o noivo está à espera dela. É um dia feliz, o que é um casamento nunca percebi. Tem de ser um momento especial, é casar com a pessoa que

gostamos e ser feliz. É bom, é uma festa; um gajo bebe uns copos; é estar junto com uma mulher e fazer filhos. É quando a pessoa se une com outras põe o anel de casado. É bom, e se for pelos comes e bebes ainda melhor; uma pessoa imagina os noivos a chegar ao altar, também gostava de estar no lugar deles, fazia a minha vida, deixava os meus pais mas infelizmente as coisas são assim. Casar, é alianças dar beijinhos.

#### **6- Desejo que quer concretizar**

##### **Utentes:**

Adorava casar, e se tivesse uma namorada fixa já não pensava tanto em sexo. É ficar junto com ela para sempre e partilharmos a vida juntos, não é ela ir para casa dos pais e eu ficar sozinho; se eu quiser sair com ela posso sair à vontade, fazer amor com ela, tomar duche ou deitar à hora que quero.

##### **Técnicos:**

Um desejo que quer concretizar. É uma realização social, afectiva e sexual.

#### **7- Sensações, sentimentos positivos**

##### **Utentes:**

Gostam mais do outro, é para toda a vida. Gostar de estar com ele. Gostam um do outro e fazem sexo. É uma união, é preciso existir amor. Não sei, é a união de um casal que se ama. É feliz; é bom; é contente; não sei explicar porque é bom. É um dia feliz, o que é um casamento nunca percebi. Tem de ser um momento especial, é casar com a pessoa que gostamos e ser feliz. É bom, é uma festa; um gajo bebe uns copos; é estar junto com uma mulher e fazer filhos. É uma vida, e as despesas, e pagar as contas; e serem felizes. É para durar para sempre até à morte, não é para acabar um dia; é para ficarem felizes, não para arranjam confusões entre eles.

#### **8- Sensações, sentimentos negativos**

##### **Utentes:**

Eu sei lá, é cada um para seu lado; é o que se vê, casamento é um divórcio. Não gosto do casamento, não quero casar. É nada, porque não estou interessada. Quando casam depois divorciam-se; quando se casa pela igreja, vestimos de branco e compramos as alianças e isso tudo. É uma carga de trabalhos; quem se mete em filhos mete-se em trabalhos.

#### **9- Outras respostas**

##### **Utentes:**

É sagrado; ser marido e mulher e ter respeito e responsabilidade. Fidelidade, é confiar na pessoa. Poder ter um marido. Poder viver com o marido. Gostam um do outro e fazem sexo. É bom, se eu me casar vou para as noites de núpcias e depois a gente vai para a cama. É bom, se eu me casar vou para as noites de núpcias e depois a gente vai para a cama.

##### **Técnicos:**

É inculido pela família. Gostam um do outro e fazem sexo. Ter alguém junto dela, e sem casamento não pode ter relações sexuais. Supondo que o mesmo que para qualquer adulto sem deficiência.

#### **10- Não sabe. Não responde**

##### **Técnicos:**

Não sei responder. Não sei. Tema que nunca abordamos. Não consegue compreender.

## **Questão 6.1- Sabe o que quer dizer “fazer amor”?**

### **1- Sexo, relações sexuais**

#### **Utentes:**

Não sei, nunca tive relações sexuais. Quando a mulher e o homem querem ter relações sexuais. É sexo. É sexo, eu sei o que é pois sinto essas necessidades. É fazer relações, é fazer amor com uma pessoa. É bom; é ter relações sexuais com a mulher. É paixão, é sexo livre, sexo sem camisa, posso me vir à vontade que ela toma a pílula milagrosa, que ela adora a coisa quente dentro dela, que fica logo maluca. Os rapazes deitam em cima de nós; fazem coisas e fazem meninos. Significa sexo, entre um homem e uma mulher; Deus me perdoe existem tantos transexuais. É como se faz na televisão, vai sair disparate, dá todas a quartas; é lambe a parte de baixo, o homem lambe as mamas e depois mete na senhora; vê os filmes do irmão. Homens e mulheres vão para a cama; os homens têm de pôr um saquinho "uma camisa com ajuda", a mulher aquelas pílulas para não apanhar doenças "Sida" HIV; para não deitar beijos na boca, a saliva pode apanhar doenças que vêm da sida; ensinaram-me assim.

#### **Técnicos:**

Fazer Sexo. Sabe que é o mesmo que ter relações sexuais, pois tem um relacionamento com o namorado que embora a sua família não aceite muito bem e imponha bastantes restrições, tem relações com ele. A conotação de relacionamento afectivo e sexual. Ter Relações Sexuais. Sebe o que são relações sexuais pois a família dá-lhe liberdade para estar com o namorado com o qual já teve relações.

#### **Tutores:**

Sabe que são relações sexuais.

### **2- Contacto íntimo com outra pessoa**

#### **Utentes:**

Contacto com o Outro. É um homem e uma mulher unirem-se um com o outro. É fazer amor com a outra pessoa. Contacto com a outra pessoa fisicamente. Ir para a cama dar beijos e abraços. É um acto de carinho de amar.

#### **Técnicos:**

É ter um contacto íntimo com outra pessoa.

### **3- É para ter filhos**

#### **Utentes:**

Para ter filhos, porque gostam de fazer amor. É ter filhos, muitos filhos. É fazer filhos; são duas pessoas fazem um filho na cama. É ter filhos; e ficar grávida. Os rapazes deitam em cima de nós; fazem coisas e fazem meninos. É fazer amor; é fazer filhos; elas podem ficar grávidas ou não, não sei. É a pessoa reproduzir-se, ter filhos, transmitir os genes. É para ter filhos, para responder a isso é difícil; alguns têm maldades; não sei.

### **4- Dá prazer, felicidade**

#### **Utentes:**

Acho que é bom. Meter o pénis na rapariga; é ter prazer. É bom; é ter relações sexuais com a mulher. É paixão, é sexo livre, sexo sem camisa, posso me vir à vontade que ela toma a pílula milagrosa, que ela adora a coisa quente dentro dela,

que fica logo maluca. É entre marido e mulher; juntamente, é bom, não sei. Gostei. Não sei; é dar beijinhos e a gente estar um dia feliz.

#### **5- É gostar, amar outra pessoa**

##### **Utentes:**

Gostam um do outro. É gostar um do outro. Quando se sente desejo por outra pessoa. É gostar de uma pessoa, se gosto de mim e eu gosto dela através dos olhos; ter relações sexuais não sei. É um acto de carinho de amar.

##### **Técnicos:**

É gostar de uma pessoa. Quando duas pessoas se amam.

#### **6- Ir para a cama, dormir com outra pessoa**

##### **Utentes:**

Ir para a cama. É a gente vai para a cama, depois tira a roupa e depois fazemos amor. É quando uma pessoa está a dormir com outra.

#### **7- Namorar, acarinhar**

##### **Utentes:**

É a mesma coisa de namorar. É namorar; não sei. Não sei explicar isso; aos beijinhos, é falar com o outro, entrar em diálogo; não sei explicar, é ter relações sexuais é a gente se ralar um com o outro; não me lembro.

##### **Técnicos:**

É dar beijinhos, carinho mais nada.

#### **8- Não sabe o que significa**

##### **Utentes:**

Não sei. Isso agora para mim já não é uma parte que me diga muita coisa; não sei o significado. Não sei e não quero.

##### **Técnicos:**

Tema que nunca abordamos.

##### **Tutores:**

Julgo que não sabe o que é. Não sabe.

#### **9- Não responde**

##### **Técnicos e Tutores:**

Sem resposta.

#### **Questão 6.2-Para si, quais as formas de contacto entre os namorados? E entre as pessoas casadas?**

##### **1- Não há diferenças entre namorados e casados**

##### **Utentes:**

Beijos, carinhos; não há diferenças. Carinhos, beijinhos, acto sexual. Não há diferenças. Beijos na boca; não há diferenças. Beijos na boca, fazem amor. Carinhos, beijinhos, acto sexual. Carinhos, jogos sexuais com respeito, ter relações sexuais; masturbação; não há diferenças. Beijos na boca, é fazer outras coisas, é fazer amor; não há diferenças.

Dão as mãos, vão passear, vão ao cinema, os olhos brilham; é igual aos namorados. Beijos na boca, apalpanços; não há diferenças. Falam com o outro, passear, cinema, tudo, dão beijos na boca; é o mesmo, namorados e casados. Beijinhos, apalpa-se, conversam, dormem juntos; não há diferenças, apenas o homem não anda tanto em cima da mulher. Beijos conversam; não há diferenças, apenas nas alianças. Falam, beijam-se, não me lembro de mais nada; é a mesma coisa, não há diferenças.

**Técnicos:**

Não há diferenças.

**Tutores:**

Não há diferenças.

**2- Há diferenças: sexo, dormir juntos**

**Utentes:**

Entre namorados beijinhos, casados relações sexuais. Beijos, carinhos; não sei, deve ser sexo. Vão para a cama. Contactos íntimos. Andam agarrados e dão beijinhos na boca, a mão está em cima do pipi; vão para lua-de-mel, chegam lá e pimba, e vão dormir, a pila no pipi, faz-se filhos, dão beijos. Alguns sentam-se e dão beijinhos e ligam para o telemóvel e apalpa-se; há diferenças, têm bebé na barriga. Beijo íntimo, e depois aquelas coisas redondas que têm à frente, fico passado apetece logo pôr a mão no fruto proibido mas não posso por porque é um sítio público; quando se vive sozinho sem os pais pode-se fazer o que se quer quando se está com ela.

**3- Há diferenças: viver juntos**

**Utentes:**

Carícias, beijinhos, abraços, sexo, para os casados é igual, mas já vivem juntos. Beijos na boca e andam agarrados. Beijos na boca, carícias no corpo, relações sexuais; os casados vivem sozinhos e os namorados não. Beijinhos, carinhos, falam; é diferente os casados moram juntos. Dão anéis, dão flores, escrevem, cartas, convidam para o cinema, tomam café, dão beijos na boca; os namorados vivem separados, casados juntos.

**4- Há diferenças: anel, aliança**

**Utentes:**

Namorados esperam um pelo outro, é sexo, pode ser feito em qualquer lugar porque para ele não existem sítios específicos; existem diferenças pois os casados têm anel. Beijos, mão dada, sempre muito agarrados, muito carinho, muito amor com os casados é diferente, têm anel, vivem juntos e já não têm necessidade de estarem sempre agarrados. Dão beijinhos e as mãos, mais só quando estão a fazer amor na cama; é diferente, casados têm aliança e filhos, namorados não. Quando se abraçam dão beijinhos, têm alianças nos dedos. É ter aliança, dar beijinhos.

**5- Há diferenças: namorados agarram-se mais do que casados (mais carinhos em público)**

**Utentes:**

Carinhos, beijinhos; os namorados agarram-se mais. Beijos na boca, a agarrarem-se, e depois pilinha no pipi, é assim, as pessoas agarram-se e ficam grávidas; os casados não se agarram tanto. Existem diferenças, os namorados mandam vir mais que os casados.

#### **6- Há diferenças: namorados não se agarram tanto como casados (escondem mais em público)**

##### **Utentes:**

É andar agarrados, dar beijos, e andar escondidos e inibidos se passar alguém; os casados já não têm esse problema, estão à vontade, beijam sem problemas.

#### **7- Há diferenças: casados têm bebés**

##### **Utentes:**

É diferente, casados têm aliança, e filhos; namorados não. Contactos íntimos. Andam agarrados e dão beijinhos na boca, a mão está em cima do pipi; vão para lua-de-mel, chegam lá e pimba, e vão dormir, a pila no pipi, faz-se filhos, dão beijos. Alguns sentam-se e dão beijinhos e ligam para o telemóvel e apalpam-se; há diferenças, têm bebé na barriga.

#### **8- Há diferenças: outras respostas**

##### **Utentes:**

Dão beijos na cara, na boca, tocam, conversam, partilham experiências durante a vida. É diferente porque casados é outra responsabilidade.

#### **9- Não sabe as diferenças entre namorados e casados**

##### **Utentes:**

Dão beijinhos, abraços, aperto de mão, são amigos; não sei. Andam aos beijinhos e dão linguados e trincam as línguas; casados: não sei a diferença. Não sei nada dos outros, o que eu quero saber é de mim; dão beijos, sei lá. Não sei.

##### **Técnicos:**

Não sei se sabe a diferença. Beijos e abraços, quanto aos casados não sei.

##### **Tutores:**

Penso que a noção dele será igual nos dois casos.

#### **10- Outras respostas**

##### **Tutores:**

Sentir-se bem como fazendo parte de si próprio; sabe definir comportamento em público e em privado. Creio que as mesmas de qualquer adulto.

#### **11- Não responde**

Tutores e Técnicos.

ANEXO F – Questionário 1: Tabelas de comparação entre as respostas dos utentes e técnicos em relação aos domínios

		Grupo			
		Utente		Técnico(a)	
		Freq	% Col	Freq	% Col
1.1- Como é que se considera, que imagem tem de si?	Gosta de si.	10	23,3%	4	11,1%
	Boa imagem. Bonito(a).	30	69,8%	20	55,6%
	Simpático(a). Boa pessoa.	7	16,3%	1	2,8%
	É uma pessoa normal.	9	20,9%	2	5,6%
	Imagem tendencialmente mais negativa.	8	18,6%	2	5,6%
	Imagem sobrevalorizada.	0	,0%	3	8,3%
	Imagem incerta. Não sei, penso que gosta de si.	0	,0%	4	11,1%
	Total	43	100,0%	36	100,0%
1.1.1- Gosta do seu corpo?	Sim	40	93,0%	35	81,4%
	Não	3	7,0%	0	,0%
	Não sei	0	,0%	7	16,3%
	Sem resposta	0	,0%	1	2,3%
	Total	43	100,0%	43	100,0%
1.1.2- Considera-se diferente das outras pessoas?	Sim	19	44,2%	9	20,9%
	Não	24	55,8%	28	65,1%
	Não sei	0	,0%	5	11,6%
	Sem resposta	0	,0%	1	2,3%
	Total	43	100,0%	43	100,0%
1.2- Existe alguém que não goste de si/dele(a)?	Sim	8	18,6%	7	16,3%
	Não	29	67,4%	17	39,5%
	Não sei	6	14,0%	18	41,9%
	Sem resposta	0	,0%	1	2,3%
	Total	43	100,0%	43	100,0%

		Grupo			
		Utente		Técnico(a)	
		Freq	% Col	Freq	% Col
2.1- Sabe identificar as diferenças entre o corpo dos rapazes e o corpo das raparigas?	Sim	43	100,0%	42	97,7%
	Não	0	,0%	0	,0%
	Não sei	0	,0%	1	2,3%
	Sem resposta	0	,0%	0	,0%
	Total	43	100,0%	43	100,0%
2.2- Sabe onde se situam essas partes do corpo?	Sim	43	100,0%	42	97,7%
	Não	0	,0%	0	,0%
	Não sei	0	,0%	1	2,3%
	Sem resposta	0	,0%	0	,0%
	Total	43	100,0%	43	100,0%
2.3- Sabe o que é a menstruação?	Refere período.	25	58,1%	3	7,0%
	Refere ovulação, ciclo, fertilidade.	7	16,3%	3	7,0%
	Refere sangue, perda de sangue, cor vermelha.	24	55,8%	2	4,7%
	Refere ser exclusivo da mulher.	20	46,5%	12	27,9%
	Refere periodicidade mensal.	6	14,0%	1	2,3%
	Refere não saber porque acontece, não saber explicar, apesar de conhecer alguns aspectos.	12	27,9%	4	9,3%
	Não sabe. Não responde.	4	9,3%	26	60,5%
	Total	43	100,0%	43	100,0%

		Grupo			
		Utente		Técnico(a)	
		Freq	% Col	Freq	% Col
3.1- Que formas de contacto usa na interação com Colegas do sexo masculino	Sem contacto	20	46,5%	4	9,8%
	Aperto de mão	37	86,0%	28	68,3%
	Abraço	27	62,8%	3	7,3%
	Beijos na cara	14	32,6%	9	22,0%
	Beijos na boca	0	,0%	2	4,9%
	Festas na cara	7	16,3%	1	2,4%
	Contactos noutras partes do corpo	9	20,9%	1	2,4%
	Total	43	100,0%	41	100,0%
3.1- Que formas de contacto usa na interação com Colegas do sexo feminino	Sem contacto	21	48,8%	7	17,9%
	Aperto de mão	11	25,6%	3	7,7%
	Abraço	26	60,5%	5	12,8%
	Beijos na cara	41	95,3%	30	76,9%
	Beijos na boca	3	7,0%	2	5,1%
	Festas na cara	21	48,8%	5	12,8%
	Contactos noutras partes do corpo	13	30,2%	2	5,1%
	Total	43	100,0%	39	100,0%
3.1- Que formas de contacto usa na interação com Pais	Sem contacto	19	44,2%	0	,0%
	Aperto de mão	17	39,5%	1	4,0%
	Abraço	25	58,1%	2	8,0%
	Beijos na cara	40	93,0%	25	100,0%
	Beijos na boca	0	,0%	0	,0%
	Festas na cara	25	58,1%	0	,0%
	Contactos noutras partes do corpo	5	11,6%	0	,0%
	Total	43	100,0%	25	100,0%

		Grupo			
		Utente		Técnico(a)	
		Freq	% Col	Freq	% Col
3.1- Que formas de contacto usa na interação com Técnicos	Sem contacto	30	69,8%	9	23,1%
	Aperto de mão	29	67,4%	12	30,8%
	Abraço	7	16,3%	3	7,7%
	Beijos na cara	16	37,2%	15	38,5%
	Beijos na boca	0	,0%	2	5,1%
	Festas na cara	1	2,3%	0	,0%
	Contactos noutras partes do corpo	0	,0%	1	2,6%
	Total	43	100,0%	39	100,0%
3.1- Que formas de contacto usa na interação com Conhecidos	Sem contacto	29	67,4%	1	4,0%
	Aperto de mão	31	72,1%	10	40,0%
	Abraço	5	11,6%	3	12,0%
	Beijos na cara	16	37,2%	17	68,0%
	Beijos na boca	1	2,3%	0	,0%
	Festas na cara	5	11,6%	1	4,0%
	Contactos noutras partes do corpo	2	4,7%	0	,0%
	Total	43	100,0%	25	100,0%
3.1- Que formas de contacto usa na interação com Desconhecidos	Sem contacto	43	100,0%	13	52,0%
	Aperto de mão	0	,0%	10	40,0%
	Abraço	0	,0%	0	,0%
	Beijos na cara	0	,0%	3	12,0%
	Beijos na boca	0	,0%	0	,0%
	Festas na cara	0	,0%	0	,0%
	Contactos noutras partes do corpo	0	,0%	0	,0%
	Total	43	100,0%	25	100,0%

		Grupo			
		Utente		Técnico(a)	
		Freq	% Col	Freq	% Col
3.2- Sabe quais as partes do corpo que devem ser protegidas, não deixando que ninguém as toque sem que tu/ele(a) deixes/deixe?	Sim	43	100,0%	41	95,3%
	Não	0	,0%	0	,0%
	Não sei	0	,0%	1	2,3%
	Sem resposta	0	,0%	1	2,3%
	Total	43	100,0%	43	100,0%
3.3- Masturba-se?	Sim	18	41,9%	3	7,0%
	Não	25	58,1%	0	,0%
	Não sei	0	,0%	38	88,4%
	Sem resposta	0	,0%	2	4,7%
	Total	43	100,0%	43	100,0%
3.3.1- Masturba-se em público?	Sim	5	11,6%	0	,0%
	Não	16	37,2%	24	55,8%
	Não sei	0	,0%	17	39,5%
	Sem resposta	22	51,2%	2	4,7%
	Total	43	100,0%	43	100,0%
3.3.2- Alguém Viu?	Sim	4	9,3%	0	,0%
	Não	13	30,2%	8	18,6%
	Não sei	0	,0%	14	32,6%
	Sem resposta	26	60,5%	21	48,8%
	Total	43	100,0%	43	100,0%
3.3.2- Qual foi a sua reacção?	Reacção Normal/Positiva	1	2,3%	1	2,3%
	Reacção Negativa	2	4,7%	0	,0%
	Reacção Normal/Positiva e Negativa	1	2,3%	0	,0%
	Não Sabe/Não Responde	39	90,7%	42	97,7%
	Total	43	100,0%	43	100,0%

3.3.3- Alguém lhe explicou o porquê de reagirem assim?	Sim	1	2,3%	0	,0%
	Não	1	2,3%	2	4,7%
	Não sei	0	,0%	0	,0%
	Sem resposta	41	95,3%	41	95,3%
	Total	43	100,0%	43	100,0%

		Grupo			
		Utente		Técnico(a)	
		Freq	% Col	Freq	% Col
4.1- O que é para si o namoro?	Troca de carinhos, beijos.	18	41,9%	15	34,9%
	Gostar de uma pessoa.	15	34,9%	2	4,7%
	Uma pessoa gostar uma da outra.	4	9,3%	0	,0%
	Antecede o casamento.	5	11,6%	7	16,3%
	Companhia, amizade, conversar, andar junto e fazer actividades em conjunto.	21	48,8%	13	30,2%
	Conhecer a outra pessoa.	4	9,3%	0	,0%
	Sensações e sentimentos bons.	12	27,9%	8	18,6%
	Sensações e sentimentos negativos.	2	4,7%	0	,0%
	Outras respostas.	0	,0%	1	2,3%
	Não sabe. Não responde.	0	,0%	10	23,3%
Total	43	100,0%	43	100,0%	
4.2- Quer namorar?	Sim	38	88,4%	35	81,4%
	Não	4	9,3%	0	,0%
	Não sei	1	2,3%	7	16,3%
	Sem resposta	0	,0%	1	2,3%
	Total	43	100,0%	43	100,0%
4.2.1- Já namoras?	Sim	24	55,8%	0	,0%
	Não	19	44,2%	0	,0%
	Não sei	0	,0%	0	,0%
	Sem resposta	0	,0%	43	100,0%
	Total	43	100,0%	43	100,0%

4.3- Os seus pais deixam-no(a) namorar?	Sim	38	88,4%	0	,0%
	Não	2	4,7%	0	,0%
	Não sei	3	7,0%	0	,0%
	Sem resposta	0	,0%	43	100,0%
	Total	43	100,0%	43	100,0%
4.3.1- E os técnicos?	Sim	30	69,8%	36	83,7%
	Não	4	9,3%	1	2,3%
	Não sei	8	18,6%	0	,0%
	Sem resposta	1	2,3%	6	14,0%
	Total	43	100,0%	43	100,0%

		Grupo			
		Utente		Técnico(a)	
		Freq	% Col	Freq	% Col
5.1- O que é para si o casamento?	União, viver junto com outra pessoa.	22	51,2%	17	39,5%
	Ter filhos, família.	9	20,9%	6	14,0%
	É para sempre, para toda a vida.	7	16,3%	1	2,3%
	Implica responsabilidades.	8	18,6%	0	,0%
	Dia do casamento, cerimónia, festa.	8	18,6%	0	,0%
	Desejo que quer concretizar.	2	4,7%	5	11,6%
	Sensações, sentimentos positivos.	16	37,2%	1	2,3%
	Sensações, sentimentos negativos.	6	14,0%	0	,0%
	Outras respostas.	0	,0%	4	9,3%
	Não sabe. Não responde.	0	,0%	17	39,5%
	Total	43	100,0%	43	100,0%
5.2 – Gostaria de casar?	Sim	31	72,1%	23	53,5%
	Não	12	27,9%	4	9,3%
	Não sei	0	,0%	14	32,6%
	Sem resposta	0	,0%	2	4,7%
	Total	43	100,0%	43	100,0%

		Grupo			
		Utente		Técnico(a)	
		Freq	% Col	Freq	% Col
6.1- Sabe o que quer dizer “fazer amor”?	Sexo, relações sexuais.	15	34,9%	22	51,2%
	Contacto íntimo com outra pessoa.	5	11,6%	1	2,3%
	É para ter filhos.	8	18,6%	0	,0%
	Dá prazer, felicidade.	8	18,6%	0	,0%
	É gostar, amar outra pessoa.	5	11,6%	3	7,0%
	Ir para a cama, dormir com outra pessoa.	4	9,3%	2	4,7%
	Namorar, acarinhar.	5	11,6%	2	4,7%
	Não sabe o que significa.	4	9,3%	9	20,9%
	Não responde.	0	,0%	6	14,0%
	Total	43	100,0%	43	100,0%
6.2-Para si, quais as formas de contacto entre os namorados? E entre as pessoas casadas?	Não há diferenças entre namorados e casados.	19	44,2%	7	16,3%
	Há diferenças: sexo, dormir juntos.	3	7,0%	10	23,3%
	Há diferenças: viver juntos.	4	9,3%	3	7,0%
	Há diferenças: anel, aliança.	4	9,3%	2	4,7%
	Há diferenças: namorados agarram-se mais do que casados (mais carinhosos em público).	4	9,3%	1	2,3%
	diferenças: namorados não se agarram tanto como casados (escondem mais em público).	2	4,7%	1	2,3%
	Há diferenças: casados têm bebés.	3	7,0%	0	,0%
	Há diferenças: outras respostas.	3	7,0%	0	,0%
	Não sabe as diferenças entre namorados e casados.	6	14,0%	9	20,9%
	Outras respostas.	0	,0%	4	9,3%
	Não responde.	0	,0%	8	18,6%
	Total	43	100,0%	43	100,0%

		Grupo			
		Utente		Técnico(a)	
		Freq	% Col	Freq	% Col
7.1 – Gostaria de ter filhos?	Sim	30	69,8%	14	32,6%
	Não	12	27,9%	7	16,3%
	Não sei	1	2,3%	20	46,5%
	Sem resposta	0	,0%	2	4,7%
	Total	43	100,0%	43	100,0%
7.2 – Sabe como aparecem/se concebem os bebés?	Sim	28	65,1%	37	86,0%
	Não	2	4,7%	3	7,0%
	Não sei	12	27,9%	2	4,7%
	Sem resposta	1	2,3%	1	2,3%
	Total	43	100,0%	43	100,0%
8.1- Sabe o que se deve fazer para evitar ter filhos?	Sim	37	86,0%	24	55,8%
	Não	2	4,7%	7	16,3%
	Não sei	4	9,3%	10	23,3%
	Sem resposta	0	,0%	2	4,7%
	Total	43	100,0%	43	100,0%

		Grupo			
		Utente		Técnico(a)	
		Freq	% Col	Freq	% Col
9.1- Ainda se sente criança?	Sim	13	30,2%	0	,0%
	Não	30	69,8%	39	90,7%
	Não sei	0	,0%	3	7,0%
	Sem resposta	0	,0%	1	2,3%
	Total	43	100,0%	43	100,0%
9.2- Tratam-no como se fosse uma criança?	Sim	8	18,6%	1	2,3%
	Não	35	81,4%	38	88,4%
	Não sei	0	,0%	2	4,7%
	Sem resposta	0	,0%	2	4,7%
	Total	43	100,0%	43	100,0%
9.3- Acha que a população em estudo têm pulsões e necessidades sexuais como as outras pessoas?	Sim	0	,0%	42	97,7%
	Não	0	,0%	0	,0%
	Não sei	0	,0%	0	,0%
	Sem resposta	43	100,0%	1	2,3%
	Total	43	100,0%	43	100,0%

		Grupo			
		Utente		Técnico(a)	
		Freq	% Col	Freq	% Col
10.1- Gosta de falar acerca das suas vivências, necessidades e interesses afectivo-sexuais?	Sim	28	65,1%	0	,0%
	Não	15	34,9%	0	,0%
	Não sei	0	,0%	0	,0%
	Sem resposta	0	,0%	43	100,0%
	Total	43	100,0%	43	100,0%
10.1- É difícil falar da sexualidade desta população?	Sim	0	,0%	14	32,6%
	Não	0	,0%	27	62,8%
	Não sei	0	,0%	1	2,3%
	Sem resposta	43	100,0%	1	2,3%
	Total	43	100,0%	43	100,0%
10.2- Acha que as vivências e necessidades afectivo/sexuais desempenham no desenvolvimento desta população, um papel...	Muito importante	0	,0%	14	32,6%
	Importante	0	,0%	28	65,1%
	Pouco importante	0	,0%	0	,0%
	Sem importância	0	,0%	0	,0%
	Sem resposta	43	100,0%	1	2,3%
	Total	43	100,0%	43	100,0%
10.3- Sente necessidade de obter mais informações em relação a esta temática?	Sim	0	,0%	26	60,5%
	Não	0	,0%	14	32,6%
	Não sei	0	,0%	1	2,3%
	Sem resposta	43	100,0%	2	4,7%
	Total	43	100,0%	43	100,0%
10.4- O que acha da implementação de um programa de educação sexual que vá de encontro às vivências necessidades e interesses afectivo-sexuais desta população?	Muito importante	0	,0%	15	34,9%
	Importante	0	,0%	27	62,8%
	Pouco importante	0	,0%	0	,0%
	Sem importância	0	,0%	0	,0%
	Sem resposta	43	100,0%	1	2,3%
	Total	43	100,0%	43	100,0%

ANEXO G – Questionário 1: Testes de qui-quadrado para comparação entre utentes e técnicos

1.1.1- Gosta do seu corpo? \* Grupo Crosstabulation

		Grupo			
		Utente	Técnico(a)	Total	
1.1.1- Gosta do seu corpo?	Sim	Count	40	35	75
		% within Grupo	93,0%	81,4%	87,2%
		Adjusted Residual	1,6	-1,6	
	Não	Count	3	0	3
		% within Grupo	7,0%	,0%	3,5%
		Adjusted Residual	1,8	-1,8	
	Não sei	Count	0	7	7
		% within Grupo	,0%	16,3%	8,1%
		Adjusted Residual	-2,8	2,8	
	Sem resposta	Count	0	1	1
		% within Grupo	,0%	2,3%	1,2%
		Adjusted Residual	-1,0	1,0	
Total	Count	43	43	86	
	% within Grupo	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	11,333 <sup>a</sup>	3	,010	,002		
Likelihood Ratio	15,583	3	,001	,002		
Fisher's Exact Test	11,180			,002		
Linear-by-Linear Association	5,480 <sup>b</sup>	1	,019	,026	,013	,009
N of Valid Cases	86					

a. 6 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .50.

b. The standardized statistic is 2.341.

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.	Exact Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,363	,010	,002
	Cramer's V	,363	,010	,002
	Contingency Coefficient	,341	,010	,002
	N of Valid Cases	86		

1.1.2- Considera-se diferente das outras pessoas? \* Grupo Crosstabulation

		Grupo			
		Utente	Técnico(a)	Total	
1.1.2- Considera-se diferente das outras pessoas?	Sim	Count	19	9	28
		% within Grupo	44,2%	20,9%	32,6%
		Adjusted Residual	2,3	-2,3	
	Não	Count	24	28	52
		% within Grupo	55,8%	65,1%	60,5%
		Adjusted Residual	-,9	,9	
	Não sei	Count	0	5	5
		% within Grupo	,0%	11,6%	5,8%
		Adjusted Residual	-2,3	2,3	
	Sem resposta	Count	0	1	1
		% within Grupo	,0%	2,3%	1,2%
		Adjusted Residual	-1,0	1,0	
Total	Count	43	43	86	
	% within Grupo	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	9,879 <sup>a</sup>	3	,020	,009		
Likelihood Ratio	12,277	3	,006	,007		
Fisher's Exact Test	9,647			,009		
Linear-by-Linear Association	8,962 <sup>b</sup>	1	,003	,004	,002	,001
N of Valid Cases	86					

a. 4 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .50.

b. The standardized statistic is 2.994.

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.	Exact Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,339	,020	,009
	Cramer's V	,339	,020	,009
	Contingency Coefficient	,321	,020	,009
	N of Valid Cases	86		

**2.1- Sabe identificar as diferenças entre o corpo dos rapazes e o corpo das raparigas? \* Grupo Crosstabulation**

		Grupo			
		Utente	Técnico(a)	Total	
2.1- Sabe identificar as diferenças entre o corpo dos rapazes e o corpo das raparigas?	Sim	Count	43	42	85
		% within Grupo	100,0%	97,7%	98,8%
		Adjusted Residual	1,0	-1,0	
	Não sei	Count	0	1	1
		% within Grupo	,0%	2,3%	1,2%
		Adjusted Residual	-1,0	1,0	
Total	Count	43	43	86	
	% within Grupo	100,0%	100,0%	100,0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	1,012 <sup>a</sup>	1	,314	1,000	,500	
Continuity Correction <sup>b</sup>	,000	1	1,000			
Likelihood Ratio	1,398	1	,237	1,000	,500	
Fisher's Exact Test				1,000	,500	
Linear-by-Linear Association	1,000 <sup>c</sup>	1	,317	1,000	,500	,500
N of Valid Cases	86					

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .50.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is 1.000.

**Symmetric Measures**

		Value	Approx. Sig.	Exact Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,108	,314	1,000
	Cramer's V	,108	,314	1,000
	Contingency Coefficient	,108	,314	1,000
N of Valid Cases		86		

**3.2- Sabe quais as partes do corpo que devem ser protegidas, não deixando que ninguém as toque sem que tu/ele(a) deixes/deixe? \* Grupo Crosstabulation**

		Grupo			
		Utente	Técnico(a)	Total	
3.2- Sabe quais as partes do corpo que devem ser protegidas, não deixando que ninguém as toque sem que tu/ele(a) deixes/deixe?	Sim	Count	43	41	84
		% within Grupo	100,0%	95,3%	97,7%
		Adjusted Residual	1,4	-1,4	
	Não sei	Count	0	1	1
		% within Grupo	,0%	2,3%	1,2%
		Adjusted Residual	-1,0	1,0	
	Sem resposta	Count	0	1	1
		% within Grupo	,0%	2,3%	1,2%
		Adjusted Residual	-1,0	1,0	
Total	Count	43	43	86	
	% within Grupo	100,0%	100,0%	100,0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	2,048 <sup>a</sup>	2	,359	,494		
Likelihood Ratio	2,820	2	,244	,494		
Fisher's Exact Test	1,917			,494		
Linear-by-Linear Association	1,944 <sup>b</sup>	1	,163	,494	,247	,247
N of Valid Cases	86					

a. 4 cells (66.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .50.

b. The standardized statistic is 1.394.

**Symmetric Measures**

		Value	Approx. Sig.	Exact Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,154	,359	,494
	Cramer's V	,154	,359	,494
	Contingency Coefficient	,152	,359	,494
	N of Valid Cases	86		

**3.3- Masturba-se? \* Grupo Crosstabulation**

		Grupo			
		Utente	Técnico(a)	Total	
3.3- Masturba-se?	Sim	Count	18	3	21
		% within Grupo	41,9%	7,0%	24,4%
		Adjusted Residual	3,8	-3,8	
	Não	Count	25	0	25
		% within Grupo	58,1%	,0%	29,1%
		Adjusted Residual	5,9	-5,9	
	Não sei	Count	0	38	38
		% within Grupo	,0%	88,4%	44,2%
		Adjusted Residual	-8,3	8,3	
	Sem resposta	Count	0	2	2
		% within Grupo	,0%	4,7%	2,3%
		Adjusted Residual	-1,4	1,4	
Total	Count	43	43	86	
	% within Grupo	100,0%	100,0%	100,0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	75,714 <sup>a</sup>	3	,000	,000		
Likelihood Ratio	101,996	3	,000	,000		
Fisher's Exact Test	92,429			,000		
Linear-by-Linear Association	51,901 <sup>b</sup>	1	,000	,000	,000	,000
N of Valid Cases	86					

a. 2 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.00.

b. The standardized statistic is 7.204.

**Symmetric Measures**

		Value	Approx. Sig.	Exact Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,938	,000	,000
	Cramer's V	,938	,000	,000
	Contingency Coefficient	,684	,000	,000
	N of Valid Cases	86		

4.2- Quer namorar? \* Grupo Crosstabulation

		Grupo			
		Utente	Técnico(a)	Total	
4.2- Quer namorar?	Sim	Count	38	35	73
		% within Grupo	88,4%	81,4%	84,9%
		Adjusted Residual	,9	-,9	
	Não	Count	4	0	4
		% within Grupo	9,3%	,0%	4,7%
		Adjusted Residual	2,0	-2,0	
	Não sei	Count	1	7	8
		% within Grupo	2,3%	16,3%	9,3%
		Adjusted Residual	-2,2	2,2	
	Sem resposta	Count	0	1	1
		% within Grupo	,0%	2,3%	1,2%
		Adjusted Residual	-1,0	1,0	
Total	Count	43	43	86	
	% within Grupo	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	9,623 <sup>a</sup>	3	,022	,010		
Likelihood Ratio	12,117	3	,007	,010		
Fisher's Exact Test	9,165			,010		
Linear-by-Linear Association	3,078 <sup>b</sup>	1	,079	,110	,055	,029
N of Valid Cases	86					

a. 6 cells (75.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .50.

b. The standardized statistic is 1.755.

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.	Exact Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,335	,022	,010
	Cramer's V	,335	,022	,010
	Contingency Coefficient	,317	,022	,010
N of Valid Cases		86		

5.2 – Gostaria de casar? \* Grupo Crosstabulation

			Grupo		
			Utente	Técnico(a)	Total
5.2 – Gostaria de casar?	Sim	Count	31	23	54
		% within Grupo	72,1%	53,5%	62,8%
		Adjusted Residual	1,8	-1,8	
	Não	Count	12	4	16
		% within Grupo	27,9%	9,3%	18,6%
		Adjusted Residual	2,2	-2,2	
	Não sei	Count	0	14	14
		% within Grupo	,0%	32,6%	16,3%
		Adjusted Residual	-4,1	4,1	
	Sem resposta	Count	0	2	2
		% within Grupo	,0%	4,7%	2,3%
		Adjusted Residual	-1,4	1,4	
Total	Count	43	43	86	
	% within Grupo	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	21,185 <sup>a</sup>	3	,000	,000		
Likelihood Ratio	27,556	3	,000	,000		
Fisher's Exact Test	23,060			,000		
Linear-by-Linear Association	10,966 <sup>b</sup>	1	,001	,001	,001	,000
N of Valid Cases	86					

a. 2 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.00.

b. The standardized statistic is 3.311.

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.	Exact Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,496	,000	,000
	Cramer's V	,496	,000	,000
	Contingency Coefficient	,445	,000	,000
	N of Valid Cases	86		

6.2 – Não há diferenças entre formas de contacto entre os namorados e entre pessoas casadas \* Grupo Crosstabulation

			Grupo		
			Utente	Técnico(a)	Total
6.2 – Não há diferenças entre formas de contacto entre os namorados e entre pessoas casadas	Não há diferenças	Count	21	7	28
		% within Grupo	48,8%	16,3%	32,6%
		Adjusted Residual	3,2	-3,2	
	Outras respostas (há, não sabe...)	Count	22	36	58
		% within Grupo	51,2%	83,7%	67,4%
		Adjusted Residual	-3,2	3,2	
Total	Count	43	43	86	
	% within Grupo	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	10,379 <sup>a</sup>	1	,001	,002	,001	
Continuity Correction <sup>b</sup>	8,950	1	,003			
Likelihood Ratio	10,738	1	,001	,002	,001	
Fisher's Exact Test				,002	,001	
Linear-by-Linear Association	10,259 <sup>c</sup>	1	,001	,002	,001	,001
N of Valid Cases	86					

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14.00.

b. Computed only for a 2x2 table

c. The standardized statistic is 3.203.

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.	Exact Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,347	,001	,002
	Cramer's V	,347	,001	,002
	Contingency Coefficient	,328	,001	,002
	N of Valid Cases	86		

**7.1 – Gostaria de ter filhos? \* Grupo Crosstabulation**

			Grupo		
			Utente	Técnico(a)	Total
7.1 – Gostaria de ter filhos?	Sim	Count	30	14	44
		% within Grupo	69,8%	32,6%	51,2%
		Adjusted Residual	3,5	-3,5	
	Não	Count	12	7	19
		% within Grupo	27,9%	16,3%	22,1%
		Adjusted Residual	1,3	-1,3	
	Não sei	Count	1	20	21
		% within Grupo	2,3%	46,5%	24,4%
		Adjusted Residual	-4,8	4,8	
	Sem resposta	Count	0	2	2
		% within Grupo	,0%	4,7%	2,3%
		Adjusted Residual	-1,4	1,4	
Total	Count	43	43	86	
	% within Grupo	100,0%	100,0%	100,0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	26,324 <sup>a</sup>	3	,000	,000		
Likelihood Ratio	31,129	3	,000	,000		
Fisher's Exact Test	28,263			,000		
Linear-by-Linear Association	21,850 <sup>b</sup>	1	,000	,000	,000	,000
N of Valid Cases	86					

a. 2 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.00.

b. The standardized statistic is 4.674.

**Symmetric Measures**

		Value	Approx. Sig.	Exact Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,553	,000	,000
	Cramer's V	,553	,000	,000
	Contingency Coefficient	,484	,000	,000
	N of Valid Cases	86		

**8.1- Sabe o que se deve fazer para evitar ter filhos? \* Grupo Crosstabulation**

			Grupo		
			Utente	Técnico(a)	Total
8.1- Sabe o que se deve fazer para evitar ter filhos?	Sim	Count	37	24	61
		% within Grupo	86,0%	55,8%	70,9%
		Adjusted Residual	3,1	-3,1	
	Não	Count	2	7	9
		% within Grupo	4,7%	16,3%	10,5%
		Adjusted Residual	-1,8	1,8	
	Não sei	Count	4	10	14
		% within Grupo	9,3%	23,3%	16,3%
		Adjusted Residual	-1,8	1,8	
Sem resposta	Count	0	2	2	
	% within Grupo	,0%	4,7%	2,3%	
	Adjusted Residual	-1,4	1,4		
Total	Count	43	43	86	
	% within Grupo	100,0%	100,0%	100,0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	10,120 <sup>a</sup>	3	,018	,011		
Likelihood Ratio	11,163	3	,011	,013		
Fisher's Exact Test	9,537			,013		
Linear-by-Linear Association	8,502 <sup>b</sup>	1	,004	,004	,002	,001
N of Valid Cases	86					

a. 4 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.00.

b. The standardized statistic is 2.916.

**Symmetric Measures**

		Value	Approx. Sig.	Exact Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,343	,018	,011
	Cramer's V	,343	,018	,011
	Contingency Coefficient	,324	,018	,011
	N of Valid Cases	86		

**9.1- Ainda se sente criança? \* Grupo Crosstabulation**

			Grupo		
			Utente	Técnico(a)	Total
9.1- Ainda se sente criança?	Sim	Count	13	0	13
		% within Grupo	30,2%	,0%	15,1%
		Adjusted Residual	3,9	-3,9	
	Não	Count	30	39	69
		% within Grupo	69,8%	90,7%	80,2%
		Adjusted Residual	-2,4	2,4	
	Não sei	Count	0	3	3
		% within Grupo	,0%	7,0%	3,5%
		Adjusted Residual	-1,8	1,8	
	Sem resposta	Count	0	1	1
		% within Grupo	,0%	2,3%	1,2%
		Adjusted Residual	-1,0	1,0	
Total	Count	43	43	86	
	% within Grupo	100,0%	100,0%	100,0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	18,174 <sup>a</sup>	3	,000	,000		
Likelihood Ratio	24,744	3	,000	,000		
Fisher's Exact Test	19,710			,000		
Linear-by-Linear Association	16,630 <sup>b</sup>	1	,000	,000	,000	,000
N of Valid Cases	86					

a. 4 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .50.

b. The standardized statistic is 4.078.

**Symmetric Measures**

		Value	Approx. Sig.	Exact Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,460	,000	,000
	Cramer's V	,460	,000	,000
	Contingency Coefficient	,418	,000	,000
	N of Valid Cases	86		

ANEXO H – Questionário 1 – Tabelas de comparação entre as respostas dos utentes, técnicos e tutores em relação aos domínios

		Grupo					
		Utente		Técnico(a)		Tutor(a)	
		Freq	% Col	Freq	% Col	Freq	% Col
1.1- Como é que se considera, que imagem tem de si?	Gosta de si.	1	12,5%	0	,0%	1	16,7%
	Boa imagem. Bonito(a).	4	50,0%	5	71,4%	2	33,3%
	Simpático(a). Boa pessoa.	2	25,0%	0	,0%	0	,0%
	É uma pessoa normal.	2	25,0%	0	,0%	1	16,7%
	Imagem tendencialmente mais negativa.	2	25,0%	0	,0%	2	33,3%
	Imagem sobrevalorizada.	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	Imagem incerta. Não sei, penso que gosta de si.	0	,0%	2	28,6%	0	,0%
	Total	8	100,0%	7	100,0%	6	100,0%
1.1.1- Gosta do seu corpo?	Sim	7	87,5%	7	87,5%	7	87,5%
	Não	1	12,5%	0	,0%	1	12,5%
	Não sei	0	,0%	1	12,5%	0	,0%
	Sem resposta	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	Total	8	100,0%	8	100,0%	8	100,0%
1.1.2- Considera-se diferente das outras pessoas?	Sim	2	25,0%	2	25,0%	3	37,5%
	Não	6	75,0%	4	50,0%	5	62,5%
	Não sei	0	,0%	1	12,5%	0	,0%
	Sem resposta	0	,0%	1	12,5%	0	,0%
	Total	8	100,0%	8	100,0%	8	100,0%
1.2- Existe alguém que não goste de si/dele(a)?	Sim	2	25,0%	0	,0%	0	,0%
	Não	5	62,5%	6	75,0%	6	75,0%
	Não sei	1	12,5%	2	25,0%	2	25,0%
	Sem resposta	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	Total	8	100,0%	8	100,0%	8	100,0%

		Grupo					
		Utente		Técnico(a)		Tutor(a)	
		Freq	% Col	Freq	% Col	Freq	% Col
2.1- Sabe identificar as diferenças entre o corpo dos rapazes e o corpo das raparigas?	Sim	8	100,0%	8	100,0%	8	100,0%
	Não	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	Não sei	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	Sem resposta	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	Total	8	100,0%	8	100,0%	8	100,0%
2.2- Sabe onde se situam essas partes do corpo?	Sim	8	100,0%	8	100,0%	8	100,0%
	Não	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	Não sei	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	Sem resposta	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	Total	8	100,0%	8	100,0%	8	100,0%
2.3- Sabe o que é a menstruação?	Refere período.	5	62,5%	0	,0%	1	25,0%
	Refere ovulação, ciclo, fertilidade.	2	25,0%	0	,0%	1	25,0%
	Refere sangue, perda de sangue, cor vermelha.	3	37,5%	0	,0%	0	,0%
	Refere ser exclusivo da mulher.	4	50,0%	1	12,5%	2	50,0%
	Refere periodicidade mensal.	0	,0%	0	,0%	2	50,0%
	Refere não saber porque acontece, não saber explicar, apesar de conhecer alguns aspectos.	3	37,5%	0	,0%	0	,0%
	Não sabe. Não responde.	0	,0%	7	87,5%	1	25,0%
	Total	8	100,0%	8	100,0%	4	100,0%

		Grupo					
		Utente		Técnico(a)		Tutor(a)	
		Freq	% Col	Freq	% Col	Freq	% Col
3.1- Que formas de contacto usa na interacção com Colegas do sexo masculino	Sem contacto	4	50,0%	1	12,5%	0	,0%
	Aperto de mão	7	87,5%	6	75,0%	6	75,0%
	Abraço	5	62,5%	0	,0%	3	37,5%
	Beijos na cara	2	25,0%	1	12,5%	2	25,0%
	Beijos na boca	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	Festas na cara	2	25,0%	0	,0%	0	,0%
	Contactos noutras partes do corpo	1	12,5%	0	,0%	0	,0%
	Total	8	100,0%	8	100,0%	8	100,0%
3.1- Que formas de contacto usa na interacção com Colegas do sexo feminino	Sem contacto	5	62,5%	2	25,0%	1	12,5%
	Aperto de mão	1	12,5%	0	,0%	1	12,5%
	Abraço	5	62,5%	1	12,5%	3	37,5%
	Beijos na cara	7	87,5%	6	75,0%	6	75,0%
	Beijos na boca	2	25,0%	0	,0%	0	,0%
	Festas na cara	3	37,5%	1	12,5%	1	12,5%
	Contactos noutras partes do corpo	2	25,0%	0	,0%	0	,0%
	Total	8	100,0%	8	100,0%	8	100,0%
3.1- Que formas de contacto usa na interacção com Pais	Sem contacto	6	75,0%	0	,0%	1	12,5%
	Aperto de mão	2	25,0%	1	20,0%	1	12,5%
	Abraço	5	62,5%	0	,0%	3	37,5%
	Beijos na cara	8	100,0%	5	100,0%	7	87,5%
	Beijos na boca	0	,0%	0	,0%	1	12,5%
	Festas na cara	5	62,5%	0	,0%	2	25,0%
	Contactos noutras partes do corpo	1	12,5%	0	,0%	0	,0%
	Total	8	100,0%	5	100,0%	8	100,0%

		Grupo					
		Utente		Técnico(a)		Tutor(a)	
		Freq	% Col	Freq	% Col	Freq	% Col
3.1- Que formas de contacto usa na interacção com Técnicos	Sem contacto	5	62,5%	2	25,0%	0	,0%
	Aperto de mão	6	75,0%	2	25,0%	6	85,7%
	Abraço	4	50,0%	0	,0%	1	14,3%
	Beijos na cara	4	50,0%	4	50,0%	4	57,1%
	Beijos na boca	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	Festas na cara	1	12,5%	0	,0%	0	,0%
	Contactos noutras partes do corpo	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	Total	8	100,0%	8	100,0%	7	100,0%
3.1- Que formas de contacto usa na interacção com Conhecidos	Sem contacto	6	75,0%	0	,0%	0	,0%
	Aperto de mão	6	75,0%	3	60,0%	7	87,5%
	Abraço	2	25,0%	0	,0%	2	25,0%
	Beijos na cara	4	50,0%	4	80,0%	5	62,5%
	Beijos na boca	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	Festas na cara	2	25,0%	0	,0%	0	,0%
	Contactos noutras partes do corpo	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	Total	8	100,0%	5	100,0%	8	100,0%
3.1- Que formas de contacto usa na interacção com Desconhecidos	Sem contacto	8	100,0%	3	50,0%	5	62,5%
	Aperto de mão	0	,0%	2	33,3%	3	37,5%
	Abraço	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	Beijos na cara	0	,0%	1	16,7%	1	12,5%
	Beijos na boca	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	Festas na cara	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	Contactos noutras partes do corpo	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	Total	8	100,0%	6	100,0%	8	100,0%

		Grupo					
		Utente		Técnico(a)		Tutor(a)	
		Freq	% Col	Freq	% Col	Freq	% Col
3.2- Sabe quais as partes do corpo que devem ser protegidas, não deixando que ninguém as toque sem que tu/ele(a) deixes/deixe?	Sim	8	100,0%	8	100,0%	8	100,0%
	Não	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	Não sei	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	Sem resposta	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	Total	8	100,0%	8	100,0%	8	100,0%
3.3- Masturba-se?	Sim	3	37,5%	0	,0%	3	37,5%
	Não	5	62,5%	0	,0%	2	25,0%
	Não Sei	0	,0%	8	100,0%	3	37,5%
	Sem resposta	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	Total	8	100,0%	8	100,0%	8	100,0%
3.3.1- Masturba-se em público	Sim	2	25,0%	0	,0%	0	,0%
	Não	2	25,0%	5	62,5%	7	87,5%
	Não Sei	0	,0%	3	37,5%	1	12,5%
	Sem resposta	4	50,0%	0	,0%	0	,0%
	Total	8	100,0%	8	100%	8	100,0%
3.3.2- Alguém Viu?	Sim	1	12,5%	0	,0%	0	,0%
	Não	1	12,5%	1	12,5%	0	,0%
	Não sei	0	,0%	4	50,0%	0	,0%
	Sem resposta	6	75,0%	3	37,5%	8	100,0%
	Total	8	100,0%	8	100,0%	8	100,0%
3.3.2- Qual foi a sua reacção?	Reacção Normal/Positiva	1	12,5%	0	,0%	4	50,0%
	Reacção Negativa	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	Reacção Normal/Positiva e Negativa	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	Não Sabe/Não Responde	7	87,5%	8	100,0%	4	50,0%
	Total	8	100,0%	8	100,0%	8	100,0%

3.3.3- Alguém lhe explicou o porquê de reagirem assim?	Sim	0	,0%	0	,0%	1	12,5%
	Não	0	,0%	0	,0%	4	50,0%
	Não sei	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	Sem resposta	8	100,0%	8	100,0%	3	37,5%
	Total	8	100,0%	8	100,0%	8	100,0%

		Grupo					
		Utente		Técnico(a)		Tutor(a)	
		Freq	% Col	Freq	% Col	Freq	% Col
4.1- O que é para si o namoro?	Troca de carinhos, beijos.	1	12,5%	3	37,5%	3	50,0%
	Gostar de uma pessoa.	4	50,0%	0	,0%	0	,0%
	Uma pessoa gostar uma da outra.	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	Antecede o casamento.	3	37,5%	0	,0%	0	,0%
	Companhia, amizade, conversar, andar junto e fazer actividades em conjunto.	5	62,5%	2	25,0%	4	66,7%
	Conhecer a outra pessoa.	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	Sensações e sentimentos bons.	2	25,0%	2	25,0%	2	33,3%
	Sensações e sentimentos negativos.	1	12,5%	0	,0%	0	,0%
	Outras respostas.	0	,0%	1	12,5%	0	,0%
	Não sabe. Não responde.	0	,0%	2	25,0%	0	,0%
	Total	8	100,0%	8	100,0%	6	100,0%
4.2- Quer namorar?	Sim	5	62,5%	7	87,5%	4	50,0%
	Não	2	25,0%	0	,0%	0	,0%
	Não sei	1	12,5%	0	,0%	0	,0%
	Sem resposta	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	Total	8	100,0%	8	100,0%	8	100,0%
4.2.1- Já namora?	Sim	3	37,5%	0	,0%	0	,0%
	Não	5	62,5%	0	,0%	0	,0%
	Não sei	0	,0%	0	,0%	0	,0%

	Sem resposta	0	,0%	8	100,0%	8	100,0%
	Total	8	100,0%	8	100,0%	8	100,0%
4.3- Os seus pais deixam-no(a) namorar?	Sim	6	75,0%	0	,0%	7	87,5%
	Não	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	Não sei	2	25,0%	0	,0%	0	,0%
	Sem resposta	0	,0%	8	100,0%	1	12,5%
	Total	8	100,0%	8	100,0%	8	100,0%
4.3.1- E os técnicos?	Sim	5	62,5%	7	87,5%	0	,0%
	Não	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	Não sei	3	37,5%	0	,0%	0	,0%
	Sem resposta	0	,0%	1	12,5%	8	100,0%
	Total	8	100,0%	8	100,0%	8	100,0%

		Grupo					
		Utente		Técnico(a)		Tutor(a)	
		Freq	% Col	Freq	% Col	Freq	% Col
5.1- O que é para si o casamento?	União, viver junto com outra pessoa.	5	62,5%	3	37,5%	3	60,0%
	Ter filhos, família.	1	12,5%	1	12,5%	1	20,0%
	É para sempre, para toda a vida.	2	25,0%	0	,0%	1	20,0%
	Implica responsabilidades.	1	12,5%	0	,0%	1	20,0%
	Dia do casamento, cerimónia, festa.	1	12,5%	0	,0%	1	20,0%
	Desejo que quer concretizar.	1	12,5%	0	,0%	0	,0%
	Sensações, sentimentos positivos.	4	50,0%	0	,0%	0	,0%
	Sensações, sentimentos negativos.	1	12,5%	0	,0%	0	,0%
	Outras respostas.	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	Não sabe. Não responde.	0	,0%	5	62,5%	0	,0%
	Total	8	100,0%	8	100,0%	5	100,0%

5.2 – Gostaria de casar?	Sim	6	75,0%	3	37,5%	3	37,5%
	Não	2	25,0%	1	12,5%	1	12,5%
	Não sei	0	,0%	4	50,0%	4	50,0%
	Sem resposta	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	Total	8	100,0%	8	100,0%	8	100,0%

		Grupo					
		Utente		Técnico(a)		Tutor(a)	
		Freq	% Col	Freq	% Col	Freq	% Col
6.1- Sabe o que quer dizer “fazer amor”?	Sexo, relações sexuais.	2	25,0%	3	37,5%	1	12,5%
	Contacto íntimo com outra pessoa.	1	12,5%	1	12,5%	0	,0%
	É para ter filhos.	2	25,0%	0	,0%	0	,0%
	Dá prazer, felicidade.	1	12,5%	0	,0%	0	,0%
	É gostar, amar outra pessoa.	1	12,5%	1	12,5%	0	,0%
	Ir para a cama, dormir com outra pessoa.	1	12,5%	0	,0%	1	12,5%
	Namorar, acarinhar.	1	12,5%	0	,0%	1	12,5%
	Não sabe o que significa.	0	,0%	3	37,5%	2	25,0%
	Não responde.	0	,0%	1	12,5%	3	37,5%
	Total	8	100,0%	8	100,0%	8	100,0%
6.2-Para si, quais as formas de contacto entre os namorados? E entre as pessoas casadas?	Não há diferenças entre namorados e casados.	1	12,5%	0	,0%	1	12,5%
	Há diferenças: sexo, dormir juntos.	1	12,5%	2	25,0%	0	,0%
	Há diferenças: viver juntos.	1	12,5%	1	12,5%	0	,0%
	Há diferenças: anel, aliança.	1	12,5%	1	12,5%	0	,0%
	Há diferenças: namorados agarram-se mais do que casados (mais carinhosos em público).	2	25,0%	0	,0%	0	,0%
	diferenças: namorados não se agarram tanto como casados (escondem mais em público).	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	Há diferenças: casados têm bebés.	1	12,5%	0	,0%	0	,0%
	Há diferenças: outras respostas.	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	Não sabe as diferenças entre namorados e casados.	2	25,0%	2	25,0%	2	25,0%
	Outras respostas.	0	,0%	0	,0%	2	25,0%
	Não responde.	0	,0%	2	25,0%	3	37,5%
	Total	8	100,0%	8	100,0%	8	100,0%

		Grupo					
		Utente		Técnico(a)		Tutor(a)	
		Freq	% Col	Freq	% Col	Freq	% Col
7.1 – Gostaria de ter filhos?	Sim	6	75,0%	2	25,0%	1	12,5%
	Não	2	25,0%	1	12,5%	2	25,0%
	Não sei	0	,0%	4	50,0%	3	37,5%
	Sem resposta	0	,0%	1	12,5%	2	25,0%
	Total	8	100,0%	8	100,0%	8	100,0%
7.2 – Sabe como aparecem/se concebem os bebés?	Sim	6	75,0%	7	87,5%	6	75,0%
	Não	1	12,5%	1	12,5%	0	,0%
	Não sei	1	12,5%	0	,0%	2	25,0%
	Sem resposta	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	Total	8	100,0%	8	100,0%	8	100,0%
8.1- Sabe o que se deve fazer para evitar ter filhos?	Sim	6	75,0%	4	50,0%	5	62,5%
	Não	0	,0%	1	12,5%	2	25,0%
	Não sei	2	25,0%	3	37,5%	1	12,5%
	Sem resposta	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	Total	8	100,0%	8	100,0%	8	100,0%

		Grupo					
		Utente		Técnico(a)		Tutor(a)	
		Freq	% Col	Freq	% Col	Freq	% Col
9.1- Ainda se sente criança?	Sim	5	62,5%	0	,0%	1	12,5%
	Não	3	37,5%	7	87,5%	5	62,5%
	Não sei	0	,0%	1	12,5%	1	12,5%
	Sem resposta	0	,0%	0	,0%	1	12,5%
	Total	8	100,0%	8	100,0%	8	100,0%
9.2- Tratam-no como se fosse uma criança?	Sim	3	37,5%	0	,0%	0	,0%
	Não	5	62,5%	7	87,5%	7	87,5%
	Não sei	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	Sem resposta	0	,0%	1	12,5%	1	12,5%
	Total	8	100,0%	8	100,0%	8	100,0%
9.3- Acha que a população em estudo têm pulsões e necessidades sexuais como as outras pessoas?	Sim	0	,0%	8	100,0%	8	100,0%
	Não	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	Não sei	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	Sem resposta	8	100,0%	0	,0%	0	,0%
	Total	8	100,0%	8	100,0%	8	100,0%

		Grupo					
		Utente		Técnico(a)		Tutor(a)	
		Freq	% Col	Freq	% Col	Freq	% Col
10.1- Gosta de falar acerca das suas vivências, necessidades e interesses afectivo-sexuais?	Sim	6	75,0%	0	,0%	0	,0%
	Não	2	25,0%	0	,0%	0	,0%
	Não sei	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	Sem resposta	0	,0%	8	100,0%	8	100,0%
	Total	8	100,0%	8	100,0%	8	100,0%
10.1- É difícil falar da sexualidade desta população?	Sim	0	,0%	2	25,0%	5	62,5%
	Não	0	,0%	5	62,5%	3	37,5%
	Não sei	0	,0%	1	12,5%	0	,0%
	Sem resposta	8	100,0%	0	,0%	0	,0%
	Total	8	100,0%	8	100,0%	8	100,0%
10.2- Acha que as vivências e necessidades afectivo/sexuais desempenham no desenvolvimento desta população, um papel...	Muito importante	0	,0%	2	25,0%	1	12,5%
	Importante	0	,0%	6	75,0%	5	62,5%
	Pouco importante	0	,0%	0	,0%	1	12,5%
	Sem importância	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	Sem resposta	8	100,0%	0	,0%	1	12,5%
	Total	8	100,0%	8	100,0%	8	100,0%
10.3- Sente necessidade de obter mais informações em relação a esta temática?	Sim	0	,0%	4	50,0%	3	37,5%
	Não	0	,0%	4	50,0%	1	12,5%
	Não sei	0	,0%	0	,0%	3	37,5%
	Sem resposta	8	100,0%	0	,0%	1	12,5%
	Total	8	100,0%	8	100,0%	8	100,0%
10.4- O que acha da implementação de um programa de educação sexual que vá de encontro às vivências necessidades e interesses afectivo-sexuais desta população?	Muito importante	0	,0%	2	25,0%	5	62,5%
	Importante	0	,0%	6	75,0%	3	37,5%
	Pouco importante	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	Sem importância	0	,0%	0	,0%	0	,0%
	Sem resposta	8	100,0%	0	,0%	0	,0%
	Total	8	100,0%	8	100,0%	8	100,0%

ANEXO I – Questionário ASQ-ID: Tabela de comparação das respostas de técnicos e dos tutores em relação aos domínios

		Grupo	
		Técnico(a)	Tutor(a)
Parentalidade	Média	11,00	11,25
	Mediana	12,00	12,50
	Desvio Padrão	3,80	4,06
	N	10	8
Educação sexual	Média	13,40	12,57
	Mediana	13,00	13,00
	Desvio Padrão	2,22	2,23
	N	10	7
Esterilização	Média	14,10	13,43
	Mediana	14,00	14,00
	Desvio Padrão	1,97	1,81
	N	10	7
Masturbação	Média	20,78	18,43
	Mediana	20,00	20,00
	Desvio Padrão	1,86	2,64
	N	9	7
Casamento	Média	12,50	11,57
	Mediana	12,00	12,00
	Desvio Padrão	2,46	1,40
	N	10	7
Relacionamentos pessoais	Média	14,80	14,75
	Mediana	14,50	15,00
	Desvio Padrão	2,70	2,31
	N	10	8
Interacção sexual	Média	14,22	13,00
	Mediana	14,00	13,00
	Desvio Padrão	1,56	2,08
	N	9	7

Sentimentos sexuais	Média	13,89	13,12
	Mediana	14,00	13,50
	Desvio Padrão	1,69	1,13
	N	9	8
ASQ-ID	Média	113,70	106,88
	Mediana	115,00	111,50
	Desvio Padrão	14,12	13,44
	N	10	8

---



---

ANEXO J – Questionário ASQ-ID e suas dimensões: Testes de Mann-Whitney de comparação dos grupos técnicos e tutores com tabelas complementares

Resultados dos testes não paramétricos de comparação dos domínios do questionário ASQ-ID

Test Statistics <sup>b</sup>					
	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]
Parentalidade	39,000	94,000	-,090	,929	,965 <sup>a</sup>
Educação sexual	32,000	60,000	-,304	,761	,813 <sup>a</sup>
Esterilização	27,500	55,500	-,766	,444	,475 <sup>a</sup>
Masturbação	18,000	46,000	-1,460	,144	,174 <sup>a</sup>
Casamento	27,000	55,000	-,801	,423	,475 <sup>a</sup>
Relacionamentos pessoais	40,000	76,000	,000	1,000	1,000 <sup>a</sup>
Interação sexual	22,000	50,000	-1,025	,306	,351 <sup>a</sup>
Sentimentos sexuais	25,000	61,000	-1,102	,271	,321 <sup>a</sup>

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Grupo

Comparação das médias das ordens dos domínios do questionário ASQ-ID

Ranks				
	Grupo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Parentalidade	Técnico(a)	10	9,40	94,00
	Tutor(a)	8	9,62	77,00
	Total	18		
Educação sexual	Técnico(a)	10	9,30	93,00
	Tutor(a)	7	8,57	60,00
	Total	17		
Esterilização	Técnico(a)	10	9,75	97,50
	Tutor(a)	7	7,93	55,50
	Total	17		
Masturbação	Técnico(a)	9	10,00	90,00
	Tutor(a)	7	6,57	46,00
	Total	16		
Casamento	Técnico(a)	10	9,80	98,00
	Tutor(a)	7	7,86	55,00
	Total	17		
Relacionamentos pessoais	Técnico(a)	10	9,50	95,00
	Tutor(a)	8	9,50	76,00
	Total	18		
Interacção sexual	Técnico(a)	9	9,56	86,00
	Tutor(a)	7	7,14	50,00
	Total	16		
Sentimentos sexuais	Técnico(a)	9	10,22	92,00
	Tutor(a)	8	7,62	61,00
	Total	17		

Comparação das médias das ordens do questionário ASQ-ID entre técnicos e tutores

Ranks				
	Grupo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
ASQ-ID	Técnico(a)	10	10,60	106,00
	Tutor(a)	8	8,12	65,00
	Total	18		

Test Statistics <sup>b</sup>	
	ASQ-ID
Mann-Whitney U	29,000
Wilcoxon W	65,000
Z	-,978
Asymp. Sig. (2-tailed)	,328
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,360 <sup>a</sup>

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Grupo