

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Educação Sexual na Deficiência Mental

Inês Isabel dos Reis Vargem

Dissertação para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia da Educação

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professora Doutora Maria Helena Martins

2013

Educação Sexual na Deficiência Mental

Declaração de autoria de trabalho

Declaro ser a autora deste trabalho, que é o original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

Copyright

Autorizo os direitos de copyright da presente dissertação de mestrado, denominada “Educação Sexual na Deficiência Mental”.

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

Agradecimentos

Podem considerar que a simplicidade em algumas coisas não combina, mas para mim a simplicidade significa muito... Assim, vou descomplicar e simplificar o que por norma seria difícil de resumir.

Apenas quero deixar o meu enorme agradecimento com muito amor e gratidão a todas as pessoas que estiveram envolvidas de alguma forma em todo o meu percurso académico e em especial às pessoas mais presentes ao longo do desenvolvimento deste trabalho, nomeadamente família, obrigada por acreditarem em mim; namorado, o meu muito obrigada pela paciência, apoio, compreensão, dedicação, ajuda e amor; amigos (eles sabem quem são...), obrigada pela força incondicional e um obrigada em especial à Professora Doutora Maria Helena Martins pela orientação, enorme compreensão e total disponibilidade.

Resumo

Este estudo teve como principal objetivo analisar os conhecimentos dos indivíduos com Deficiência Mental (DM) no âmbito da sexualidade. Pretendeu-se ainda comparar esses conhecimentos com os conhecimentos que detêm os indivíduos normativos. A amostra total do estudo foi constituída por 63 participantes (N=63), 30 indivíduos com DM e 33 indivíduos normativos estudantes do curso de Psicologia. O instrumento utilizado para a recolha dos dados relativos ao conhecimento que os participantes detêm no âmbito da sexualidade foi o Questionário de Conhecimentos sobre a Sexualidade (QCS), uma adaptação do questionário desenvolvido por Sanchez e Nabal (2008) para um projeto em curso e não publicado ainda. Os resultados obtidos com este estudo permitiram demonstrar que os indivíduos com DM possuem efetivamente menor nível de conhecimentos que os indivíduos normativos relativamente à temática da educação sexual, demonstrando possuir um nível de conhecimentos reais classificado como insuficiente. Os resultados permitiram perceber ainda que neste estudo o género sexual dos participantes nos dois grupos não está associado a um nível mais ou menos elevado de conhecimentos, assim como a idade e religião dos participantes, as habilitações académicas dos pais, o facto de ter ou não parceiro atualmente e o facto de ter frequentado algum tipo de formação em educação sexual. O estudo permitiu ainda verificar que não existe maior incidência de casos de abuso sexual nos indivíduos com DM assim como não demonstram maior frequência de comportamentos masturbatórios ou menor frequência no estabelecimento de relações sexuais com penetração. Verificou-se ainda que os indivíduos com DM utilizam com regularidade os métodos contraceptivos, tal como a população normativa e que à semelhança desta os métodos mais utilizados são o preservativo e a pílula contraceptiva. As implicações e descobertas deste estudo são discutidas no artigo bem como as respetivas sugestões para investigações futuras.

Palavras-chave: Deficiência mental, Sexualidade, Educação sexual.

Abstract

This study aimed to analyze the knowledge of individuals with Mental Disability (MD) in the context of sexuality. It was also intended to compare this acquiresments with the ones that individuals hold normative. The complete study sample consisted of 63 participants (N = 63), 30 subjects with MD and 33 normative subjects students of Psychology. The instrument used for collecting data on the knowledge that the participants hold in the context of sexuality was the Knowledge Questionnaire on Sexuality (QCS), an adaptation of the questionnaire developed by Sanchez and Nabal (2008) for an ongoing project and yet to be published. The results of this study have demonstrated that individuals with MD have effectively lower level of knowledge that individuals on the normative issue of sex education, revealing a level of knowledge actually classified as insufficient. The results also confirm that in this study the sexual gender of the participants in the two groups is not associated with a higher or lower level of knowledge, as well as the participants' age and religion, the educational attainment of parents, the fact of whether having currently or not a partner and the fact of having attended some form of training in sex education. The study allowed us to verify that there is a higher incidence of sexual abuse in individuals with MD and show no increased frequency of masturbatory behavior or lesser frequency in the establishment of penetrative sex. It was also found that individuals with MD regularly use contraceptives methods, such as the normative population and similar to that commonly used methods are the condom and the contraceptive pill. The implications of this study and findings are discussed in the article as well as the respective suggestions for future research.

Keywords: Mental Disability, Sexuality, Sexual Education.

Índice Geral

Introdução.....	8
Enquadramento Conceptual.....	10
Sexualidade e Educação Sexual.....	10
Deficiência Mental.....	18
Sexualidade na Deficiência Mental	23
Educação Sexual na Deficiência Mental.....	32
Estudo Empírico	41
Tipo de estudo e Objetivos	41
Metodologia	42
Técnica de Amostragem.....	42
Amostra	43
Instrumentos	44
Procedimentos	46
Apresentação, Análise e Discussão de Resultados	47
Conclusões e perspectivas futuras	68
Referências Bibliográficas.....	73
Anexos.....	78

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Caraterização da amostra	38
Tabela 2 – Médias das pontuações obtidas no QCS pelos dois grupos de participantes	42
Tabela 3 – Formação dos participantes em Educação Sexual	46
Tabela 4 – Relacionamento atual e anterior	52
Tabela 5 – Categorias de respostas encontradas para a questão “O que é a Sida?”	61
Tabela 6 – Categorias de respostas encontradas para a questão “Como é transmitida a Sida de uma pessoa para a outra?”	62

Índice de Quadros

Quadro 1 –Valores atribuídos a cada tempo de relacionamento dos participantes55

Introdução

Muito se tem falado ao longo dos anos de sexualidade e educação sexual e muito se fala hoje em dia, contudo este continua a ser um assunto que ao ser abordado é problemático e continua a levantar problemas. Este é, segundo diversos autores, um tema que vive um pouco à margem, na sombra do dia-a-dia, o que acaba por dificultar o seu reconhecimento e assim criar poucas oportunidades para que as pessoas possam vivenciar livremente a sua sexualidade (Hoffmann & Chagas, 1996).

Existe, de um modo geral, um reconhecimento de que os indivíduos com Deficiência Mental (DM) não processam de forma adequada e não possuem um adequado nível de conhecimentos acerca da sexualidade. Este baixo nível de conhecimentos no âmbito da sexualidade pode acarretar diversificadas consequências para os indivíduos com DM, tais como, doenças sexualmente transmissíveis, abuso sexual, gravidez indesejada, entre outras referidas na literatura (Talbot & Langdon, 2006).

De modo a colmatar os baixos níveis de conhecimento dos indivíduos com DM, são vários os autores que têm desenvolvido investigações com o intuito de criar um método, estratégias ou um programa de intervenção que possam contribuir fortemente para uma aprendizagem eficaz no âmbito da educação sexual junto desta população, aumentando os seus níveis de conhecimento (Talbot & Langdon, 2006).

Contudo, apesar da consciente necessidade de educação sexual para a população com DM e embora já se tenham conseguido desmistificar algumas questões tabu relativas a estes indivíduos, como o trabalho, o habitarem sozinhos e outros aspetos da vida em comunidade, a educação sexual para estes indivíduos é ainda uma problemática extremamente sensível alvo de grandes preconceitos pela maioria da sociedade (Servais, 2006).

Na literatura estrangeira já é possível encontrar alguns estudos relacionados com o tema onde são exploradas diversas temáticas relacionadas com a sexualidade. Contudo, em Portugal os estudos acerca deste tema são ainda relativamente escassos, embora já haja a noção da necessidade de trabalhá-lo e de encontrar meios e formas eficazes de o fazer. Esta pouca abertura é sobretudo devida ao grande estigma social que ainda envolve esta questão, considerando-se é imprescindível o desenvolvimento de um trabalho de sensibilização junto da população em geral incidindo sobretudo nos pais,

profissionais e cuidadores da pessoa com DM, sensibilizando-os para a necessidade de educação sexual destas pessoas, para as consequências de uma não educação sexual entre outros aspetos relevantes no âmbito da temática.

O trabalho desenvolvido aqui apresentado procura de alguma forma dar resposta a esta necessidade de sensibilização. Ao longo do trabalho são abordados no enquadramento conceptual vários pontos pertinentes, tais como a sexualidade e a educação sexual onde se pode ler uma breve definição dos conceitos assim como um breve perspectiva histórica; é abordado o tema da deficiência mental onde se insere uma definição da problemática bem como a caracterização dos vários tipos de DM e onde são focados e explicados alguns dos problemas que podem advir do fato do indivíduo ser portador desta deficiência, como por exemplo a inadaptabilidade social, entre outros. No enquadramento conceptual insere-se ainda a abordagem à problemática da sexualidade na deficiência mental, neste ponto são abordadas todas as questões relativas ao modo como é perspectivada a sexualidade do indivíduo com DM, os mitos relativos ao comportamento sexual destes indivíduos, entre outros. Por fim é feita abordagem à educação sexual no âmbito da deficiência mental. Neste ponto do enquadramento conceptual são feitas referências à importância e contributos da educação sexual para a população com DM assim como aos paradigmas e perspectivas existentes relativamente à temática.

Segue-se estudo empírico que teve como principal objetivo demonstrar que os indivíduos com DM possuem efetivamente fracos conhecimentos no âmbito da sexualidade. Para tal foram analisados os conhecimentos que estes indivíduos possuem acerca da sexualidade, nomeadamente os conhecimentos sobre a Sida, gravidez e adoção de comportamentos de risco, os quais foram posteriormente comparados com os conhecimentos que possuem indivíduos normativos dentro da mesma faixa etária. De seguida são apresentados e analisados os resultados do estudo e são apresentadas as considerações finais onde é feita referência aos pontos fortes e limitações do estudo, estas considerações são acompanhadas pelas perspectivas futuras onde se apresentam algumas sugestões para investigações futuras no âmbito da temática.

Enquadramento Conceptual

Sexualidade e Educação Sexual

O desenvolvimento da sexualidade é uma etapa fundamental do desenvolvimento de todo o ser humano (Bastos & Deslandes, 2005), sendo considerada uma necessidade fundamental do homem é parte integral da personalidade do ser humano (Held, 1992).

A maioria das pessoas está habituada a imaginar a sexualidade como um sinónimo de genitalidade, isto é, como uma realidade que envolve apenas os órgãos genitais ou como uma simples expressão física (Pascoal, 2009). Contudo, sexualidade é um “dinamismo complexo, profundo e amplo que abarca também toda a pessoa: a soma de comportamentos e sentimentos do indivíduo não como ser sexuado mas sim como homem ou mulher” (Pascoal, 2009, p.87). Assim, a sexualidade não pode ser entendida como algo unicamente biológico devendo ser conceptualizada como parte integrante da nossa identidade básica, estando portanto relacionada com o processo evolutivo e com a própria experiência pessoal, num determinado contexto sócio-cultural (Hoffmann & Chagas, 1996).

É ainda importante referir que a adolescência é a etapa de desenvolvimento em que ocorrem inúmeras mudanças e se colocam inúmeras questões relativas à sexualidade, à dependência-autonomia, à aceitação pelos pares, ao sentido de competência, à definição de valores e à construção da identidade (Loureiro, 2001).

Ao reconhecer a sexualidade como parte integral do processo de desenvolvimento é então possível afirmar-se que esta está sempre presente ao longo de toda a nossa vida (Hoffmann & Chagas, 1996). Katz e Lazcano-Ponce (2008) acrescentam ainda que a sexualidade de uma pessoa inicia-se logo no momento em que os pais ficam a saber o sexo da criança:

Segundo a *Sexuality Information and Education Council of the United States* (SIECUS, 2005) a sexualidade é uma parte de como nós somos pessoas. Isto é, como nós nos sentimos acerca do nosso corpo, como nos sentimos masculinos ou femininos, a maneira como nos vestimos, nos movemos, comunicamos, agimos, a forma como nos sentimos em relação aos outros e como nos sentimos atraídos e apaixonados, entre outros. Cada indivíduo tem a sua própria forma de experienciar e sentir a sua

sexualidade assim como a sua própria forma de expressá-la em relação aos outros. A sexualidade de cada um é e será sempre uma parte de si próprio para o resto da vida (SIECUS, 2005).

De acordo com Moraes (2006, citado por Almeida, 2008/2009, p. 20) “A sexualidade, quando inserida nas circunstâncias de vida de uma pessoa, participa do seu processo de desenvolvimento e, é um instrumento que possibilita experiências indispensáveis ao crescimento pessoal, à autonomia e ao desenvolvimento da individualidade. Percebemos que há um vínculo estabelecido entre a sexualidade e a cidadania, acreditando que, pela vivência saudável da sexualidade, cada um aprende a relacionar-se melhor consigo mesmo e com o outro, percorrendo um caminho mais seguro na construção da sua identidade e, em consequência da sua cidadania.”.

A Organização Mundial de Saúde define sexualidade como um aspeto central da qualidade humana durante toda a vida, implicando sexo, identidade e papéis do género, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução (s/d, citado por Cunha, Pires & Vilar, 2012). A sexualidade é experimentada e expressa através de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relações. Enquanto a sexualidade pode incluir todas estas dimensões, nem todas elas são sempre experimentadas e expressas. A sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais (Cunha, Pires, & Vilar, 2012).

Assim, a sexualidade é um aspeto considerado essencial para o equilíbrio psicossomático e o desenvolvimento integral do ser humano. Esta não se esgota no ato sexual propriamente dito, também é prazer, descoberta, palavra, gesto, amizade e afeto, satisfação e sofrimento, ou seja, é uma expressão da nossa existência, expressa-se não só no que sabemos, mas sobretudo nos nossos sentimentos, atitudes e comportamentos (Almeida, 2008/2009).

Neste sentido, quando se fala em sexualidade, esta tem que ser entendida numa abordagem mais ampla, como um atributo da pessoa, constituindo um elemento relacional importante, fundamentada nos aspetos biopsicossociais de cada pessoa, isto é, fundamentada no potencial biológico, no processo de socialização e na capacidade psicoemocional (Almeida, 2008/2009).

Segundo Maia (2001), quando se fala em sexualidade humana, fala-se necessariamente em educação sexual, pois a sexualidade deriva de um processo de educação sexual, embora culmine na personalidade individual; é constituído socialmente ao longo da vida. A autora acrescenta que é através deste processo de educação sexual que escolhemos e vivemos a nossa sexualidade ao mesmo tempo que incorporamos as ideologias da nossa cultura. Esta por sua vez dita as regras de normalidade relativamente às questões da sexualidade. Assim, criamos concepções, crenças pessoais e sentimentos, resultantes da educação sexual da nossa cultura, que influenciam as atitudes e ações no que diz respeito à manifestação da nossa sexualidade (Maia, 2001). Neste sentido, a sexualidade envolve a expressão de uma personalidade histórica e social (Maia, 2001). Pascoal (2009) refere que a educação sexual é de extrema importância, pois contrariamente ao que se pensa, a sexualidade requer uma aprendizagem constante, e esta não deveria de modo algum ser colocada “nas mãos” do instinto.

Existem diversas definições de educação sexual. Em 1995, Marques definiu a educação sexual como “um processo através do qual se transmitem conhecimentos de índole científica relativos ao corpo e ao seu desenvolvimento, se promovem atitudes positivas e comportamentos responsáveis para consigo e com os outros no que respeita à sexualidade” (Pinho, Menezes & Cardoso, 2011, p. 4). Já o Grupo de Trabalho de Educação Especial (2005) define educação sexual como “o processo pelo qual se obtém informação e se formam atitudes e crenças acerca da sexualidade e do comportamento sexual” e esta tem como principal objetivo o “desenvolvimento de competências nos jovens, de modo a possibilitar-lhes escolhas informadas nos seus comportamentos na área da sexualidade, permitindo que se sintam informados e seguros nas suas opções” (citado por, Pinho, Menezes & Cardoso, 2011, p. 5)

Na educação sexual estão envolvidas diferentes dimensões, biológica, psicológica, social e ética, o que faz com que esta seja abrangente mas também controversa. A educação sexual acaba por ser um processo social, incluído na educação geral, isto é, acompanha as evoluções histórica de cada sociedade, e por isso suscetível a constantes transformações (Maia, 2001). De acordo com Maia (2001) a educação sexual deve fornecer ao indivíduo ferramentas que lhe permitam um crescimento interno que

lhe possibilite tornar-se um cidadão melhor, escolher e viver a sua sexualidade da melhor forma possível e isto implica respeitar o sentido de coletividade.

Ao longo dos anos a educação sexual foi sustentada em diferentes modelos, os quais foram evoluindo consoante as épocas e questões que necessitavam ser respondidas. O início da educação sexual surgiu como uma reação ao conservadorismo moral e ao silêncio a que as questões sexuais estavam submetidas. Até então predominava o modelo de autoridade moral tradicional (Pascoal, 2009). Segundo este modelo, a educação sexual estava ao encargo das estruturas religiosas, portanto, a Igreja. Por este motivo a educação sexual baseava-se na premissa de uma ordem de coisas e ou acontecimentos “naturais” que não eram passíveis de alteração e onde se considerava a sexualidade como uma força perigosa, instintiva, sendo por isso primeiramente interpretada como sendo única e exclusivamente um meio de reprodução dentro do matrimónio (Pascoal, 2009).

Quando surgiram os primeiros passos do que seria a educação sexual atual, a ideia era que os profissionais, nomeadamente médicos, agissem no sentido de abordar questões no âmbito da sexualidade de forma a fazer face ao silêncio das famílias e da sociedade (Almeida, 2008/2009). Deste modo, surge o denominado Modelo Biomédico onde a educação passa a estar mais direcionada para o bem-estar físico e por isso começam a ser abordados vários aspetos relativos à sexualidade, inclusive a higiene sexual (Pascoal, 2009).

Com o aparecimento da SIDA aumentaram as preocupações no âmbito da educação sexual, colocando o seu foco na necessidade de controlo social relativamente aos comportamentos sexuais de risco, assim surge o Modelo Preventivo. Segundo este modelo a educação sexual assentava numa perspetiva de saúde, como uma forma de prevenção das doenças, onde eram abordadas questões como a anatomia e fisiologia da reprodução e das doenças sexualmente transmissíveis e os métodos contraceptivos. Apesar de tudo este modelo acabou por se demonstrar insuficiente pois não abordava a transmissão de componentes emocionais e relacionais da sexualidade (Almeida, 2008/2009).

Deste modo percebeu-se que era necessário a criação de um outro modelo de educação sexual integral, isto é, que incluísse várias vertentes: uma vertente biológica, onde fossem fornecidas informações sobre anatomia e fisiologia da sexualidade e da

reprodução, resposta sexual humana; uma vertente psicológica que abordasse processos como a identidade de género, a orientação sexual, a autoimagem, a construção da identidade sexual e todo o processo relacional, sobretudo no que diz respeito às relações afetivo-sexuais; e por último uma vertente social, que abordasse discussões sobre valores e atitudes e os modelos morais (Ramos, 2005, citado por Almeida, 2008/2009). Este modelo teve a denominação de Modelo de Desenvolvimento Pessoal, sendo capaz de responder a uma educação sexual adequada a qualquer tipo de população alvo, seja ela deficiente ou não. Este visa ainda a “compreensão, a aceitação e a vivência positiva da sexualidade” (Marques, 1995, citado por Almeida, 2008/2009, p. 22).

Não podemos falar de Educação Sexual sem equacionarmos os papéis que cabem aos diversos intervenientes deste processo, assim, a educação sexual pode ser dividida em educação sexual informal, formal e não-formal (Silva, 2012). A educação sexual formal pode ser definida como sendo aquela que é realizada de forma intencional e sistemática por profissionais da educação, ainda que possa envolver os pais (Pascoal, 2009; Almeida, 2008/2009; Silva, 2012).

A educação sexual informal, é segundo Pascoal (2009) aquela que ocorre por processos mais básicos de aprendizagem da sexualidade. Esta assenta em vivências proporcionadas ao indivíduo, em figuras significativas, entre outras, ou seja, decorre das vivências espontâneas, não conscientes. Sobre esta forma de educação sexual o autor resume-a como sendo uma aprendizagem que ocorre por via de informações, instruções e reforços de comportamento e pela observação de modelos significativos (emocionalmente) (Pascoal, 2009).

No que se refere à educação sexual não-formal existem diferentes opiniões entre os autores. Almeida (2008/2009) considera a educação sexual não formal como sendo uma educação que não tem uma intenção planificada e sistemática, ou seja, ocorre acidentalmente, de forma espontânea, em diferentes contextos, isto é, não são notáveis propósitos educativos claros, não há uma ação educativa intencional. No fundo esta definição de educação sexual não-formal assemelha-se muito com a definição do autor anterior para a educação informal, ou seja, é uma educação ocasional, não intencional que reflete uma aprendizagem contínua que é feita ao longo da vida, tendo lugar em situações da vida quotidiana que possibilitam aprendizagens no âmbito da sexualidade. Concordante com isto é também o facto de a autora ainda acrescentar que neste tipo de

aprendizagem aprende-se com o que se diz, com o modo como as pessoas reagem a situações relacionadas com as relações sexuais e afetivas, através da observação dos comportamentos dos outros, através da informação dos média, pelos valores transmitidos pelos pais, familiares, amigos, professores e outros profissionais (Almeida, 2008/2009). Contudo, Pascoal (2009) define educação sexual não-formal, como os processos intencionais de educação sexual que são desenvolvidos nas escolas em regime extracurricular e ou paralelamente ao sistema educativo formal, através de instituições de intervenção social, voluntariado, entre outras.

Assinala-se que os contextos familiares se revelam extremamente importantes no âmbito da aprendizagem, pois são nestes que se dão as primeiras aprendizagens, tanto noutras áreas como no âmbito da educação sexual, sendo que nestes contextos os pais assumem o papel de modelos reais de observação, constituindo por isso uma importante referência para a criança. As aprendizagens no âmbito da educação sexual que aqui se realizam são sobretudo importantes para a construção da identidade sexual, formação de atitudes e na formação dos traços de personalidade, os quais desempenham um importante papel a nível relacional (Almeida, 2008/2009). Apesar disto muitos pais continuam a ter grandes dificuldades na abordagem de questões no âmbito da educação sexual junto das suas crianças, adolescentes e jovens (Almeida, 2008/2009).

Esta dificuldade sentida pelos pais deve-se a um variado número de fatores mas também à atitude quês estes possam ter relativamente à sexualidade. Apesar das evoluções que têm vindo a surgir e a acontecer no âmbito da educação sexual, segundo López e Fuertes (1999, citados por Albuquerque & Ramos, 2007) existem ainda dois pólos de posicionamento do indivíduo face à temática da sexualidade. O primeiro denomina-se “pólo conservador” e é caracterizado por uma visão da sexualidade em que predomina o modelo de autoridade moral tradicional já referido atrás, ou seja, enfatizando a função reprodutiva da sexualidade e os indivíduos que se situam neste pólo são, de acordo com os mesmos autores, aqueles que mantêm opiniões contraditórias relativamente a temas socialmente polémicos como o aborto, a homossexualidade e bissexualidade, direito à sexualidade dos indivíduos em deficiência, entre outros. O segundo pólo é o “pólo liberal” e os indivíduos que se posicionam neste são normalmente pessoas com cuja visão da sexualidade não se

restringe à função reprodutiva, englobando por isso outros aspetos como o prazer, a afetividade, a comunicação, etc.

No sentido de alertar quer os pais, quer profissionais e a sociedade para a importância da educação sexual, existem diversos autores que argumentam fortemente neste sentido e se dedicam à realização de vários estudos e pesquisas de forma a encontrarem e comprovarem diversas razões pelas quais é importante que se proporcione aos indivíduos uma educação sexual. Neste sentido, Pascoal (2009) refere inúmeras razões que justificam e tornam a educação sexual necessária, de entre as quais se destacam:

1. A sexualidade é hoje em dia considerada como um valor da pessoa;
2. A sexualidade humana é mais conhecida pelos seus aspetos biológicos, psicológicos, socioculturais, higiénicos, éticos;
3. A abdicação massiva por parte dos pais do dever de dar uma educação sexual aos seus filhos;
4. A progressiva tomada de consciência de que a ignorância das realidades sexuais não é nenhuma virtude;
5. Pelo aumento de doenças sexualmente transmissíveis;
6. As crescentes dificuldades que a família encontra nesta tarefa educativa;
7. O aumento da violência sexual em todos os nossos ambientes;
8. O interesse que o tema sexual suscita ao longo de todas as idades não diminui com o silêncio, a ignorância, a repressão, o medo, a culpabilidade, a agressividade descontrolada, nem com iniciativas assistemáticas de educação sexual particulares e locais;
9. São cada vez mais os pedidos dos pais, educadores e jovens que desejam ter uma educação sexual com critérios sérios, responsáveis e livres de modo a possuírem resposta para as várias questões que lhes surgem e ou que têm no âmbito da sexualidade.

Um dos aspetos que parece influenciar fortemente a educação sexual e que tem vindo a ser referido e estudado por diversos autores ao longo dos tempos é a religião. Como refere Silva (s/d) a religião tem para os seres humanos uma importância significativa, independentemente da crença que se tenha é impossível ignorar a forte

influência que esta tem sobre o comportamento e conseqüentemente sobre a sexualidade. O autor acrescenta ainda que a religião tem sido um factor determinante da sexualidade humana, ora impondo regras rígidas ou procurando orientar os indivíduos nesse âmbito. Esta orientação, por sua vez, não tem sido a mais adequada pois orienta o indivíduo no sentido da negação da sua sexualidade. O autor acrescenta que esta tendência é sobretudo notável nas religiões ocidentais, porque nas orientais, como o Taoísmo, Budismo e Confucionismo não existe nenhuma tendência repressora.

Segundo Filho, Santos, Sicutti, Dias e Barreto (s/d) apesar de a vivência da sexualidade ser algo íntimo e pessoal o indivíduo é sempre orientado na mesma em função da sua religião sobretudo nas religiões protestantes, nestas o indivíduo começa orientar-se na sua sexualidade por regras e valores estabelecidos pelo grupo religioso no qual está inserido.

Cherulli (2007, citada por Silva, s/d) faz referência às ideologias de algumas religiões relativamente à vivência da sexualidade. De acordo com a autora os protestantes evangélicos aceitam o uso de métodos são contrários ao sexo antes do casamento, condenam o adultério, o aborto e a homossexualidade (sendo considerado pecado), existe liberdade quanto às variações sexuais, mas sexo anal é condenado, no que se refere às disfunções sexuais, estas são aceites. Para os protestantes pentecostais prevalecem os mesmos postulados. No entanto, aqui as variações sexuais não são admitidas, apenas se aceita o sexo vaginal; a masturbação não é considerada pecado, mas é desaconselhada a sua prática, relativamente às disfunções sexuais, o casal deve procurar o aconselhamento do pastor que costuma encaminhar o casal. Quanto aos muçulmanos a autora refere que estes condenam o sexo antes do casamento pois existe uma valorização da virgindade quer feminina quer masculina, condena o aborto, são contra o uso de métodos contraceptivos, é proibido a adultério e a masturbação.

Quanto à religião católica, no seu início foi inculcada a virgindade e a abstinência sexual tanto para os homens como para as mulheres, desenvolvendo-se uma hostilidade para com o sexo. Inicialmente existia alguma ambivalência relativamente ao casamento pois temia-se que fomentasse o “pecado da carne” fazendo com que o casal caísse em tentação, contudo quebrou-se esta ambivalência sendo aceitável que o casal mantivesse relações sexuais apenas com o objetivo da procriação e desde que praticassem a monogamia e fidelidade, caso contrário seria considerado pecado.

Dentro desta religião a discussão gira sobretudo em torno do uso de métodos contraceptivos. Desde cedo a igreja católica adotou uma posição contrária ao uso de preservativo e ao aborto pois as relações sexuais só teriam lugar para a procriação, logo tais métodos não se justificavam (Mottier, 2010). De acordo com *Catholic Education Resource Center* (CERC) (s/d) a igreja católica defende que deve ser proporcionada educação sexual aos jovens através das estruturas formais como as escolas e centros de saúde, mas sobretudo pelos pais no seu contexto privado, porém referem que esta não deve ser feita da forma como está a decorrer. A igreja considera que é dada aos jovens uma ideia de liberalização da sexualidade pois não é dado ênfase à castidade e ao amor, mas sim aos métodos e técnicas contraceptivas existentes e ao aborto (CERC, s/d).

Após vários anos de oposição da igreja católica ao preservativo, o atual Papa Bento XVI anuncia em Novembro de 2010 a aceitação do preservativo mas não de modo generalizado, este é aceitável apenas em casos pontuais, como a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis ou no caso da prostituição e que assim este é utilizado por questões de saúde e nunca como contraceção (Ferreira, 2010).

Para a UNESCO, UNFPA, o secretariado da UNAIDS e para o IPPF (2008) a religião cria algumas barreiras à educação sexual, como por exemplo, em alguns casos o catolicismo desencoraja o uso do preservativo, algumas correntes religiosas proíbem a educação sexual e alguns líderes religiosos querem preservar a grande custo tradições, cultura e moralidade o que pode gerar grande conflito com a atualidade pois os jovens acabam por não ter liberdade na construção da sua identidade e nas suas escolhas pessoais de um modo geral e consequentemente nas escolhas ligadas à sua sexualidade.

Tendo em conta a informação apresentada é possível perceber a forte influência que a religião do indivíduo pode ter na sua educação sexual e consequentemente nos conhecimentos e comportamentos da sua sexualidade, o que por sua vez será notável quando se questiona o indivíduo acerca da temática da educação sexual.

Deficiência Mental

A OMS (Organização Mundial de Saúde) (s/d, citado por Vieira, Pereira, Masteling, Castro, Trindade, Breda & Rodrigues, 2003) define deficiência em diversos domínios. Na saúde deficiência representa qualquer perda ou anormalidade da estrutura

ou função psicológica, fisiológica ou anatómica. Esta por sua vez gera incapacidade na pessoa (Vieira & colaboradores, 2003) e a OMS (Organização Mundial de Saúde, 2012) define incapacidade como a redução ou falta de capacidades para uma atividade dentro dos limites considerados normais para o ser humano.

De acordo com a OMS (Organização Mundial de Saúde, 2012) Deficiência Mental (DM) é uma condição na qual existe um atraso ou deficiência em todos os aspetos do desenvolvimento, isto é, existe uma deficiência global e perceptível no desenvolvimento motor, cognitivo, social e nas funções da linguagem. A OMS (2012) acrescenta ainda que esta é a forma mais comum de deficiência de desenvolvimento.

Até ao início do séc. XIX são escassos os recursos informativos sobre a Deficiência Mental (DM). Este facto é, em grande parte, devido à elevada taxa de mortalidade que existia nestes casos. Até este período predominava uma visão sobre DM maioritariamente de cariz religioso, isto é, a deficiência era encarada como uma manifestação do mal e do pecado, um castigo de Deus o que conduzia ou a uma aceitação resignada, exclusão da vida social ou à eliminação do indivíduo (Amor Pan, 1997; Almeida 2008/2009).

Não obstante o que se referiu tem havido alguma dificuldade na definição de DM e conseqüentemente dos aspetos a ter em conta para o diagnóstico (Morato, 1995).

Num artigo publicado por Bairrão, Castanheira, Felgueiras e Portela (1980) os autores consideram que, de um modo geral, a DM é caracterizada por um funcionamento cognitivo subnormal que implica uma deficiente adaptação do indivíduo principalmente a nível educacional e social e ainda que esta está associada a determinadas condições socioeconómicas e biomédicas.

Atualmente a Associação Americana de Deficiência Mental define a DM como uma deficiência caracterizada por limitações quer a nível do funcionamento intelectual quer no comportamento adaptativo, que abrangem uma série de habilidades sociais e práticas do dia-a-dia e a sua manifestação tem que ocorrer antes dos 18 anos de idade (Associação Americana de Deficiência Mental, 2012). A nível do funcionamento intelectual, esta diz respeito à capacidade mental em geral, ou seja, à capacidade de aprendizagem e resolução de problemas, raciocínio, entre outras. No caso do comportamento adaptativo são tidos em conta aspetos como: habilidades conceituais (linguagem e alfabetização, dinheiro, tempo e conceitos de número e de auto direção);

habilidades sociais (habilidades interpessoais, responsabilidade social, auto-estima, credulidade, ingenuidade, resolução de problemas sociais, capacidade de seguir regras / obedecer às leis e a capacidade para evitar ser vitimado); habilidades práticas (atividades da vida diária - cuidados pessoais, habilidades ocupacionais, saúde, viagens/transporte, horários/rotinas, segurança, uso do dinheiro, o uso do telefone) (Associação Americana de Deficiência Mental, 2012).

Atualmente, para a realização do diagnóstico psicológico da pessoa com DM é necessário a avaliação dos aspectos cognitivos, motivacionais, aspectos de personalidade e adaptativos da pessoa, a avaliação do seu ambiente e das interações entre ambiente/individuo que determina a quantidade e qualidade das suas experiências (Almeida, 2008/2009).

Segundo o DSM-IV-TR (2002) a característica essencial da DM é um funcionamento intelectual global inferior à média. Este é acompanhado por limitações no funcionamento adaptativo em pelo menos duas das seguintes áreas: comunicação, cuidados próprios, vida doméstica, competências sociais/ interpessoais, uso de recursos comunitários, autocontrole, competências acadêmicas funcionais, trabalho, tempos-livres, saúde e segurança. Para o diagnóstico de DM, ainda de acordo com o DSM-IV-TR, a perturbação deve ocorrer antes dos 18 anos. As etiologias desta problemática são várias e pode ser considerada como uma via final comum de vários processos patológicos que afetam o funcionamento do sistema nervoso central.

Segundo alguns investigadores a DM deve-se a fatores genéticos ambientais ou resulta de uma combinação entre ambos. Entre os fatores genéticos encontram-se as genopatias (alterações genéticas) e as cromossopatias (síndromes causados por anomalias ou alterações nos cromossomas). Relativamente aos fatores extrínsecos, encontram-se os fatores pré-natais, estes atuam antes do nascimento (embriopatias, infeções, alterações endócrinas metabólicas, intoxicações, perturbações psíquicas); fatores perinatais e neonatais, que atuam durante o momento do parto ou no recém-nascido (prematuridade, infeções, incompatibilidade de RH).

Ainda de acordo com o DSM-IV-TR (2002) o funcionamento intelectual global é definido por um quociente de inteligência (QI ou equivalente ao QI). Neste sentido são considerados 4 graus de gravidade da DM, os quais refletem o grau de incapacidade

intelectual: ligeiro (QI entre 50-55 e aproximadamente 70), moderada (QI entre 35-40 e 50-55), grave (QI entre 20-25 e 35-40) e profunda (QI entre 20 ou 25).

Antes do desenvolvimento dos testes de inteligência, que levaram a que este passasse a ser um critério a ter em conta no diagnóstico da DM, era o comportamento adaptativo destes indivíduos que era principalmente tido em conta. Este comportamento adaptativo considera as capacidades dos indivíduos com DM para se ajustarem e funcionarem de modo adequado no seu meio. Estas dificuldades adaptativas derivam sobretudo das limitações da inteligência prática e social, sendo que a inteligência prática refere-se à capacidade do indivíduo para como uma pessoa independentemente no exercício das suas atividades habituais da vida diária. A inteligência social refere-se à capacidade do indivíduo compreender as expectativas sociais e o comportamento das outras pessoas bem como julgar de forma correta o seu comportamento em situações sociais (Vieira, 2003).

Segundo Félix (2003/2004), no caso de indivíduos com DM grave e profunda existe uma dependência total de uma terceira pessoa, uma pobre relação com o meio ambiente, uma fraca estabilidade emocional que tende a aumentar com a entrada na puberdade e um nível de comunicação muito reduzido. Apesar destas características, de acordo com o DSM-IV-TR (2002), distinguem-se as habilidades dos indivíduos com DM grave e profunda. Assim, nos indivíduos com DM grave estes podem por vezes ser capazes de falar e com algum treino podem adquirir algumas competências em atividades elementares de higiene e muitos conseguem adaptar-se bem à vida na comunidade. No caso dos indivíduos com DM profunda o DSM-IV-TR (2002) é referido que são conseguidas algumas evoluções ao nível de determinadas habilidades, porém é sempre necessário o acompanhamento e supervisão constantes.

No caso de DM moderada, segundo Félix (2003/2004) os indivíduos possuem razoáveis níveis de autonomia e desenvolvimento motor, capacidade de domínio da linguagem verbal, capacidade de diferenciação do eu e do outro, capacidade de diferenciação de papéis porém revelam dificuldades em reconhecer as convenções sociais. O DSM-IV-TR (2002) no que se refere aos casos de DM moderada afirma que estes indivíduos podem adquirir competências de comunicação, podem beneficiar de treino laboral e com uma relativa supervisão conseguem adquirir um certo nível de autonomia. O DSM-IV-TR (2002) acrescenta ainda que estes sujeitos também

beneficiam de treino de competências sociais e ocupacionais, podem ganhar autonomia nas suas deslocações/viagens, porém apenas em território familiar, durante a adolescência pode ter algumas dificuldades de interação social e na idade adulta podem realizar atividades laborais simples, sob supervisão e de um modo geral adaptam-se bem à vida em comunidade.

Por último, no que diz respeito aos casos de deficiência mental ligeira, segundo Félix (2003/2004) os indivíduos desenvolvem competências sociais e de comunicação interpessoal, apresentam dificuldades na resolução de situações de problema ou situações de stresse e embora desenvolvam um nível de autonomia e pessoal, social e vocacional razoável, possuem alguma instabilidade emocional e dificuldades na vinculação interpessoal, boas capacidade na distinção de papéis e à semelhança dos indivíduos com DM moderada também possuem dificuldades em reconhecer as convenções sociais. Em relação a estes indivíduos o DSM-IV-TR afirma que são pessoas que adquirem típicas competências sociais e de comunicação, durante a vida adulta podem adquirir competências sociais e vocacionais adequadas a uma autonomia mínima, porém podem necessitar de apoio, orientação e assistência quando estão sob stresse social ou económico que não é habitual e acrescenta ainda que estes indivíduos são pessoas que podem viver normalmente na comunidade, quer de modo independente quer em situação de institucionalização, desde que existam os devidos apoios.

No que se refere à sua prevalência, a Associação Americana para Cidadãos com Deficiência Mental refere que mais de 100 000 crianças recentemente nascidas têm probabilidades de apresentar DM (Nielsen, 1999); já Batshaw (1991, citado por Nielsen, 1999) avança que em 1990 existiam cerca de 6,2 a 7,5 milhões de indivíduos em todo o mundo portadores deste tipo de deficiência. Em relação a estes dados o Comité Presidencial para a Deficiência Mental acrescenta que cerca de 75% dos casos de DM são oriundos de zonas urbanas e rurais marcadas pela pobreza (Nielsen, 1999).

Segundo os dados estatísticos recolhidos nos censos de 2001 publicados e atualizados em 2012 pela PORDATA em Portugal existem 70.994 pessoas com DM, tendo esta maior incidência nos indivíduos do género masculino, existindo 38.113 casos, do que no género feminino, 32.881 casos. Cerca de 60% das pessoas com DM são casadas, 37% completaram o 1º ciclo e 60% tem incapacidades e alterações nas funções físicas. Uma larga percentagem é desempregada, apenas 28% tem um trabalho,

sendo que os rendimentos estão abaixo dos 403€ (Centro de Reabilitação Profissional de Gaia [CRPG] & Instituto Superior de Ciências do Trabalho [ISCTE], 2007; citados por Pinto, 2011).

Sexualidade na Deficiência Mental

O imaginário social que engloba o jovem deficiente contribui para que exista uma visão estigmatizada e limitante baseada em valores, crenças e expectativas sociais que fomentam a ideia de que o deficiente é incapaz, frágil e vulnerável (Soares, Moreira & Monteiro, 2008).

Almeida (2008/2009), assim como outros autores, defendem a ideia de que as pessoas com Deficiência Mental são estigmatizadas por contrariarem as expectativas em relação à capacidade de uso do raciocínio, julgamento e da habilidade em geral para lidarem com a complexidade própria do estilo de vida atual. A autora continua afirmando que as relações que as pessoas estabelecem com o estigma são relações tensas, fortemente influenciadas pelas atitudes frente à diferença, atitudes geradoras de preconceitos e estereótipos que mediam todo o processo de inserção social das pessoas. A autora acrescenta ainda que a sociedade espera a normalização da pessoa deficiente, isto é, impõem-lhe um conjunto de regras, idênticas às impostas às pessoas ditas normais, mas não lhe reconhecem o direito de ser diferente. As questões relacionadas com a sexualidade da pessoa com DM são alvo deste mesmo estigma, aliás este é um tema que trás grandes preocupações aos pais e à sociedade. Essas preocupações são traduzidas muitas vezes por atitudes repressivas e discriminatórias, o que por sua vez impede um desenvolvimento pleno do indivíduo com DM (Almeida, 2008/2009).

De acordo com Servais (2006) o conceito de sexualidade nas pessoas com DM é um assunto extremamente sensível. Sobre o assunto o autor acrescenta ainda que foram conseguidos grandes avanços no que diz respeito a questões como a empregabilidade da pessoa com DM, autonomia habitacional e outros aspetos de menor dimensão da vida/integração na comunidade, mas apesar de tudo isso a sexualidade destas pessoas tem vindo mesmo assim a ser ignorada ou então é estritamente controlada (Servais, 2006). Na nossa cultura o panorama não sofre grandes alterações, o tema da sexualidade

ainda é envolto em preconceitos e discriminação e quando associado à pessoa com DM estes preconceitos adquirem uma maior dimensão (Albuquerque & Ramos, 2007).

Segundo Bastos e Fidry (2007) o comportamento sexual das pessoas com deficiência mental é variável, isto porque, este depende do nível do seu comprometimento intelectual, do apoio familiar e da estrutura social. Assim indivíduos com elevado comprometimento intelectual, geralmente, manifestam um comportamento sexual predominantemente indiferenciado ou seja sem estabelecimento de relações interpessoais, procurando apenas a satisfação dos seus impulsos sexuais, o que faz com que a manifestação da sua sexualidade se restrinja, por norma, à manipulação dos genitais. No caso de indivíduos com deficiência moderada pode existir um relacionamento interpessoal, contudo este é ausente de conteúdos afetivos e culturais, os quais normalmente caracterizam uma relação adulta. Em relação aos indivíduos com deficiência mental leve, estes normalmente apresentam aptidões no estabelecimento de relações de amizade, têm por vezes relações íntimas e chegam por vezes a constituir família, contudo Melo e Rodrigues (1989, citados por Bastos & Fidry, 2007) acrescentam que o estabelecimento de relações sexuais afetivas só acontece normalmente em casos nos quais os indivíduos possuem uma deficiência mental que compromete muito pouco as suas competências.

Muitas crianças e adolescentes com deficiência não beneficiam da educação sexual comum à maioria das pessoas, mesmo no meio familiar. Segundo Maia (2001) esta atitude acaba por refletir um preconceito social.

Há algumas décadas que são vários os pesquisadores que se têm debruçado sobre as questões da sexualidade no indivíduo com deficiência, fazendo referência às dificuldades, mitos e crenças que existem quer no âmbito familiar, profissional ou social (Maia, 2001). A representação social da sexualidade de pessoas com deficiência é fortemente influenciada pela carência de informações sobre o tema, por este ser ainda alvo de muitas “lendas” e preconceitos (Bastos & Fidry, 2007). De um modo geral a sexualidade nestes indivíduos sempre foi vista maioritariamente como um problema e não como uma particularidade humano positiva (Almeida, 2008/2009).

Muitos familiares ou profissionais que lidam com o indivíduo com deficiência, sustentam a ideia de que as pessoas deficientes são assexuadas, eternas crianças, ou hipersexuadas, com comportamentos de exacerbação da sexualidade e por isso

necessitam de um controlo “apertado”, o que faz com que anulem muitas vezes as necessidades, desejos e capacidades sexuais do indivíduo deficiente, desconsiderando que estas sejam iguais aos demais indivíduos (Bastos & Deslandes, 2005; Bastos e Fidry, 2007; Almeida, 2008/2009; Pinheiro, 2004, O’Callaghan & Murphy, 2007).

Esta atitude de repressão e negação deriva muito do facto de existirem muitos receios e dificuldades em lidar com este tema, sendo mais fácil lidar com a questão através do silêncio, da repressão dos comportamentos de manifestação sexual e/ou infantilização do comportamentos dos adolescentes/adultos deficientes. Muitas vezes este medo e receio faz também com que pais, familiares e profissionais acabem por passar ao indivíduo com deficiência apenas mensagens negativas acerca da sexualidade (Albuquerque, 2007, citado por Almeida, 2008/2009).

Em relação a esta atitude, um estudo realizado por Pinheiro (2004) mostrou que esta também é fortemente influenciada pelo facto de se temer que ao ser dada informação sobre a sexualidade ao indivíduo com DM o vá estimular nos vários domínios da sua sexualidade e ainda que esta seja interpretada como uma autorização para o mantimento de relações sexuais. Esta mesma ideia foi comprovada num estudo realizado por Branlinger (s/d), e noutro realizado por Abramson e colaboradores (s/d, citado por Pinheiro, 2004) e é ainda apoiada por Bastos e Deslandes (2005) que afirmam que muitos pais acreditam que o tema da sexualidade não deve ser abordado junto do seu filho com DM de modo a evitar a influência deste na estimulação das suas manifestações sexuais. De acordo com alguns autores é ainda possível encontrar esta mesma crença junto de alguns profissionais que trabalham com esta população (Helay, McGuire, Evans & Carley, 2009).

Neste contexto é de certa forma curiosa a informação avançada por Pinho, Menezes e Cardoso (2011) que referem que muitos pais de indivíduos com DM afirmam que o seu filho não está envolvido com a sexualidade, contudo não rejeitam a ideia de que outros deficientes mentais, que não a sua “criança”, possam exprimir a sua sexualidade.

Isler, Beytut, Tas e Conk (2009), afirmam que alguns pais tentam abordar as questões da sexualidade dos seus filhos com DM mas acabam por não fazê-lo da forma correta isto porque, devido ao medo de encorajar a experimentação sexual, não abordam

as várias questões de forma apropriada e não sabem a quantidade e o tipo de informação que deve ser dada, acabando por omitir vários aspectos importantes.

Segundo alguns autores a ideia da infantilização nos indivíduos com deficiência mental surge em consequência da contínua imaturidade cognitiva, comunicacional e social destes indivíduos ao longo do tempo (Batos & Fidry, 2007).

Um dos aspetos que parece contribuir em grande parte para alguns dos comportamentos exacerbados é o facto de com frequência se verificar a ausência de espaços e tempos privados, íntimos, no dia-a-dia do indivíduo com DM, nos quais supostamente reside a possibilidade de a pessoa executar determinadas condutas sexuais auto-eróticas ou relações com outras pessoas (Almeida, 2008/2009). Este aspeto leva a que a manifestação da sexualidade por parte do deficiente mental se torne pública, pois eles não têm direito à sua privacidade e intimidade. Esta situação dá origem às repressões do comportamento e a situações de escândalo e por este motivo estes indivíduos estão constantemente acompanhados ou são vigiados, sendo alvo de supervisão e controlo social (Giami, 1987; citado por Pinheiro, 2004) o que também acaba por dificultar a distinção, por parte do deficiente, dos contextos públicos e privado (Almeida, 2008/2009).

Maia (2001) e Pinheiro (2004) afirmam que existem uma série de comportamentos de manifestação da sexualidade, comportamentos mais simples (e.g. abraços, beijos e palavras) ou mais complexos (e.g. masturbação solitária, masturbação em grupo e relação sexual), que quando executados pelo indivíduo com deficiência mental são entendidos como comportamentos demasiados complexos ou até problemáticos, ao contrário do que aconteceria caso estes fossem executados por pessoas ditas normais. Assim, comportamentos que são tolerados nos demais acabam por se tornar aberrações e/ou desvios quando manifestados por pessoas com deficiência mental, tudo devido a um preconceito social.

Segundo Maia (2001) os profissionais e educadores que trabalham no dia-a-dia com os indivíduos portadores de deficiência mental não sabem ou têm grandes dificuldades em lidar com as diferentes manifestações de sexualidade destes indivíduos (e.g. masturbação, exibicionismo, jogos e brincadeiras sexuais, namoros, entre outros) o que faz com que acabem por generalizar as questões referentes à sexualidade e à deficiência, acabando por compreender uma como causa da outra. Muitas vezes este

receio e evitamento deriva em grande parte do reconhecimento que estes possuem relativamente aos défices dessa área na sua formação (Pinho, Menezes & Cardoso, 2011). Não obstante, verificam-se situações em alguns países onde os profissionais lidam bem com esta questão e aceitam que os indivíduos com DM precisam de viver e expressar livremente a sua sexualidade. Os profissionais ao adotarem esta atitude positiva relativamente à vivência da sexualidade dos indivíduos com DM estão no fundo a dar a esses indivíduos a oportunidade de expressão da sua sexualidade. Ao fazê-lo os profissionais estão a lidar com uma série de questões éticas que lhes são impostas e ainda estão sujeitos a uma possível sanção legal (Healy *et al.*, 2009).

Na sociedade atual persistem ainda algumas ideias, crenças e mitos que estão bastante presentes quando se fala acerca desta temática. De acordo com Franco (2012) a sexualidade dos portadores de deficiências está repleta de mitos, tabus e estereótipos, assim como a sexualidade da população em geral, contudo, no caso da primeira verificam-se tonalidades ainda mais negativas.

Um desses mitos prende-se com o facto de as pessoas ditas normais considerarem que os indivíduos com deficiência mental têm um desenvolvimento sexual, desejos e necessidades afetivas diferentes das pessoas normais (Almeida, 2008/2009). São vários os estudos que referem que a sexualidade do deficiente mental não se diferencia qualitativamente da sexualidade da população em geral, para além de que também está provado que o desenvolvimento sexual acompanha muito mais o desenvolvimento cronológico do que o desenvolvimento cognitivo (Almeida, 2008/2009). Tais considerandos pressupõem que as pessoas com DM experienciam as mesmas mudanças, as mesmas emoções, ao longo da vida (à exceção das portadoras de algumas síndromes raras e específicas), assim como as demais pessoas, embora nalguns casos mais tardios, pois não existe uma sexualidade característica do deficiente mental (Amor Pan, 1997; citado por Almeida, 2008/2009). McClennen (s/d; citado por Pinheiro, 2004) defende a ideia de que as pessoas com DM têm necessidades sexuais idênticas às pessoas ditas normais e que quando estas apresentam um comportamento sexual considerado “desviante”, normalmente, este resulta do facto de estes indivíduos não terem recebido qualquer educação e nível sexual e não da sua condição de deficiência. Esta ideia é ainda apoiada por Cheng e Udry (2005) que relatam a

existência de vários autores que sugerem que os adolescentes com DM desenvolvem a sua sexualidade na mesma direcção e na mesma idade cronológica que os demais.

Um outro mito ou crença que se encontra na sociedade acerca deste tema é o de que as pessoas com DM têm uma sexualidade exacerbada, são seres hipersexuados, crença que é nutrida muitas vezes pelos pais, famílias e profissionais, tal como já foi referido anteriormente. Esta ideia traduz que a pessoa com DM é entendida como sendo dotada de um desejo sexual “animalesco”, agressivo, exagerado, o que faz com que se comporte neste campo de forma instintiva e por isso não é capaz de controlar o seu instinto sexual (Bastos & Deslandes, 2005). Esta ideia pré-concebida acaba por reforçar algumas das atitudes da sociedade relativamente a esta temática, contribuindo para o isolamento, segregação e ignorância dos aspetos relacionados com a sexualidade da pessoa com DM, tal como referido atrás no caso dos pais, família e profissionais (Almeida, 2008/2009). Pascoal (2009) faz referência às consequências que advêm do facto de ser negada a uma pessoa a vivência da sua sexualidade, “considerar a sexualidade como algo não natural e reprimi-la é esquecer que quando uma energia se contém ou reprime transforma-se em agressividade, que pode dirigir-se contra nós ou contra as outras pessoas com quem convivemos. Este autor defende ainda que a educação repressiva pode inibir o desenvolvimento das emoções básicas, percorrê-las para mudar o seu significado em sérios obstáculos para a saúde e a felicidade” (Pascoal, 2009, p.34).

Existe um outro mito ou crença na sociedade que também é comum a pais, famílias e alguns profissionais. Este refere-se ao facto de se considerar que as pessoas com DM são seres assexuados, vistas como crianças, facto que deriva sobretudo pela sua imaturidade e nível intelectual, condições que acabam por originar alguma dependência (Almeida, 2008/2009). Por serem então encaradas como crianças é-lhes negado o acesso à educação sexual apropriada e à vivência da sua sexualidade (Almeida, 2008/2009). Sobre esta questão Ribeiro e Nepomuceno (s/d; citados por Pinheiro, 2004) referem que o deficiente mental ao ser visto como assexuado irá deparar-se com dificuldades de relacionamento, dificuldades para entender o seu desejo sexual e as pessoas a que compete a sua educação, cuidado e tratamento, pessoas essas que na grande maioria das vezes omitem muitas informações ou lidam de forma agressiva e/ou discriminatória face ao comportamento sexual manifesto (Almeida,

2008/2009). Este é também um dos aspectos que contribui fortemente para a ideia de que não há qualquer necessidade de educação sexual nesta população (*National Information Center for Children and Youth with Disabilities*, 1992).

De acordo com Pinheiro (2004) estes mitos e crenças, têm também como base as evidências que sugerem que as pessoas, na grande maioria das sociedades, percebem o sexo e a vivência plena da sexualidade como sendo possível apenas para os jovens, atraentes e saudáveis. Esta ideia acaba por ser reforçada através de muitos meios comunicacionais existentes na sociedade, que acabam por transmitir este mesmo ideal, através das mais variadas formas (Abramson, Parker & Weisberg, 1988; Pinheiro, 2004). Um outro aspeto que parece ter influência neste âmbito é o facto de a sociedade, mas também pais, família e alguns profissionais, considerarem que para que a pessoa com DM possa exercer a sua sexualidade de forma “normal” é necessário que demonstre conhecimento, autonomia e autodeterminação suficiente para viver sozinha, o que dificilmente acontece nos casos de indivíduos com esta problemática (Healy *et al.*, 2009).

Estas crenças acabam por reforçar determinadas atitudes sociais de isolamento, segregação em ambiente familiar ou institucional, o que afasta estas pessoas de outros grupos sociais, e ignorância em relação aos aspetos da sexualidade do indivíduo com deficiência, o que por sua vez acaba por dificultar e restringir a vivência plena da sua sexualidade assim como as possibilidades de estabelecimento de uma orientação sexual consistente (Lipp, 1981; Giammi & D’Allones, 1984; Pinel, 1993; Amaral, 1994; França Ribeiro, 1995; Glat & Freitas, 1996; Denari, 1997; citados por Maia, 2001; Almeida, 2008/2009).

É de referir que o que representa proteção, para os pais e outros educadores, para o deficiente, que fica isolado e segregado, cria uma acrescida dificuldade no processo de crescimento interpessoal, dificultando ou mesmo impedindo uma normal e correta socialização, interferindo sobretudo nas suas capacidades e competências para agir de forma socialmente adequada (Almeida, 2008/2009). Esta ideia já era defendida há alguns anos atrás por Pinel (1993, citado por Maia, 2001) que afirmava que muitas crianças e adolescentes com deficiência mental, crescem segregadas de determinados aspetos do convívio social, o que conduz a uma fraca aquisição de informação, e a

pouca informação apreendida acaba muitas vezes por ser assimilada de forma errônea de acordo com o imaginário da pessoa deficiente.

Todas estas questões contribuem para que a sociedade fomente a ideia de que os indivíduos com DM não necessitam de Educação Sexual e que mesmo que esta exista eles não possuem capacidades para o seu entendimento. Esta ideia é no entanto contrariada por diversos autores que afirmam que a sexualidade nestas pessoas se desenvolve da mesma forma que nos demais indivíduos (Bastos & Fidry, 2007). Por sua vez, esta dificuldade da sociedade em perceber nas pessoas com DM a possibilidade de vinculação afectiva e sexual limita as oportunidades de vida destes indivíduos, contribuindo para a manutenção de uma relação controversa entre a imagem que a sociedade possui dos indivíduos com DM como “não pessoa” e o desenvolvimento da sua sexualidade (Soares *et al.*, 2008).

Há autores que defendem a ideia de que muitos dos comportamentos de manifestação da sexualidade do deficiente mental que são considerados como “desviantes”, não derivam da deficiência em si, mas são considerados consequência de uma Educação Sexual inexistente ou ineficaz. Efetivamente, de um modo geral nega-se a possibilidade de que as pessoas com deficiência mental consigam exercer a sua sexualidade de forma plena e prazerosa. Apesar desta estar presente evita-se falar no assunto na tentativa de que fique “esquecida” (Bastos & Fidry, 2007). Healy e colaboradores (2009) afirmam que, como consequência das várias crenças e ideias pré-concebidas, as pessoas com DM muito raramente recebem Educação Sexual ou raramente lhes é dada a atenção adequada à sua sexualidade.

Em suma, é possível perceber então que o maior problema da sexualidade das pessoas com deficiência, apesar das suas particularidades e possíveis limitações, não parece residir na deficiência em si, mas na falta de informação, preconceitos e tabus da sociedade (Denari, 1992; 1998; Ribeiro, 1995; citados por Maia, 2001). Bastos e Deslandes (2005) afirmam ainda que estes aspetos sustentam fortemente a ideia da sociedade de que os indivíduos com DM não têm direito de exercer a sua sexualidade.

Atualmente o foco desta temática já não é se a pessoa com DM tem sexualidade ou não, a questão central é se essa pessoa tem ou não direito a viver a sua sexualidade (Conod & Servais, 2007). Efetivamente hoje em dia é do conhecimento de todos que todo o ser humano tem necessidades, sentimentos, desejos sexuais independentemente

das suas habilidades intelectuais (Isler, Beytut, Tas & Conk, 2009). Mais ainda, todo o ser humano tem direito a usufruir dos seus direitos, direitos esses expressos na Carta dos Direitos Humanos. Desde há cerca de 40 anos que as Nações Unidas aprovaram a Declaração dos Direitos das Pessoas com Deficiência Mental que estabelece que “as pessoas com deficiência mental têm os mesmos direitos básicos que os outros cidadãos do seu país e da sua idade” (Craft, 1987, p. 13; citado por Loureiro, 2001). Assim, os indivíduos com deficiência têm as mesmas necessidades e os mesmos direitos que todas as outras pessoas (Leutar & Mihokovic, 2007), quer sejam direitos sociais, quer direitos de trabalho, quer direitos sexuais ou em qualquer outro contexto (Brown & Pirtle, 2008). As pessoas com DM têm ainda o direito de receber a mesma educação sexual que os seus pares (Murphy & Elias, 2004). Contudo, de acordo com Gostin (2000), apesar de os direitos humanos serem tão importantes são muitas vezes negligenciados quando se trata de direitos e liberdades das pessoas com DM. Ainda em relação a esta questão, Brown e Pirtle (2008), referem que os pais e outros prestadores de cuidados desempenham um importante papel no que respeita à negligência da possibilidade dos seus filhos exercerem os seus direitos sexuais.

Booth e Booth (1994, citados por Cuskelly & Bryde, 2004) verificaram que já na década de 90 havia muitas pessoas que defendiam os direitos da pessoa com DM, nomeadamente no trabalho, contudo havia alguma relutância em defender os direitos sexuais destas pessoas.

Assinale-se contudo que Golberg, já em 1988, fazia referência aos direitos sexuais da pessoa com deficiência, referindo a Declaração Internacional dos Direitos da Infância e da Juventude que postula que todo o ser humano tem direito ao respeito à totalidade do seu corpo e a receber educação no seio familiar e não só, sempre adaptada aos seus diferentes níveis de desenvolvimento psicosexual. É ainda defendido que a pessoa com deficiência tem direito a que a sua sexualidade seja reconhecida como parte integrante de todos os aspetos da sua vida, assim como tem direito à igualdade entre os sexos bem como de aspirar que a sua sexualidade lhe dê prazer e contribua para que tenha uma vida social satisfatória (Maia, 2001).

Também de acordo com o *Sexuality Information and Education Council of the United States* (SIECUS, 2005), todos os adolescentes, e isto inclui adolescentes normativos e com deficiência têm direito a usufruir dos seus direitos relacionados com a

sexualidade. Postula-se ainda que alguns dos mais importantes direitos relacionados com a sexualidade são: direito a procurar e adquirir informação sobre sexualidade; direito de decidir como expressar a própria sexualidade; direito a tomar decisões sobre a própria sexualidade; direito de se proteger a si próprio em relação à gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis/HIV/SIDA; direito de recusar contacto físico indesejado ou outro tipo de contactos; direito de não ser pressionado a ter relacionamento físico ou sexual com outros; direito de terminar algum relacionamento físico ou sexual com um companheiro em qualquer momento.

No seguimento destas posições salienta-se ainda que diversos autores que defendem que as pessoas com DM têm direito a usufruir dos seus direitos sexuais, como é o caso de Isler, Beytut, Tas e Conk (2009), que referem que os indivíduos com DM têm todo o direito de usufruir de educação sexual, cuidados de saúde sexual e a terem oportunidades que lhes permitam socializar e a expressarem a sua sexualidade.

Para além destes existem outros direitos relacionados com a sexualidade e direitos sexuais, contudo para que a pessoa possa exercer os seus direitos de forma plena ela tem que não só estar informada sobre estes como também tem que deter informação noutros âmbitos, nomeadamente no âmbito da educação sexual e só assim lhe será então possível usufruir dos seus direitos sexuais e outros, bem como vivenciar da melhor forma e de forma mais saudável a sua sexualidade. A Educação Sexual é extremamente importante neste sentido mas também o é noutros. Ela pode contribuir de forma bastante positiva para vários aspetos, entre eles: uma aceitação positiva e confortável do corpo sexuado, do prazer e da afetividade; uma atitude não sexista; uma atitude não discriminatória face às diferentes expressões e orientações sexuais; uma atitude preventiva face à doença e promotora do bem-estar e da saúde (Pascoal, 2009).

Educação Sexual na Deficiência Mental

Como foi já anteriormente referido a grande maioria das pessoas experiencia sentimentos de desconforto, confusão e ambivalência quando se aborda o tema da educação sexual no caso de indivíduos com DM (Galea *et al.* 2004).

Na opinião de DenBoer (2008) a educação sexual é muito importante para todos os indivíduos mas sobretudo para os indivíduos com DM. Segundo Isler, Beytut, Tas e

Conk (2009), se os indivíduos com DM estiverem devidamente informados sobre a sua sexualidade, estes irão estar incluídos na sociedade e este aspecto também vai contribuir para o seu desenvolvimento mais seguro, saudável, uma melhor aceitação social e uma vida sexual mais gratificante na idade adulta.

São vários os estudos que demonstram que são muitos pais e educadores que resistem em proporcionar educação sexual às pessoas com DM, sendo esta questão fortemente influenciada pelas crenças e ideias pré-concebidas já referidas anteriormente (Almeida, 2008/2009).

Tal como já foi apresentado, quando se fala em educação sexual é aos pais que é atribuído primeiramente o papel central. A estes cabe não só o direito mas sobretudo o dever de proporcionar uma adequada educação sexual aos seus filhos. Apesar disso a família necessita de apoio profissional mas também de apoio da sociedade em geral (Almeida, 2008/2009). Neste sentido, Murphy e Elias, (2006), referem que é importante que os profissionais discutam com os pais as questões relativas ao desenvolvimento sexual do seu filho com DM e que o façam de forma consistente e sistemática, pois quando a sexualidade é discutida de forma aberta e rotineira as conversas tornam-se mais fáceis de iniciar, mais confortáveis de continuar e são mais eficazes e informativas para todos os participantes. Podemos assim entender que se os profissionais adoptarem esta postura, os pais terão posteriormente mais e maior facilidade em educarem sexualmente os seus filhos.

Katz e Lazcano-Ponce (2008) afirmam que, com uma educação sexual adequada ainda enquanto jovens, os indivíduos com DM aprendem a adequar o seu comportamento de acordo com as expectativas sociais, e melhor ainda, alguns indivíduos podem demonstrar ser capazes de casar e de viverem uma vida sexualmente ativa.

Na opinião de Almeida (2008/2009) o Modelo de Desenvolvimento Pessoal é o mais adequado para a educação sexual de pessoas com DM, tal como é o mais adequado para as pessoas ditas normais. Almeida defende que este modelo assenta num processo educativo mais humano e humanizador, no sentido de desenvolver todos os aspetos que definem a essência do ser humano e de fornecer um conjunto de habilidades sociais que permitam a sua integração na comunidade. Neste sentido os objetivos, estratégias e conteúdos da educação sexual para indivíduos com DM devem ser alargados e alvo de alguma complexidade e não se devem resumir apenas a explicações sobre o corpo e

fenómenos relacionados com a reprodução ou os métodos contraceptivos e as doenças sexualmente transmissíveis. É de salientar que este modelo está de acordo com a conceção abrangente de sexualidade proposta pela OMS (Organização Mundial de Saúde) (Almeida,2008/2009).

Neste sentido, pressupõe-se que a educação sexual junto de indivíduos com DM deve ser tão abrangente e complexa quanto a educação sexual junto dos indivíduos normativos. Assim, ao realizar educação sexual com pessoas com DM, deve-se abordar os mesmos temas que são trabalhados em programas abrangentes de educação sexual para pessoas ditas normais. Porém, toda a informação deve ser adaptada em termos de linguagem, deve ser utilizado o recurso a diferentes tipos de material didático e devem ser utilizados métodos de ensino adaptados de modo a que seja possível o seu correto e total entendimento e aprendizagem (Murphy & Elias, 2004). Katz e Lazcano-Ponce (2007) partilham a mesma opinião e acrescentam que se necessário a informação deve ser repetida e reforçada de modo a que não se gerem mal entendidos ou que esta vá gerar confusão.

Já em 1990, Haffner (citado por NICHCY, 1992) defende que a educação sexual deveria englobar muitas coisas, não deveria apenas fornecer informação sobre aspetos básicos da vida e o acto sexual em si. O autor acrescenta que uma educação sexual abrangente envolve aspetos biológicos, socioculturais, psicológicos e espirituais da sexualidade.

De acordo com o SIECUS (2005), os conteúdos a serem incluídos e abordados num programa abrangente de educação sexual são os seis conceitos chave da sexualidade:

1. Desenvolvimento Humano, onde devem ser abordadas questões como a anatomia sexual e reprodutiva e fisiologia, puberdade, reprodução, imagem do corpo, orientação sexual, identidade de género;
2. Relacionamentos, onde se explora a família, amizade, amor, relações amorosas e namoro, casamento e compromissos de vida, educação dos filhos;
3. Habilidades Pessoais, abordam-se competências/conhecimentos ao nível dos valores, tomada de decisão, comunicação, assertividade, negociação, procura de ajuda;

4. Comportamento Sexual, onde são analisados aspetos relativos à sexualidade ao longo da vida, masturbação, comportamento sexual compartilhado, abstinência sexual, resposta sexual, fantasias sexuais, disfunções sexuais;
5. Saúde Sexual, são trabalhados os temas da Saúde reprodutiva, contraceção, gravidez e cuidados pré-natais, aborto, doenças sexualmente transmissíveis, abuso sexual e violência;
6. Sociedade e Cultura, neste último tema/conceito abordam-se as questões relacionadas com Sexualidade e sociedade, papéis de género, sexualidade e a lei, sexualidade e a religião, diversidade, sexualidade e os média e sexualidade e as artes.

Segundo a publicação de 1992 da *National Information Center for Children and Youth with Disabilities* os objetivos de um programa abrangente de educação sexual são:

- Fornecer informação - pois todas as pessoas têm o direito de possuir informação sobre o desenvolvimento e crescimento humano, reprodução, anatomia, fisiologia, masturbação, vida familiar, gravidez, nascimento, parentalidade, resposta sexual, orientação sexual, contraceção, aborto, abuso sexual, HIV/SIDA e outras doenças sexualmente transmissíveis;
- Desenvolver valores - a educação sexual deve permitir aos jovens terem a oportunidade para questionar, explorar e aceder a atitudes e valores sobre a sexualidade humana com o objectivo de ajudar as pessoas a compreenderem a família, a religião, os valores culturais, ajuda-los a desenvolver os seus próprios valores, o que também contribui para o aumento da auto-estima;
- Desenvolver competências interpessoais - isto é desenvolver competências ao nível da comunicação, tomada de decisão, assertividade e habilidades para o mantimento de relações satisfatórias;
- Desenvolver responsabilidade - promovendo junto das pessoas o conceito de responsabilidade e fomentando a necessidade do exercício dessa mesma responsabilidade nos relacionamentos sexuais, isto pressupõe o fornecer informação sobre abstinência, resistência à pressão

para consentir relações sexuais prematuras (abuso sexual), o uso adequado dos métodos contraceptivos e a necessidade de recurso a outras medidas de prevenção para problemas médicos do foro sexual.

Para além disto, de acordo com a Murphy e Elias (2006), os adolescentes e jovens com a DM, à semelhança de todos os adolescentes ditos normais, também expressam o desejo e a esperança de casar, ter filhos e de poderem ter uma vida sexual como um adulto normal. Porém, Conod e Servais (2007) acrescentam que estes desejos e aspirações, são sempre de acordo com o grau de deficiência que o indivíduo apresenta.

Efetivamente existem vários autores e estudos que defendem que a educação sexual dos indivíduos com DM é tão ou mais importante que a educação dada aos indivíduos ditos normais, existem ainda muitas pessoas com DM que não beneficiam de educação sexual. Este aspeto contribui para que estas pessoas não vivenciem de forma plena a sua sexualidade e ainda para que sejam vulneráveis e suscetíveis a determinadas questões ou problemáticas.

Na literatura encontram-se várias evidências de que os indivíduos com DM quando privados de receber educação no âmbito da sexualidade, tornam-se pessoas mais vulneráveis ao abuso sexual, às doenças sexualmente transmissíveis (incluindo o HIV e SIDA), à gravidez indesejada e homossexualidade, o que faz com que seja extremamente importante a educação sexual de modo a aumentar o conhecimento destas pessoas no sentido de dotá-las de ferramentas para melhor se protegerem, mas também para que possam adotar comportamentos sexuais adequados de modo a viverem uma sexualidade saudável (Galea, *et al.*, 2004; Ward, Windsor & Atkinson, 2004; Cheng & Udry, 2005).

Szollos e McCabe (1995, citados por Galea, *et al.*, 2004) no estudo que realizaram com pessoas com DM verificaram que a grande maioria dos participantes do sexo feminino (cerca de 80%) não tomava qualquer tipo de contraceção oral, o que representa uma elevada probabilidade de ocorrer uma situação de gravidez indesejada. No mesmo estudo verificou-se que, do total de participantes do sexo masculino, 73% nunca utilizavam preservativo nas relações sexuais pois afirmavam que a mulher é que tem que assumir a responsabilidade nos cuidados com a contraceção, ou seja, verifica-se elevada probabilidade de contracção de uma DST.

Refira-se que durante muito tempo para evitar os casos de gravidez indesejada nesta população, tanto mulheres como homens eram sujeitos à esterilização involuntária, isto é, as pessoas não tenham qualquer conhecimento de que iriam ser submetidas à esterilização nem tão pouco informação sobre a mesma, ou seja eram-lhe negados à partida vários direitos (Kempton & Kahn, 1991). A prática da esterilização involuntária foi caindo em desuso e atualmente são muito raros os casos em que acontece. Assinala-se contudo que em 1925 estudos revelaram que muitos dos indivíduos com DM ou eram estéreis ou incapazes para efetivar o ato sexual (Kempton & Kahn, 1991).

Também Leutar e Mihokovic (2007) referem que as pessoas com DM são mais suscetíveis de uma orientação homossexual e consideram que esta pode ser reflexo da impossibilidade de satisfação das necessidades sociais num ambiente heterossexual, isto por sua vez deve-se à segregação/isolamento que estas pessoas são alvo na maioria das vezes e também à repressão e repreensão que sofrem quando demonstram determinados tipos de comportamento. Por exemplo, alguns adultos evitam que o DM mantenha um contato demasiado próximo com pessoas do sexo oposto por receio que este contato vá estimulá-lo sexualmente. Esta circunstância pode, por sua vez, conduzir a comportamentos sexuais desadequados socialmente, sendo-lhe dada maior liberdade de interação apenas com pessoas do mesmo sexo, pois consideram ser uma situação de menor “perigo”.

De acordo com o Centro Nacional de Crianças Abusadas e Negligenciadas da América (Crosse, Kaye & Ratnofsky, 1993, citados por Murphy & Elias, 2006), as crianças, adolescentes e jovens com DM são 2,2 vezes mais abusadas sexualmente do que indivíduos ditos normais. Embregts, Bogaard, Hendriks, Heesterman, Schuitemaker e Wouwe (2010) indicam que a prevalência do abuso sexual entre a população com DM varia entre os 4% a 40%. Neste sentido, estudos recentes demonstram que a educação sexual pode contribuir para que os indivíduos com DM aumentem o seu conhecimento no âmbito da sexualidade e compreendam com mais facilidade sobretudo a problemática do abuso sexual (Murphy, 2003; citado por Dukes & McGuire, 2004).

As pessoas com DM por pertencerem a uma população alvo de maior risco de abuso sexual também têm aumentado o seu risco de contraírem uma DST (Servais, 2006). McCabe (1999, citado por Servais, 2006) verificou que 68% das pessoas com

DM entrevistadas referem que a toma de contraceptivos orais evita a contaminação com o vírus da SIDA, demonstrando assim a necessidade de uma educação sexual.

A vulnerabilidade desta população relativamente à possibilidade de abuso sexual deriva também do facto de, com frequência, estar sujeita à prestação de cuidados de uma série de pessoas, que vão desde os pais, os vários técnicos e/ou auxiliares, os médicos, ginecologistas, ou a consulta de planeamento familiar. Efetivamente esta população pode ser mais tocada e examinada e esta questão vai gerar dificuldades na compreensão que o indivíduo com DM tem em relação ao consentimento sexual, isto é na distinção entre o toque bom e o toque mau (abuso sexual), caso esta distinção e esta explicação não lhe seja dada e trabalhada com alguma frequência (McCarthy & Thompson, 1997; Owen *et al.* 2000; Murphy, 2003; Murphy & O'Callaghan, 2004; O'Callaghan & Murphy, 2007; citados por Healy *et al.*, 2009).

É de referir que, vários dados clínicos apontam para os abusadores como sendo pessoas conhecidas ou mesmo familiares do indivíduo (Franco, 2012). Ainda neste sentido estudos recentes realizados nos Estados Unidos que concluíram que os principais abusadores são pais, padrastos, irmãos e professores (Pinho, Menezes & Cardoso, 2011).

Segundo Brown e Pirtle (2008) a educação sexual vai também contribuir para a redução ou inibição de comportamentos socialmente inadequados, o que por sua vez irá colmatar a vulnerabilidade que existe no que respeita à falta de oportunidades de interacção social e outras que advêm da segregação a que muitas pessoas com DM estão sujeitas por não terem, por vezes, um comportamento social adequado.

Também Servais e colaboradores (2002, citados por Galea *et al.* 2004) argumentam que a educação sexual desempenha uma importante função no que respeita à diminuição do número de vulnerabilidades desta população no contexto da sua sexualidade.

Apesar disto, Isler e colaboradores (2009) revelam que num estudo efetuado 51,7% de adolescentes com DM, nunca tiveram educação sexual. Para além disso, 46,7% nunca falaram sobre sexo com os pais, apresentado um nível de conhecimento baixo, sendo que, os escassos conhecimentos que detêm revelam-se pouco correctos (Isler *et al.*, 2009; Kijak, 2010; citados por Pinto, 2011).

Efetivamente, são vários os estudos que têm demonstrado que os indivíduos com DM têm baixos níveis de conhecimento sobre sexualidade, fraca experiência relativamente a encontros, intimidade e interação sexual e poucas oportunidades de aprendizagens no âmbito desta temática (Galea *et al.* 2004; Dukes & McGuire, 2009). Contudo, apesar de existirem diversos estudos, ainda são escassos os estudos neste âmbito, pois segundo Pinto (2011) esta questão é congruente com a visão de que estas pessoas não têm sexualidade e por isso, não é relevante o seu estudo.

Também são diversos os estudos que mostram que os indivíduos com DM são um grupo de risco no que diz respeito a doenças sexualmente transmissíveis (Grace, 2003; citados por Dukes & McGuire, 2009), neste âmbito, são particularmente vulneráveis devido às grandes desvantagens relativamente à negociação de sexo seguro (Dukes & McGuire, 2009).

Num artigo publicado por O'Callaghan e Murphy (2007), os autores defendem a importância da educação sexual nos indivíduos com DM, referindo que estas pessoas têm necessidades pessoais e sexuais e têm o direito a satisfazê-las, assim como têm o direito a estar informadas de modo a se protegerem sexualmente quer de doenças sexualmente transmissíveis, quer de gravidez ou abuso sexual.

Estudos relativamente recentes revelam ainda com os seus resultados que o facto de se promover a educação sexual junto das pessoas com DM influencia directamente a sua capacidade para tomar decisões a nível da sua sexualidade e relacionamento sexuais (Dukes & McGuire, 2009; citado por Healy *et al.*, 2009). Contudo também são alguns os estudos que demonstram que apenas um pequeno número de indivíduos da população com DM usufrui de qualquer tipo de educação sexual (Murphy, 2003; Murphy & O'Callaghan, 2004; citados por Healy *et al.*, 2009).

Vários estudos recentes demonstram também que os indivíduos com DM possuem menos conhecimentos no âmbito da educação sexual comparativamente à população em geral (Servais, 2006). Segundo Sousa (2011) através da observação directa e de intervenções com esta camada populacional, rapidamente concluímos que a informação sexual dos indivíduos portadores de DM é habitualmente reduzida e por vezes incorreta. Muitas das informações de que dispõem foram conseguidas a partir de outros indivíduos, ou a partir de dados recolhidos, esporadicamente, nas conversas com os colegas que, por norma também possuem poucos e ou fracos conhecimentos neste

âmbito. Ainda se percebe que é raro estes indivíduos conversarem com os pais sobre questões sexuais e que eles próprios não tomam essa iniciativa por vergonha (Sousa, 2011).

De acordo com Servais (2006), o conhecimento sexual é de um modo geral limitado e os temas em que os indivíduos com DM demonstram ter menos conhecimento são a puberdade, menstruação, sexualidade, práticas de sexo seguro, contracepção e DST. No estudo de McCabe (1999, citado por Servais, 2006) o autor acrescenta que os indivíduos com DM têm também baixos níveis de conhecimento no que se refere à gravidez e aos vários aspetos com ela relacionados.

O estudo de Lunsy e Konstantareas (1998, citado por Servais, 2006) demonstrou que os indivíduos com DM têm menos actividade sexual do que as pessoas ditas normais, nomeadamente no que se refere à prática da masturbação assim como estes revelam mais atitudes negativas em relação a algumas práticas sexuais comparativamente com os outros grupos em estudo e que estas questões estavam directamente relacionadas com o facto de possuírem menos conhecimentos no âmbito da educação sexual.

No que diz respeito à iniciação sexual, Surís, Resnick, Cassuto e Blum (1996, citados por Pinto, 2011) estudaram uma amostra de mais de 36.000 alunos do 7º ao 12º ano de escolaridade e relataram que os estudantes com DM não diferem dos outros estudantes em termos de iniciação sexual.

McCabe e alguns colegas (Szollos & McCabe, 1995; McCabe & Cummins, 1996; citados por Cuckelly & Bryde, 2004) nas suas pesquisas verificaram também que os indivíduos com DM, possuem baixos níveis de conhecimento no âmbito da educação sexual, comparativamente com os grupos de estudantes de Psicologia que também participaram nos estudos.

No artigo publicado por Leutar e Mihokovic (2007), os autores referem que vários estudos demonstram que 65% dos homens e 82% das mulheres com DM que vivem em sociedade já experienciaram algum tipo de relação sexual mas apenas um pequeno número tem uma vida sexualmente ativa.

Tendo em atenção os considerandos apresentados poder-se-á questionar sobre a realidade portuguesa. Será que os nossos jovens com deficiência mental possuem conhecimentos acerca da sua sexualidade? Será que os nossos jovens com deficiência

mental estão devidamente informados sobre a gravidez, doenças sexualmente transmissíveis e a prática de comportamentos sexuais de risco?

Estudo Empírico

Tipo de estudo e Objetivos

O trabalho desenvolvido é um estudo do tipo exploratório, comparativo e descritivo (Fortin, 2000).

Face ao enquadramento apresentado como objetivo geral pretende-se com a presente investigação analisar os conhecimentos dos indivíduos com Deficiência Mental (DM) no âmbito da sexualidade e ainda comparar esses conhecimentos com os conhecimentos que detêm os indivíduos normativos. Tendo em conta os resultados de estudos anteriormente realizados neste âmbito, espera-se que o grupo de participantes com DM, de um modo geral, possua menos conhecimentos e informações que o grupo de jovens normativos.

Como objectivos específicos, pretende-se ainda com esta investigação:

- Analisar os conhecimentos que os participantes possuem no âmbito das temáticas relacionadas com a sexualidade, nomeadamente SIDA, Gravidez, Adoção de Comportamentos de Risco, Comportamento Sexual;
- Investigar se as variáveis sexo e idade dos jovens está associada a um nível mais elevado de conhecimentos em relação às diferentes temáticas (SIDA, Gravidez, Adoção de Comportamentos de Risco, Comportamento Sexual);
- Analisar se o facto de os participantes terem algum tipo de formação em educação sexual está associado ao seu nível de conhecimentos em relação à temática;
- Identificar se algum tipo de formação específico em educação sexual contribui de forma significativa para o nível de conhecimentos dos participantes dos dois grupos da amostra.
- Identificar se a autoavaliação que os participantes fazem relativamente aos seus conhecimentos no âmbito da temática está associada aos conhecimentos reais que estes possuem acerca da mesma;

- Analisar se a religião dos participantes está associada ao nível de conhecimentos dos mesmos no âmbito da temática.
- Perceber se o facto dos participantes terem parceiro atualmente está associado a um nível de conhecimentos mais elevado;
- Averiguar se a duração do relacionamento atual se relaciona com uma maior ou menor nível de conhecimentos no âmbito da educação sexual;
- Verificar se os indivíduos normativos têm relacionamentos mais ou menos duradouros que os relacionamentos do indivíduos com DM;
- Investigar se os indivíduos com DM têm uma maior prática no âmbito da sexualidade e das relações sexuais;
- Averiguar se o nível de escolaridade dos pais (mais ou menos escolaridade) influencia o nível de conhecimentos que os participantes possuem no âmbito da temática;
- Investigar qual o método contraceptivo mais utilizado pelos participantes de cada grupo em estudo;
- Perceber se existe maior incidência de casos de abuso sexual nos indivíduos com DM comparativamente com os indivíduos normativos;

Metodologia

Técnica de Amostragem

Atendendo a que parte da amostra para este estudo pertence a uma minoria da população, sendo por isso de difícil acesso, e ao facto de que a temática a ser abordada ser bastante delicada, a técnica utilizada para a realização do presente estudo foi a técnica de amostragem não aleatória, intencional e por conveniência (Fortin, 2000). Foi utilizada a mesma técnica para o grupo de jovens normativos a fim de facilitar a recolha de dados, tendo sido escolhido um grupo de alunos da Licenciatura de Psicologia. Os alunos do curso de Licenciatura em Psicologia foram escolhidos atendo a esperar-se que estes possam deter à partida um maior conhecimento no âmbito das temáticas relacionadas com a sexualidade.

Amostra

A amostra para este estudo é constituída por um total de 63 participantes (N=63), sendo que 30 participantes pertencem a uma população com DM ligeira a moderada e 33 participantes pertencem a uma população normativa, no caso são alunos da Licenciatura de Psicologia (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização da Amostra

		População Normativa (N=33)		População com DM (N=30)	
		Frequência (f)	%	Frequência (f)	%
Género	Masculino	9	27,3	17	56,7
	Feminino	24	72,7	13	43,3
Idade	≤ 20 anos	22	66,7	11	36,7
	20 a 25 anos	6	18,1	5	16,6
	≥25 anos	5	15,2	14	46,7
Estado Civil	Solteiro	31	93,9	24	80,0
	Casado	1	3,0	4	13,3
	Outro	1	3,0	2	6,7
Religião	Ateísta	6	18,2	2	6,7
	Católico	18	54,5	27	90,0
	Protestante	3	9,1		
	Outra	6	18,2		
Habilitações Académicas da mãe	1º ciclo	5	15,2	1	3,3
	2º ciclo	2	6,1	14	46,7
	3º ciclo	7	21,2	1	3,3
	Ensino Secundário	8	24,2	6	20,0
	Curso Profissional	3	9,1	1	3,3
	Ensino Superior	8	24,2		
Habilitações Académicas do pai	Analfabetismo	1	3,0	2	6,7
	1º ciclo	4	12,1	12	40,0
	2º ciclo	4	12,1	4	13,3
	3º ciclo	7	21,2	5	16,7
	Ensino Secundário	11	33,3	1	3,3
	Curso Profissional	2	6,1		
	Ensino Superior	4	12,1		

Como podemos verificar na tabela 1 a população com DM é constituída por 30 participantes, sendo que 17 participantes são do género masculino e 13 do género feminino e as suas idades situam-se sobretudo abaixo dos 20 ($n=11$; 36,7%) anos e acima dos 25 ($n=14$; 46,7%). A sua média de idades corresponde a 26,47 anos ($DP=11,107$). Relativamente ao estado civil destes participantes, estes são maioritariamente solteiros ($n=24$; 80,0%). Em termos da religião estes participantes são sobretudo católicos ($n=27$; 90,0%). No que se refere às habilitações académicas dos pais neste grupo de participantes, as habilitações da mãe são ao nível o 2º ciclo ($n=14$; 46,7%) seguido do ensino secundário ($n=6$; 20,0%) e as habilitações do pai incidem sobretudo ao nível do 1º ciclo ($n=12$; 40,0%), seguido do 3º ciclo ($n=5$; 16,7%).

No que diz respeito à população normativa em estudo esta é constituída por um total de 33 participantes, sendo que a maioria dos participantes são do género feminino ($n=24$; 72,7%) e a maior parte tem idades inferiores a 20 anos ($n=22$; 66,7%), correspondendo a uma média de idades igual a 21,67 anos ($DP=6,840$). Em relação ao estado civil, a grande maioria dos participantes são solteiros ($n=31$; 93,9%). No que se refere à religião os participantes são maioritariamente católicos ($n=18$; 54,5%), mas também existem participantes ateístas ($n=6$; 18,2%), protestantes ($n=3$; 9,1%) ou seguidores de outras religiões ($n=6$; 18,2%), nomeadamente espiritismo ($n=2$; 6,1%), agnóstico ($n=3$; 9,1%) e cristã-ortodoxa ($n=1$; 3,0%). Relativamente às habilitações académicas dos pais, no caso das habilitações da mãe as respostas já se apresentam mais distribuídas, incidindo sobretudo ao nível do ensino superior ($n=8$; 24,2%), ensino secundário ($n=8$; 24,2%) e 3º ciclo ($n=7$; 21,2%), no caso das habilitações do pai existe maior incidência de casos no ensino secundário ($n=11$; 33,3%), seguido do 3º ciclo ($n=7$; 21,2%).

Instrumentos

De acordo com os objetivos do presente estudo, os instrumentos que foram utilizados são apresentados seguidamente:

- Questionário sociodemográfico pretende caracterizar a amostra com base em várias variáveis, tais como o sexo, a idade, as habilitações, etc. (Anexo 1).

— Questionário de Conhecimentos sobre a Sexualidade (QCS) (Anexo 2) - pretende analisar os conhecimentos e informações que os jovens apresentam no âmbito da sexualidade, gravidez e doenças sexualmente transmissíveis. Este é uma adaptação do questionário desenvolvido por Sanchez e Nabal (2008) para um projeto em curso e não publicado ainda. Esta adaptação consistiu apenas na tradução do questionário da língua espanhola para a língua portuguesa, efetuado por Martins e colaboradores (2008). O QCS é constituído por 5 blocos de questões, Conhecimentos sobre a SIDA, Conhecimentos sobre a Gravidez, Adoção de Comportamentos de Risco, Comportamento Sexual e alguns Itens Específicos.

O primeiro bloco “Conhecimentos sobre a SIDA”, pretende analisar os conhecimentos que os indivíduos possuem acerca da temática da SIDA. É constituído por 14 afirmações, às quais o indivíduo deverá responder selecionando uma das três opções de resposta, “Verdadeira”, “Falsa” e “Não Sabe”.

Em relação ao segundo bloco “Conhecimentos sobre a Gravidez”, é constituído por 6 afirmações que pretendem analisar os conhecimentos que o indivíduo detém acerca da gravidez. O indivíduo dispõe de 3 opções de resposta, “Verdadeira”, “Falsa” e “Não Sabe”, de entre as quais deve selecionar a que melhor traduz o seu conhecimento acerca da temática apresentada.

No que se refere ao terceiro bloco de perguntas “Adoção de Comportamentos de Risco”, são apresentadas 6 afirmações que procuram analisar os conhecimentos que os indivíduos têm acerca da adoção de comportamentos de risco. Tal como os outros blocos de questões, este tem também três opções de resposta, “Verdadeira”, “Falsa” e “Não Sabe”, sendo que o indivíduo deverá selecionar novamente a resposta que melhor se identifica com os seus conhecimentos acerca da temática apresentada neste grupo.

O quarto bloco de respostas “Comportamento sexual”, é constituído por 7 questões de resposta aberta que pretendem analisar o comportamento sexual dos indivíduos. Neste inclui questões como: “Quantas vezes se toca ou se masturba?”, “Já teve alguma relação sexual com penetração?”, entre outras.

O quinto e último bloco “Itens Específicos”, é um bloco onde estão incluídas 3 questões de resposta aberta que pretendem analisar os conhecimentos específicos sobre o que é a SIDA, como esta é transmitida e qual a melhor forma da mulher na engravidar.

Para a pontuação total obtida no questionário é calculada através da soma das pontuações totais obtidas nos blocos 1, 2 e 3. Para o cálculo das pontuações são atribuídos 2 pontos por cada resposta correta, 1 ponto quando o participante responde que não sabe e 0 pontos quando a resposta dada está incorreta. Assim, no bloco 1 é possível obter uma pontuação máxima de 28 pontos, nos blocos 2 e 3 uma pontuação máxima de 12, respetivamente, o que perfaz uma pontuação total de 52 pontos.

Procedimentos

Para a recolha de dados foi solicitada a colaboração a uma Instituição de Educação Especial do Distrito de Faro com uma população de jovens portadores de Deficiência Mental (DM).

Concedida a autorização da instituição procedeu-se à recolha dos dados junto dos clientes da mesma. Para o grupo de participantes com DM os questionários foram aplicados em contexto institucional e preenchidos individualmente embora a aplicação tenha sido feita em pequenos grupos de 6/7 pessoas. Antes do preenchimento dos questionários foi explicado aos participantes qual o propósito dos mesmos solicitando-lhes a sua colaboração para o estudo a desenvolver, caso estes estivessem disponíveis e interessados em colaborar procedeu-se à assinatura do consentimento informado e só depois se iniciou o preenchimento dos respetivos questionários. No grupo de participantes normativos, o procedimento foi igual, à exceção do preenchimento do consentimento informado, que no caso não foi assinado por não se considerar necessário neste grupo. Neste caso a aplicação do questionário teve lugar em contexto de sala de aula e o seu preenchimento também foi individual, embora a aplicação dos questionários tenha sido coletiva.

Para o tratamento dos dados recolhidos foi utilizada uma metodologia qualitativa (análise de conteúdo para as questões abertas) e quantitativa (estatística inferencial e correlacional) utilizando-se o Programa SPSS 17.

Apresentação, Análise e Discussão de Resultados

De modo a dar resposta ao primeiro objetivo do estudo “Analisar os conhecimentos que os participantes possuem no âmbito das temáticas relacionadas com a sexualidade, nomeadamente SIDA, Gravidez, Adoção de Comportamentos de Risco, Comportamento Sexual”, procedeu-se à análise e comparação das pontuações obtidas no QCS pelos participantes dos dois grupos.

Tabela 2 - Médias das pontuações obtidas no QCS pelos dois grupos de participantes

	População com	População
	DM	Normativa
	Média	Média
	(M)	(M)
Bloco 1 – Conhecimentos sobre a Sida	10,23	12,52
Bloco 2 – Conhecimentos sobre a Gravidez	4,00	5,67
Bloco 3 – Adoção de Comportamentos de Risco	4,53	4,94
Pontuação total QCS	18,77	23,12

No grupo de participantes com DM o valor médio da pontuação total obtida no teste é de $M=18,77$ pontos. No bloco 1, onde se questionam os participantes acerca dos seus conhecimentos sobre a SIDA, o valor médio da pontuação obtida é de $M=10,23$, seguido de $M=4,00$ pontos no bloco 2, onde são analisados os conhecimentos sobre a gravidez e por último $M=4,53$ pontos no bloco 3, onde se questiona os participantes sobre a adoção de comportamentos de risco. Tendo em conta que as pontuações máximas nos blocos são 28, 12, 12 e que a máxima de pontuação total é de 52 pontos, tal como já foi referido atrás na caracterização do QCS, verifica-se que os participantes possuem de um modo geral fracos conhecimentos no âmbito da educação sexual, sobretudo no que diz respeito aos conhecimentos na temática da Sida, seguidos dos conhecimentos sobre a gravidez e adoção de comportamentos de risco (Tabela 2).

No que se refere à população normativa foi possível verificar que o valor médio da pontuação total obtida no teste foi de $M=23,12$ pontos, sendo que no bloco 1 o valor médio de pontuação foi de $M=12,52$ pontos, no bloco 2 foi $M=5,67$ pontos e no bloco 3 a média da pontuação obtida foi de $M=4,94$ pontos. Relativamente às pontuações

obtidas pelos participantes do grupo normativo é possível verificar que, embora as pontuações obtidas em todos os blocos sejam elevadas, o bloco em que estes apresentam uma maior pontuação é o bloco 2, seguido do bloco 3 e 1, isto é, apresentam maior nível de conhecimentos sobre a gravidez, seguido de um maior nível de conhecimentos sobre a adoção de comportamentos de risco e finalmente sobre a Sida (Tabela 2).

Tendo em conta as pontuações obtidas pelos dois grupos é possível constatar que os participantes com DM possuem menos conhecimentos no âmbito da educação sexual comparativamente com os participantes normativos, pois quer a média da pontuação total do teste quer as médias de pontuações obtidas nos blocos correspondem a valores inferiores aos obtidos pelo grupo de participantes normativos. Relativamente ao grupo de participantes com DM o tema em que estes demonstram possuir maior nível de conhecimentos, apesar das baixas pontuações, é no âmbito da temática da adoção de comportamentos de risco, seguido dos conhecimentos acerca da problemática da sida e por último os conhecimentos sobre a gravidez. No que respeita ao grupo de participantes normativos a tendência é diferente, estes apresentam mais conhecimentos acerca da temática da gravidez, seguida da temática da sida e da adoção de comportamentos de risco.

De modo a verificar se a diferença encontrada entre as médias de pontuação total obtidas pelos dois grupos era significativa procedeu-se à aplicação do teste *t*. Através desta aplicação, aquando a análise do teste de *Levene*, verificou-se que não existia homogeneidade das variâncias ($F= 8,933$; $p= 0,004$) (Anexo 3).

Assim, aplicou-se o teste de *Mann-Whitney* e obteve-se para o grupo normativo um valor médio de pontuação total no teste de $M=41,97$ e para o grupo com DM uma média de $M=21,03$ (Anexo 4). Através deste mesmo teste foi possível verificar que esta diferença de pontuação entre os dois grupos é estatisticamente significativa ($U= 166,0$, $Z= - 4,555$, $p= 0,000$) (Anexo 5).

Tendo em conta os resultados obtidos é possível afirmar que a população normativa possui significativamente maior nível de conhecimentos no âmbito da sexualidade do que a população com DM. Estes resultados são corroborados por diversos autores. Szollos e McCabe (1995, citados por Cuskelly e Bryde, 2004; Cheng & Udry, 2005) e McCabe e Cummins (1996, citados por Cuskelly e Bryde, 2004; Cheng

& Udry, 2005) verificaram que os indivíduos com DM possuem menos conhecimentos sobre a sexualidade em geral, gravidez, contraceção, doenças sexualmente transmissíveis, relações sexuais, casamento e homossexualidade, comparativamente com os indivíduos normativos estudantes de Psicologia. Também Glat (1983; citado por Pinheiro, 2004) encontrou no seu estudo resultados semelhantes, isto é, os indivíduos com DM revelaram possuir baixo nível de conhecimentos acerca da sua sexualidade nomeadamente nos temas da reprodução, nascimento, métodos contraceptivos, doenças sexualmente transmissíveis e menstruação. Galea e colaboradores (2004, citados por Servais, 2006) encontraram resultados semelhantes ao avaliarem o nível de conhecimentos no âmbito da sexualidade de 96 indivíduos australianos com DM integrados na comunidade. Os resultados encontrados por estes autores revelaram que os participantes possuem um conhecimento limitado no âmbito da sexualidade nomeadamente no que se refere aos tópicos da puberdade, menstruação, menopausa, adoção de comportamentos de risco/sexo seguro, doenças sexualmente transmissíveis e contraceção (Servais, 2006).

Tendo em conta o segundo objetivo do estudo “Investigar se as variáveis sexo e idade dos jovens está associada a um nível mais elevado de conhecimentos em relação às diferentes temáticas (Sida, gravidez, adoção de comportamentos de risco e comportamento sexual)”, para esta análise recorreu-se novamente à aplicação do teste de *Mann-Whitney*. No grupo de participantes com DM, para os indivíduos do género feminino obteve-se um valor médio de pontuação total de $M=15,08$ e para os indivíduos do género masculino $M=15,82$. Verifica-se que não existe muita diferenças entre as pontuações obtidas pelos indivíduos do género feminino e do género masculino, estas são muito próximas, não existindo por isso diferenças estatisticamente significativas a este nível ($p= 0,817 > \alpha=0,05$). Para o grupo normativo verificou-se que os indivíduos do género feminino possuem um valor médio de pontuação total obtida no teste de $M=18,48$ e os indivíduos do género masculino $M=13,06$. Existe uma diferença entre o valor médio das pontuações totais obtidas no teste porém esta diferença não é estatisticamente significativa ($p= 0,145 > \alpha=0,05$). Verifica-se portanto que no grupo normativo não há diferenças no nível de conhecimentos entre os indivíduos do género feminino e masculino.

Através dos resultados obtidos é possível afirmar que tanto nos indivíduos com DM como nos indivíduos normativos o género sexual do participante não está associado ao seu nível de conhecimentos. Estes resultados diferem dos resultados encontrados por McGillivray (1999, citado por Galea *et al.*, 2004) que constatou no seu estudo que nos indivíduos com DM o facto de pertencer ao género feminino estava associado a um maior nível de conhecimentos no âmbito da sexualidade. O autor justifica que tais resultados podem estar relacionados com o facto de que os indivíduos do género feminino, habitualmente, estão mais informados e por isso possuem um melhor conhecimento relativamente a esta temática. Ainda segundo Leutar e Mihokovic (2007) os indivíduos com DM do género masculino e feminino possuem semelhantes conhecimentos no âmbito da sexualidade geral, contudo estes diferem no que diz respeito a temáticas específicas. Segundo os resultados encontrados pelos autores, os indivíduos do género masculino possuem maior nível de conhecimentos no âmbito da adoção de comportamentos de risco, enquanto que os indivíduos do género feminino possuem maior nível de conhecimentos no que respeita à temática da gravidez. Estes resultados também são contraditórios aos encontrados nestes estudo pois também não se verificaram grandes divergências nas médias das pontuações obtidas pelos indivíduos do género masculino comparativamente com os indivíduos do género feminino no bloco 2 – gravidez e bloco 3 - adoção de comportamentos de risco.

Relativamente à variável idade pretendia-se investigar esta está associada ao nível de conhecimentos que os jovens possuem no âmbito da temática da sexualidade, isto é, esperava-se que o nível de conhecimentos dos participantes estivesse associado à sua idade, e assim, por exemplo, quanto mais idade este tivesse maior seria o seu nível de conhecimentos pois pressupõem-se que maior seria o seu número de experiências no âmbito da educação sexual e sexualidade. A correlação escolhida para esta análise foi a de *Spearman* por estas serem duas variáveis que não estão linearmente relacionadas. No de participantes com DM verificou-se que não existe associação entre estas duas variáveis ($r = -0,035$; $p = 0,852 > \alpha = 0,05$), no grupo normativo foram encontrados resultados semelhantes ($r = -0,077$; $p = 0,671 > \alpha = 0,05$).

Tendo em conta o acima apresentado pode-se afirmar que parece não existir uma associação entre a idade do indivíduo e o seu nível de conhecimentos no âmbito da sexualidade em ambos os grupos de participantes, contrariamente ao que seria de

esperar. Pensa-se que esta ausência de associação entre estas duas variáveis possa estar relacionada com o número de participantes, por ser uma amostra relativamente pequena, mas sobretudo por existir pouca variabilidade nas idades dos participantes, sobretudo no grupo normativo em que a grande maioria dos participantes se encontra na mesma faixa etária ($n=22$), isto é, abaixo dos 20 anos. Esta tendência também se encontra no grupo de participantes com DM que se situam sobretudo em duas faixas etárias, abaixo dos 20 ($n=11$) e acima dos 25 ($n=14$).

Tabela 3 - Formação dos Participantes em Educação Sexua

		População com DM		População Normativa	
		Frequência	%	Frequência	%
		(f)		(f)	
Formação em Educação Sexual	Sim	20	60,6	22	73,3
	Não	13	39,4	8	26,7
Tipo de Formação em Educação Sexual	Palestras/ Colóquios	11	33,3	11	36,7
	Ações de Formação	6	18,2	5	16,7
	Outra	1	3,0	3	10,0
Auto Avaliação dos conhecimentos em Educação Sexual	Muito Bom	2	6,1	8	26,7
	Bom	23	69,7	12	40,0
	Suficiente	6	18,2	4	13,3
	Insuficiente			2	6,7
Importância da Educação Sexual	Sim	33	100,0	28	93,3
	Não			1	3,3

Em relação à formação no âmbito da educação sexual, a maioria dos participantes com DM afirma já ter tido formação neste âmbito ($n=22$; 73,3%) assim como a maioria dos participantes normativos ($n=13$; 39,4%). Em ambos os grupos esta formação foi sobretudo adquirida através de palestras/colóquios, no grupo com DM 36,7% dos casos ($n=11$) no grupo normativo 33,3% ($n=11$). Sobre a autoavaliação dos conhecimentos que possuem acerca da temática da sexualidade, no grupo de participantes com DM, a maioria dos autoavalia-se com Bom ($n=12$; 40,0%), seguido de Muito bom ($n=8$; 26,7%), Suficiente ($n=4$; 13,3%) e apenas 2 participantes (6,7%) se autoavaliaram com Insuficiente. No caso dos indivíduos normativos, a maior parte dos

participantes ($n=23$; 69,7%) atribuí uma avaliação de Bom aos mesmos, seguido de Suficiente ($n=6$; 18,2%) e apenas 2 participantes se autoavaliaram com Muito bom (6,1%). No que se refere à importância da educação sexual no grupo de participantes com DM, apenas 1 participante (3,3%) considerou que esta não tem qualquer importância e 1 participante não responde (3,3%), os restantes ($n=28$; 93,3%) consideraram que a educação sexual é importante. Já no grupo normativo em relação a esta questão a totalidade dos participantes deste grupo ($n=33$, 100,0%) considera importante a educação sexual.

Um outro objetivo que se considerou importante para este estudo era “Analisar se o facto de os participantes terem algum tipo de formação em educação sexual está associado ao seu nível de conhecimentos em relação à temática”. Para tal compararam-se os conhecimentos no âmbito da educação sexual entre indivíduos que já haviam tido formação neste âmbito e os que nunca tiveram qualquer formação neste sentido. Começou-se por fazer esta análise entre os indivíduos do mesmo grupo. Para o grupo de participantes com DM os indivíduos que referiram já ter tido formação no âmbito da educação sexual obteve-se uma média de pontuação total de $M=18,41$ e para os que afirmaram não ter qualquer formação neste âmbito obteve-se uma média de $M=19,75$. Através destes valores verifica-se que existe uma pequena diferença na média da pontuação total obtida pelos participantes do grupo com DM com e sem formação no âmbito da sexualidade, tendo os indivíduos sem formação em educação sexual deste grupo uma média de pontuação mais elevada. Contudo, através da aplicação do teste de *Mann-Whitney* verificou-se que, tal como no grupo normativo, esta diferença não é estatisticamente significativa ($p=0,495 > \alpha=0,05$).

No grupo de participantes normativos verificou-se que os participantes que já possuíam formação em educação sexual obtiveram uma média de pontuação total no teste de $M=23,15$ e os indivíduos que afirmaram nunca ter tido formação neste âmbito obtiveram uma média de $M=23,08$. Para comprovar que realmente não existem diferenças significativas nestas pontuações aplicou-se o teste de *Mann-Whitney*, este comprovou não existirem diferenças significativas entre as pontuações totais obtidas no teste pelos indivíduos com e sem formação no âmbito da sexualidade do grupo de participantes normativos. Depois de analisados estes resultados podemos afirmar que através dos resultados encontrados é possível perceber que o facto de ter tido algum tipo

de formação em educação sexual não está associado ao nível de conhecimentos acerca da temática. Estes resultados são contrários ao esperado, pois é relatado na literatura que a formação em educação sexual contribui fortemente para um aumento dos conhecimentos acerca da temática o que por sua vez irá influenciar positivamente uma série de outros fatores. Por exemplo, o uso adequado dos métodos contraceptivos, prevenção da gravidez, doenças sexualmente transmissíveis, entre outros, os quais acabam por promover a saúde sexual dos indivíduos bem como lhes proporcionar uma vivência mais saudável da sua sexualidade, sobretudo nos indivíduos com DM.

Os resultados anteriores são assim contrários aos resultados obtidos por vários autores, como por exemplo Ballan (2001, citado por Brown & Pirtle, 2008) que através do seu estudo verificou que o facto de os indivíduos com DM terem formação em educação sexual aumenta os seus conhecimentos no âmbito da sexualidade, nomeadamente nos temas da contraceção, reprodução e higiene pessoal. Considera-se que estes resultados podem ser devidos ao facto de que as formações em educação sexual que os participantes frequentaram terem sido pouco duradouras e pouco abrangentes, pois tratam-se sobretudo de palestras/colóquios que por norma são ações de formação de curta duração e pontuais, aspeto que influencia a quantidade e qualidade dos temas abordados nas mesmas.

Ainda neste sentido e de modo a tentar verificar se os participantes normativos possuem realmente um nível mais elevado de conhecimentos no âmbito da educação sexual do que os participantes com DM, considerou-se importante comparar a média de pontuação total obtida no teste dos indivíduos normativos que afirmaram ter formação no âmbito da educação sexual e os indivíduos do grupo com DM na mesma condição. Inicialmente, para esta análise recorreu-se à aplicação do teste *t* contudo não foi possível a realização da mesma através da sua aplicação pois o teste de Levene mostrou não existir homogeneidade das variâncias ($p= 0,015 < \alpha= 0,05$), sendo por isso necessário recorrer à aplicação do teste de *Mann Whitney* para a comparação de médias dos dois grupos desta condição. Através da análise deste último teste obteve-se $M=15,00$ para a população com DM e $M=28,65$ para a população normativa em estudo. Verificou-se portanto que existe diferença na média da pontuação total obtida por cada um dos grupos e que através do teste demonstrou ser estatisticamente significativa ($p= 0,000 < \alpha= 0,05$).

Podemos assim afirmar que, mais uma vez, se verifica que os participantes com DM possuem significativamente um menor nível de conhecimentos no âmbito da educação sexual comparativamente aos indivíduos normativos apesar de estarem em igual condição no que se refere ao possuir formação no âmbito da educação sexual. A diferença de médias de pontuação não se verifica apenas ao nível da pontuação total obtida no teste existem também diferenças significativas entre o conhecimento que os participantes com DM possuem comparativamente com os participantes normativos no que diz respeito às temáticas abordadas no bloco 1 – Conhecimentos sobre a Sida ($p=0,000 < \alpha=0,05$) e no bloco 2 – Conhecimentos sobre a Gravidez ($p=0,000 < \alpha=0,05$) à excepção dos conhecimentos no bloco 3 – adoção de comportamentos de risco, que revelaram não haver diferenças entre os dois grupos ($p=0,175 > \alpha=0,05$).

Considerou-se também interessante dentro desta mesma questão comparar os conhecimentos dos participantes normativos e dos participantes com DM que afirmaram não terem qualquer tipo de formação em educação sexual. Para esta comparação realizou-se a aplicação do teste de *Mann Whitney*. Assim verificou-se que a média da pontuação total obtida pelo com DM de $M=6,38$ e para o grupo normativo de $M=13,85$. Verifica-se que existem diferenças entre a média dos dois grupos a qual se revelou estatisticamente significativa através da aplicação do teste estatístico ($p=0,006 < \alpha=0,05$). À semelhança dos resultados obtidos na comparação realizada na condição anterior (indivíduos normativos e indivíduos com DM com formação em educação sexual), também nesta condição foi possível verificar que os indivíduos com DM possuem significativamente menor nível de conhecimento nos blocos 1 – Conhecimentos sobre a Sida e 2 – Conhecimentos sobre a Gravidez ($p=0,018 < \alpha=0,05$; $p=0,001 < \alpha=0,05$).

A fim de tentar demonstrar que a população com DM possui efectivamente menor nível de conhecimentos no âmbito da sexualidade que a população normativa, decidiu-se comparar os conhecimentos que indivíduos com DM com formação em educação sexual com os conhecimentos possuídos pelos participantes do grupo normativo que afirmaram não ter tido qualquer formação neste âmbito. Para esta condição verificou-se uma média da pontuação total obtida no QCS de $M=13,82$ para os participantes com DM e uma média de $M=25,08$ para os participantes normativos. Esta diferença demonstrou-se novamente estatisticamente significativa ($p=0,002 < \alpha=0,05$)

assim como as diferenças de médias para os conhecimentos relativos às temáticas do bloco 1 – Conhecimentos sobre a Sida ($p= 0,002 < \alpha= 0,05$) e do bloco 2 – Conhecimentos sobre a Gravidez ($p= 0,000 < \alpha= 0,05$).

Procurou-se ainda perceber quer num grupo quer no outro se algum dos tipos de formação contribuía de alguma forma para um nível de conhecimentos mais elevado no âmbito da sexualidade, esta análise foi feita através da comparação das médias da pontuação total obtida pelos participantes de cada grupo que tinham o mesmo tipo de formação. Em nenhum dos grupos em estudo, normativos e indivíduos com DM se verificaram diferenças nas médias das pontuações obtidas em função do tipo de formação em educação sexual ($p= 0,763 > \alpha= 0,05$; $p= 0,600 > \alpha= 0,05$). Estes resultados permitem afirmar que dos tipos de formação em educação sexual que os participantes usufruíram, não existe nenhum que seja mais eficaz no que respeita à aquisição dos conhecimentos no âmbito da temática.

O quarto objetivo do estudo era “Identificar se a autoavaliação que os participantes fazem relativamente aos seus conhecimentos no âmbito da temática está associada aos conhecimentos reais que estes possuem acerca da mesma”. No grupo de indivíduos com DM, os participantes que se autoavaliaram com muito bom ($n= 8$; 26,7%) obtiveram uma média de pontuação total de $M=20,75$, os participantes que afirmaram que o seu conhecimento acerca desta temática era bom ($n=12$; 40,0%) obtiveram $M=17,58$, os participantes que a classificaram com suficiente ($n= 4$; 13,3%) obtiveram $M=20,50$ e os participantes que se autoavaliaram com insuficiente ($n=2$; 6,7%) obtiveram uma média total de $M=16,00$.

No grupo de participantes normativos os participantes que se autoavaliaram com muito bom ($n= 2$; 6,1%) obtiveram uma média de pontuação total no QCS de $M=23,00$, os participantes que classificaram o seu conhecimento no âmbito da sexualidade com bom ($n= 23$; 69,7%) obtiveram uma média de $M=23,00$ e os participantes que se autoavaliaram com suficiente ($n= 6$; 18,2%) obtiveram uma média de $M=23,33$ pontos. Neste grupo foi possível verificar que apesar das diferentes autoavaliações atribuídas pelos participantes ao seu nível de conhecimentos sobre educação sexual, todas as pontuações obtidas se situam a nível de avaliação real de suficiente, verificando-se assim que a grande maioria dos participantes deste grupo ($n= 25$) não tem uma perceção real acerca dos conhecimentos que possui efetivamente no âmbito da educação sexual.

À semelhança do grupo normativo, também os participantes do grupo com DM não possuem uma real perceção sobre os conhecimentos que detém no âmbito desta temática pois apenas 4 dos participantes conseguiram atribuir a classificação aos conhecimentos que efetivamente possuem acerca do tema, sendo que a maioria dos participantes deste grupo ($n=22$) faz uma autoavaliação sobrevalorizada dos seus conhecimentos na autoavaliação dos mesmos. Podemos então concluir a através destes resultados que os indivíduos normativos não fazem uma correta avaliação dos conhecimentos que possuem acerca da sexualidade, assim como os indivíduos com DM, verificando-se que em qualquer um dos grupos a grande maioria dos indivíduos considera que tem um nível de conhecimentos acerca da temática muito mais elevado do que o que possui realmente.

Na literatura não foram encontrados estudos que fizessem referência a esta questão, porém considera-se que estes resultados possam ser devidos ao facto de a maioria dos participantes ter realizado algum tipo de formação no âmbito da educação sexual. Isto porque pensa-se que o facto de ter tido formação neste âmbito vá influenciar positivamente a forma como os indivíduos percecionam e autoavaliam os conhecimentos que detém acerca do tema. Ou seja, quando questionados sobre se consideram os seus conhecimentos no âmbito da temática da educação sexual muito bons, bons, suficientes ou insuficientes, os indivíduos por terem usufruído de formação neste sentido irão ter uma maior perspetiva de autoeficácia em relação ao tema o que contribui para uma autoavaliação ao nível das classificações mais positivas.

Um outro objetivo era analisar se a religião dos participantes está associada ao nível de conhecimentos dos mesmos no âmbito da temática. Para esta análise em cada um dos grupos realizou-se a aplicação do teste *One Way ANOVA*. No grupo de participantes com DM, tal como no grupo normativo, nenhuma religião em particular está associada a um maior ou menor nível de conhecimentos acerca da temática da sexualidade ($p= 0,844 < \alpha= 0,05$), assim como não está associada a uma maior ou menor nível de conhecimentos em qualquer um dos blocos de questões ($p= 0,477 < \alpha= 0,05$; $p= 0,0886 < \alpha= 0,05$; $p= 0,816 < \alpha= 0,05$). Para o grupo normativo foi possível verificar que a religião não está associada à pontuação total obtida no teste ($p= 0,816 > \alpha= 0,05$) assim como não está associada à pontuação obtida em cada um dos blocos de questões ($p= 0,338 > \alpha= 0,05$; $p= 0,146 > \alpha= 0,05$; $p= 0,477 > \alpha= 0,05$). Com isto

podemos perceber que não há nenhuma religião que esteja associada a um maior ou menor nível de conhecimentos no âmbito da educação sexual.

Podemos através dos resultados obtidos afirmar que não existe qualquer associação entre a religião do indivíduo e os seus conhecimentos acerca da educação sexual, quer no grupo de participantes com DM quer no grupo normativo.

Tendo em conta a informação da literatura existente acerca deste tema, já referida no enquadramento conceptual deste artigo, existem diversas religiões que influenciam a educação sexual e sobretudo o comportamento, ideologias que os indivíduos possuem em particular sobre alguns assuntos, como por exemplo a contraceção. Tendo isto em conta seria de esperar que fosse notável alguma influência de determinada religiões sobretudo no bloco de adoção de comportamentos de risco. Considera-se que estes resultados podem ser devido ao baixo número da amostra o que contribui para pouca distribuição dos sujeitos pelas diversas religiões, sendo a grande maioria católicos.

Tabela 4 - Relacionamento atual e anterior

		População com DM		População Normativa	
		Frequência	%	Frequência	%
		(f)		(f)	
Parceiro (a) atualmente	Sim	20	60,6	11	36,7
	Não	13	39,4	18	60,0
Duração do relacionamento anterior	< 6 meses	3	9,1	3	10,0
	6 meses a 1 ano	5	15,2	3	10,0
	1 ano a 2 anos	4	12,1	2	6,7
	> 2 anos	8	24,2	3	10,0
Já teve algum relacionamento	Sim	20	60,6	17	56,7
	Não	3	9,1	12	40,0
Duração do relacionamento anterior	< 6 meses	5	15,2	7	23,3
	6 meses a 1 ano	5	15,2	2	6,7
	1 ano a 2 anos			3	10,0
	> 2 anos	9	27,3	2	6,7
	Não sabe	1	3,0		

No grupo da população com DM a maioria dos participantes não tem atualmente nenhum parceiro(a) ($n=18$; 60,0%) enquanto que no grupo normativo a maioria dos participantes tem parceiro atualmente ($n=20$; 60,6%). Em relação a relacionamentos anteriores, no grupo de indivíduos com DM 56,7% ($n=17$) já tiveram relacionamentos anteriores e no grupo normativo 60,6% ($n=20$) também afirmaram já ter tido. Relativamente à duração do relacionamento atual dos 11 participantes do grupo normativo que têm atualmente parceiro(a) a duração desse relacionamento varia de menos de 6 meses a mais de 2 anos, não se verificando maior incidência em nenhuma das categorias de durabilidade do relacionamento, o mesmo não acontece em relação à duração dos relacionamentos anteriores pois a maioria dos participantes afirma que este teve uma durabilidade inferior a 6 meses ($n=7$; 23,3%). No caso do grupo normativo a grande maioria dos participantes com parceiro(a) atualmente ($n=8$; 24,2%) mantém esse mesmo relacionamento há mais de 2 anos, verificando-se a mesma direção de resposta em relação à durabilidade do relacionamento anterior desta vez com 27,3% ($n=9$).

O sexto objetivo deste estudo prendia-se com o facto de “Perceber se o facto dos participantes terem parceiro(a) atualmente está associado a um nível de conhecimentos mais elevado”. Esta análise baseou-se na comparação entre as médias de pontuação obtidas pelos participantes com e sem parceiro(a) atualmente. Para esta comparação recorreu-se à aplicação do teste t , verificada a homogeneidade das variâncias através do teste de Levene ($p= 0,937 > \alpha= 0,05$), procedeu-se à análise dos resultados do teste. No grupo de participantes com DM, verificada a homogeneidade das variâncias através do teste de Levene ($p= 0,665 > \alpha= 0,05$), procedeu-se à análise dos resultados obtidos através do teste t e percebeu-se que existem diferenças na média de pontuação total obtida no teste entre os indivíduos com parceiro ($M=20,36$) e sem parceiro atualmente ($M= 17,94$) do grupo de participantes com DM. Porém, verificou-se que esta não é estatisticamente significativa ($p= 0,097 > \alpha= 0,05$). Também no grupo normativo não se verificaram diferenças significativas ao nível dos conhecimentos que possuem os participantes com parceiro ($M= 23,05$) e sem parceiro(a) ($M= 23,23$) atualmente ($p= 0,391 > \alpha= 0,05$).

É assim possível afirmar que o facto de possuir ou não parceiro atualmente não está associado aos conhecimentos que os participantes possuem no âmbito da sexualidade, contrariamente ao que se esperava. Seria esperado que ao ter parceiro

atualmente o nível de conhecimentos no âmbito da temática fosse relativamente superior pois pressupõe-se uma maior atividade sexual, que por sua vez, segundo o estudo levado a cabo por McCabe (1999, citado por Servais, 2006) está positivamente associada ao nível de conhecimentos sobre a sexualidade, ou seja, quanto maior o nível de atividade sexual maior os conhecimentos e vice-versa. Assim, os resultados deste estudo diferem dos resultados encontrados pelo autor, este verificou que os indivíduos com DM possuíam menor atividade sexual e que esta estava associada a um menor nível de conhecimentos sobre a sexualidade (Servais, 2006). Os resultados deste estudo diferem ainda dos resultados encontrados por Leutar e Mihokovic (2007) que verificaram uma tendência semelhante ao autor referido anteriormente. Os autores verificaram que na população com DM o facto de ser sexualmente mais ativo ou de ter parceiro, o que permite maior possibilidade de experimentação sexual, contribui para um maior nível de conhecimentos no âmbito da sexualidade.

Procurou-se também com este estudo averiguar se a duração do relacionamento atual se relaciona com uma maior ou menor nível de conhecimentos no âmbito da educação sexual. Para esta análise realizou-se a aplicação da correlação de *Spearman* e constatou-se que quer no grupo normativo quer no grupo de participantes com DM não existe qualquer relação entre estas duas variáveis ($r= 0,112$; $p= 0,550 > \alpha= 0,05$) ($r= 0,250$; $p= 0,183 > \alpha= 0,05$). Ainda relativamente a esta questão, procurou-se analisar se no mesmo grupo existiam diferenças nos níveis de conhecimento dos participantes com mais ou menos tempo de relacionamento com o parceiro(a) atual. Recorreu-se ainda à aplicação do teste *One Way ANOVA* de modo a comparar as médias de pontuação obtidas pelos participantes com menos de 6 meses de relacionamento, com um relacionamento com duração entre seis meses a um ano, um ano a dois anos e mais de dois anos. Tanto no grupo de participantes como no grupo de participantes normativos não se verificaram diferenças na comparação de médias do nível dos conhecimentos sobre a sexualidade em função do tempo de duração do relacionamento com o parceiro(a) atual ($p= 0,450 > \alpha= 0,05$; $p= 0,556 > \alpha= 0,05$).

Ainda em relação ao tempo de duração do relacionamento, um outro objetivo deste estudo era verificar se os indivíduos com DM possuem relações menos duradouras que os indivíduos normativos, uma vez que esta é uma ideia pré-concebida que existe acerca da vivência da sexualidade destes indivíduos, pois existe frequentemente a ideia

de que estes indivíduos não conseguem ter relacionamentos mais duradouros devido à sua inadaptação social, dificuldades de relacionamento interpessoal, dificuldades intelectuais, entre outros aspetos. Para esta análise atribuíram-se valores consoante o tempo de duração do relacionamento tal como se apresenta na tabela seguinte (Quadro 1).

Quadro 1 - Valores atribuídos a cada tempo de relacionamento dos participantes

Tempo de relacionamento	Valor atribuído para análise estatística
Até 6 meses	1
De 6 meses a 1 ano	2
De 1 ano a 2 anos	3
Mais de 2 anos	4

Comparou-se as médias de tempo de duração do relacionamento atual dos indivíduos com DM e dos indivíduos normativos. Esta comparação de médias foi feita através da aplicação do teste *t*, e verificada a homogeneidade das variâncias através do teste de Levene ($p= 0,101 > \alpha= 0,05$) procedeu-se à continuação da análise dos resultados. Verificou-se que existem diferenças de médias do tempo de duração dos relacionamentos de indivíduos. Para os indivíduos com DM obteve-se uma média de duração de relacionamento de $M= 0,90$, o que quer dizer que a média de duração dos relacionamentos dos indivíduos com DM situa-se ao nível dos relacionamentos com duração inferior a 6 meses. Em relação ao grupo normativo, obteve-se uma média de duração de $M= 1,73$, o que nos indica que a duração média dos relacionamentos destes indivíduos varia de menos de seis meses a 1 ano. Verificou-se que esta diferença é estatisticamente significativa ($p= 0,035 < \alpha=0,05$). Através destes resultados podemos afirmar que as relações dos indivíduos com DM têm duração inferior às dos indivíduos normativos, resultados que acabam por refletir de alguma forma a ideia que existe de que os indivíduos com DM têm relacionamentos menos duradouros que indivíduos normativos. Uma possível explicação para estes resultados pode ser o facto de que frequentemente os indivíduos com DM têm menos possibilidades de vivências e experimentação da sua sexualidade, isto envolve menos oportunidades para conviverem

em sociedade, menos convivência com os seus pares, menos privacidade devido à maior supervisão por parte dos cuidadores, entre outros aspetos.

Na literatura e na sociedade existe também frequentemente a ideia de que as pessoas portadoras de DM masturbam-se ou tocam-se sexualmente com maior frequência que os indivíduos normativos. Assim, um dos objetivos deste estudo era investigar se os indivíduos com DM têm uma maior prática no âmbito da sexualidade e das relações sexuais que os indivíduos sem DM. Procurou-se analisar os dados recolhidos relativos a esta questão e verificou-se que a frequência de toque e masturbação difere ligeiramente entre os indivíduos com DM ($M= 3,03$) e os normativos ($M= 2,64$), sendo que 2 corresponde a uma frequência de masturbação de uma vez por semana e 3 corresponde a mais de uma vez por semana. Porém através da aplicação do teste t , estando comprovada a homogeneidade das variâncias através do teste de Levene ($p= 0,449 > \alpha= 0,05$), verificou-se que as diferenças verificadas não são estatisticamente significativas ($p= 0,413 > \alpha= 0,05$) o que nos permite afirmar que na população em estudo não se verificou existir maior frequência do toque sexual ou masturbação para a população com DM comparativamente com a população normativa.

Estes resultados são coincidentes com os resultados obtidos no estudo realizado por Szollos e McCabe (1995, citados por Galea e colaboradores, 2004) onde verificaram que não existiam diferenças significativas na frequência da prática da masturbação quando comparados indivíduos com DM com indivíduos normativos estudantes de Psicologia. Resultados semelhantes são referidos por Hellemans, Roeyers, Leplae, Dewaele e Deboutte (2010) que referem que no estudo por eles realizado não se verificou tendência para uma maior frequência masturbatória na grande maioria dos indivíduos com DM. Ainda neste sentido, também Leutar e Mihokovic (2007) num estudo realizado com indivíduos com DM verificaram que apenas 29,2% dos participantes praticavam de forma mais ou menos regular a masturbação, contudo os autores acreditam que este resultado se deve ao facto de que nem todos os participantes tenham respondido honestamente a esta questão por motivos de privacidade. Tendo por base esta afirmação pode-se presumir que possa existir de igual forma esta salvaguarda da privacidade, por parte dos participantes deste estudo, o que pode ter conduzido aos resultados obtidos relativamente à prática da masturbação e toque sexual.

Ainda relacionado com a questão de maior frequência masturbatória, ideia que acaba por estar relacionada com a crença de que os indivíduos com DM possuem um comportamento sexual exacerbado e um maior desejo e impulso sexual, considerou-se que também seria interessante comparar a frequência com que os indivíduos normativos da população em estudo têm relações sexuais com penetração comparativamente com os indivíduos com DM da população em estudo, sendo este um outro objetivo do estudo. Assim, realizou-se um teste *t* para comparar os valores dos dois grupos, não havendo homogeneidade das variâncias ($p= 0,004 < \alpha= 0,05$), comprovada através do teste de Levene, procedeu-se à aplicação do teste *Mann Whitney* para a realização desta análise. Para a população com DM a média obtida é de $M= 1,97$ e para a população normativa $M=1,76$, sendo que 1 corresponde a uma frequência de relações com penetração de uma vez por semana e 2 corresponde a uma frequência de duas vezes por semana. Através da aplicação do teste verificou-se que não existem diferenças na frequência com que os indivíduos dos dois grupos têm relações sexuais com penetração ($p= 0,848 > \alpha= 0,05$).

Com estes resultados é possível afirmar que os indivíduos com DM têm relações sexuais com penetração com a mesma frequência que os indivíduos normativos, ou seja, têm uma vida sexual tão ativa como os demais. Estes resultados estão de acordo com os resultados encontrados no estudo de Chamberlain e colaboradores (s/d, citados por Conod & Servais, 2008) que verificaram que as participantes do estudo mantinham relações sexuais com penetração com tanta frequência como os participantes do grupo normativo. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de McGillivary (1999, citado por Conod & Servais, 2008) que verificou que cerca de 42 % dos participantes com DM mantinham relações sexuais com a mesma frequência que indivíduos normativos. Também Szollos e McCabe (s/d, citados por Galea e colaboradores, 2004) afirmam que através dos seus estudos conseguiram verificar que não existem diferenças nas experiências sexuais de indivíduos com DM comparativamente com indivíduos normativos. Contudo existem na literatura estudos com resultados contrários no que se refere a esta questão. Leutar e Mihokovic (2007) referem um estudo em que 65% dos participantes masculinos e 82% dos participantes femininos com DM já haviam tido relações sexuais com penetração mas apenas um pequeno número mantinha uma vida sexualmente ativa.

Um dos outros objetivos deste estudo era “Averiguar se o nível de escolaridade dos pais (mais ou menos escolaridade) influencia o nível de conhecimentos que os participantes possuem no âmbito da temática”. Seria de esperar que quanto mais elevadas são as habilitações académicas dos pais maior o nível de conhecimento dos seus filhos no âmbito da educação sexual. Assim, realizou-se uma correlação de *Pearson* a fim de verificar a existência ou não de relação entre estas duas variáveis. no grupo de participantes com DM não foi encontrada qualquer relação entre o nível de habilitações académicas dos pais dos participantes e os conhecimentos que estes últimos possuem sobre a sexualidade em geral ou sobre os conhecimentos que estes possuem no âmbito dos temas específicos analisados, Sida, Gravidez e adoção de comportamentos de risco. Tendo em conta os resultados acima apresentados, considera-se que neste estudo a escolaridade dos pais não está relacionada com os conhecimentos que os indivíduos dos dois grupos possuem acerca da sexualidade.

No grupo de participantes normativos apenas se verificou a existência deste tipo de relação no que se refere aos conhecimentos que os participantes possuem no âmbito da temática abordada no bloco 2 – Conhecimentos sobre a Gravidez, e as habilitações da mãe ($r = -0,384$). A relação encontrada revelou-se estatisticamente significativa ($p = 0,028 < \alpha = 0,05$) e indica-nos que no grupo normativo quanto mais elevadas são as habilitações académicas da mãe menor o nível de conhecimentos que os participantes possuem sobre a gravidez. Os resultados encontrados são algo contraditórios ao que seria de esperar. Uma possível justificação é o facto de que devido à existência de um nível de habilitações académicas mais elevado por parte da mãe se considere que não é necessário que esta seja alvo de tantos esclarecimentos acerca da gravidez por se partir do princípio que são pessoas mais informadas, enquanto que em mães com menor nível de habilitações se pressuponha exatamente o contrário e por isso lhes seja proporcionada maior informação e acompanhamento neste sentido.

Estes resultados diferem dos resultados esperados, pois esperava-se que quanto mais elevado o nível de escolaridade dos pais, mais informados e alertados estes estariam para a necessidade de proporcionar uma educação sexual precoce aos seus filhos, independentemente da sua condição intelectual e ainda que ao fazê-lo estariam provavelmente dotados de maior nível de conhecimentos e ferramentas para abordarem as várias temáticas da sexualidade.

Outro dos objetivos deste estudo era o de investigar qual o método contraceptivo mais utilizado por cada um dos grupos de participantes em estudo. Verificou-se que no grupo de participantes com DM os resultados são muito semelhantes aos obtidos no grupo normativo, sendo o preservativo o método contraceptivo mais utilizado ($n=7$; 23,3%), seguido da pílula em conjunto com o preservativo ($n= 4$; 13,3%) e a pílula ($n=2$; 6,7%). No grupo de participantes normativos o método contraceptivo mais utilizado é o preservativo ($n=12$; 36,4%), seguido da pílula conjuntamente com o preservativo ($n= 8$; 24,2%) e por fim a pílula ($n= 7$; 21,2%). Estes resultados são contrários aos encontrados no estudo realizado por Szollos e McCabe (1995, citados por Galea *et al.*, 2004) onde uma grande percentagem dos indivíduos com DM não utilizava métodos contraceptivos adequados, 80% dos participantes femininos utilizam apenas a pílula e 73% dos participantes masculinos afirmaram nunca ter utilizado o preservativo como forma de proteção pois afirmaram que cabe à mulher a responsabilidade de tomar precauções.

Existem inúmeros relatos na literatura e vários dados de outros estudos que mostram que os indivíduos com DM são frequentemente alvo de abuso sexual e têm maior probabilidade de virem a ser abusados sexualmente comparativamente com os indivíduos normativos. Na população em estudo, no grupo de indivíduos com DM, os participantes que responderam a esta questão ($N=28$) todos afirmaram nunca terem sido vítimas de abuso sexual. Já no grupo de participantes normativos, dos indivíduos que responderam a esta questão ($N= 33$), um afirmou já ter sido abusado sexualmente.

Os resultados encontrados neste estudo sobre a problemática do abuso sexual na deficiência mental não mostram maior incidência ou probabilidade de abuso sexual nos indivíduos com DM, ao contrário de vários estudos presentes na literatura. Chamberlain e colaboradores (s/d, citados por Servais, 2006; Conod & Servais, 2008), relatam que existe uma prevalência de abuso sexual de cerca de 25% nas mulheres com DM. Resultados semelhantes são relatados por Elkins e colaboradores (s/d, citados por Servais, 2006; Conod & Servais, 2008) que 27% das mulheres com DM são abusadas sexualmente. Swango-Wilson (2008) afirma que 39 a 60 % das mulheres com DM e 16 a 30% dos homens têm maior probabilidade de sofrerem de abuso sexual comparativamente com indivíduos normativos do mesmo género. Servais e colaboradores (2002, citados por Servais, 2006) acrescentam ainda que a probabilidade

de abuso sexual nas mulheres com DM aumenta significativamente quando estas vivem em comunidade comparativamente com a probabilidade de abuso sexual de mulheres com DM que vivem em contexto institucional. Segundo Szollos e McCabe (1995, citados por Cuskelly & Bryde, 2005) a maior probabilidade de abuso sexual deriva do baixo nível de conhecimentos que estes indivíduos possuem no âmbito da sexualidade. Contudo, neste estudo, apesar do baixo nível de conhecimentos que os participantes detêm acerca da sexualidade não se verificou tal tendência.

São raros os estudos que apoiam os resultados encontrados com esta investigação no que diz respeito à problemática de abuso sexual nos indivíduos com DM. Um desses estudos é do autor Huovinen (1993, citado por Conod e Servais, 2008) que verificou existir uma prevalência de abuso sexual nas mulheres com DM de apenas 1,2%.

Pensa-se que os resultados obtidos com este estudo relativamente à questão do abuso sexual nos indivíduos com DM podem estar relacionados com o facto de que a problemática do abuso sexual em Portugal seja uma realidade diferente e menos frequente em comparação com outros países. Considera-se ainda que existe a hipótese de que os indivíduos inquiridos possam não ter respondido honestamente a esta por uma questão de salvaguarda da sua privacidade, o que também pode ter influenciado os resultados obtidos.

O questionário incluiu ainda duas questões de resposta aberta para as quais se realizou uma análise qualitativa das respostas. Esta consistiu na análise das categorias de resposta apresentadas pelos indivíduos dos dois grupos.

Na primeira questão “O que é a SIDA?”, foram encontradas as categorias de resposta apresentadas na tabela que se segue, acompanhadas da respetiva frequência de resposta das mesmas para os dois grupos de participantes (Tabela 5).

Tabela 5 - Categorias de resposta encontradas para a questão “O que é a Sida?”

Categorias de Resposta	DM	Normativos
	Frequência (f)	Frequência (f)
1- Vírus	8	14
2- Doença Sexualmente Transmissível	9	15
3- Doença que enfraquece/afeta/destrói o sistema imunitário, baixando as defesas do corpo, tornando-nos mais vulneráveis	1	15
4- Doença contagiosa, muito grave/perigosa, não tem cura e pode causar a morte	13	7
5- Transmissível através de sangue, saliva	1	1
6- Síndrome de Imunodeficiência	0	5

Como é possível analisar, no grupo de participantes com DM a categoria de resposta com maior frequência é a 4, em que os participantes referem resposta em que consideram que a Sida é uma doença contagiosa, muito grave e perigosa que não tem cura e pode levar à morte. A segunda categoria mais encontrada foi a 2, que refere a Sida como sendo uma doença sexualmente transmissível, seguida da categoria 8, onde esta é caracterizada como sendo um vírus. Para o grupo normativo verificou-se que as categorias com maior frequência são a 2 e 3, que caracterizam a Sida como sendo uma doença sexualmente transmissível que enfraquece/afeta/destrói o sistema imunitário da pessoa infetada. Neste grupo a segunda categoria com maior frequência de resposta é a 1, que refere a Sida como sendo um vírus.

Nos participantes normativos a categoria de resposta 4 foi encontrada com menor frequência ($n= 7$) e verificou-se a presença de uma nova categoria de resposta ausente no grupo de participantes com DM, a categoria 6. Nesta categoria de resposta os participantes referem a sida como sendo o Síndrome de Imunodeficiência ($n= 5$). Considera-se que o facto de esta categoria de resposta estar presente apenas no grupo normativo é devido ao facto de esta ser bastante mais elaborada e de exigir um nível de conhecimento mais aprofundado sobre o tema.

Na segunda questão “Como é transmitida a SIDA de uma pessoa para a outra?”, foram encontradas as categorias de resposta apresentadas na tabela seguinte,

acompanhadas da respetiva frequência de resposta das mesmas para os dois grupos de participantes (Tabela 6).

Tabela 6 - Categorias de resposta encontradas para a questão “Como é transmitida a Sida de uma pessoa para a outra?”

Categorias de Resposta	DM	Normativos
	Frequência (f)	Frequência (f)
1 - Relações sexuais desprotegidas	19	25
2 - Objetos cortantes (e.g. seringas, lâminas)	10	13
3 - Partilha de objetos de uso pessoal (e.g. talheres, roupa)	3	1
4 - Através de cortes/feridas/arranhões	7	0
5 - Através de fluídos corporais (e.g. saliva, esperma)	5	0
6 - Transfusão de sangue	1	4
7 - Através do sangue	0	22
8 - De mãe para filho durante a gravidez	0	7

Como se pode verificar na tabela atrás (Tabela 6), no grupo de participantes com DM a categoria com maior frequência de resposta é a 1, em que a resposta dos participantes indica que a sida é transmitida de uma pessoa para outra sobretudo através de relações sexuais desprotegidas. A segunda categoria mais referida é a 2, que indica que a sida é transmitida através do uso de objetos cortantes como seringas, lâminas, entre outros. A terceira categoria de resposta com maior frequência para este grupo foi a categoria 4, que refere que a sida pode ser transmitida através de arranhões ou feridas. Embora com menor frequência de resposta, foram ainda encontradas outras categorias, as categorias 3,5 e 6. Nestas os participantes referem que a sida é transmitida através da partilha de objetos de uso pessoal, como roupa ou talheres, que pode ser transmitida através de fluídos corporais como esperma ou saliva e ainda que pode ser transmitida através de uma transfusão de sangue.

No grupo de participantes normativos a categoria com maior frequência de resposta é a 1, que indica que a sida é transmitida através de relações sexuais desprotegidas, seguida da categoria 7, uma nova categoria ausente no grupo de

participantes com DM, em que os participantes referem que a sida é transmitida através do sangue. A terceira categoria com maior frequência é a 2, aqui é dito que a sida é transmitida através de objetos cortantes. Encontra-se a presença de uma outra nova categoria, ausente no grupo de participantes com DM, a categoria 8, que refere que a sida é transmitida de uma pessoa para outra através da gravidez, de mãe para filho. Com menor frequência mas com curiosidade temos a categoria 6, que nos diz que a sida é transmitida através de transfusões de sangue, para este grupo esta categoria de resposta apresentou maior frequência ($n= 4$) do que no grupo de participantes com DM ($n= 1$).

Conclusões e perspectivas futuras

A necessidade de elaboração deste estudo surgiu como forma de sensibilizar a população em geral para a necessidade de proporcionar aos indivíduos com DM uma adequada educação sexual, através da tentativa de provar que estes indivíduos possuem efetivamente menos conhecimentos no âmbito da educação sexual comparativamente com os indivíduos da população normativa e o quão relevante esta questão pode ser, no que se refere à saúde sexual da população em geral.

Assim, a realização deste estudo permitiu concluir que a educação sexual junto da população com DM é extramente necessária, pois como foi possível verificar através dos resultados obtidos esta população possui efetivamente fracos conhecimentos relativamente à temática da sexualidade comparativamente aos indivíduos normativos. Apesar de fraco nível de conhecimentos o tema em que os indivíduos com DM apresentaram maior nível de conhecimentos é em relação à adoção de comportamentos de risco, seguido dos conhecimentos sobre a Sida e por último os conhecimentos relativos à gravidez. No grupo de participantes normativos estes apresentaram maior nível de conhecimentos relativamente à temática à gravidez, Sida e por último adoção de comportamentos de risco.

Ao contrário do que se esperava o género e idade dos participantes não está relacionado com o nível de conhecimentos no âmbito da educação quer no caso dos indivíduos com DM quer no caso dos indivíduos normativos, pelo menos nesta amostra estudada.

Sabe-se e é defendida a ideia de que é extramente importante a educação sexual de todos os indivíduos mas sobretudo para os indivíduos com DM. Os resultados deste estudo demonstraram que o facto de ter tido formação em educação sexual não está associado aos conhecimentos que os indivíduos com DM e normativos têm sobre a sexualidade. Considera-se que estes resultados contraditórios sejam devido ao tipo de formação que os indivíduos frequentaram que foi sobretudo palestras/colóquios, que são ações pontuais e de fraca abrangência do tema, pensando-se que se estas formações tivessem sido sobretudo cursos ou outro tipo de formações mais duradouras e abrangentes que os resultados seriam mais favoráveis neste sentido, pois a educação deve ser contínua e não de forma pontual.

Um outro dado interessante e de certo ponto de vista até preocupante prende-se como facto de que tanto os indivíduos com DM como os indivíduos normativos demonstrarem não ser capazes de fazer uma correta autoavaliação dos conhecimentos que possuem sobre a educação sexual, havendo uma certa tendência para se autoavaliarem com classificações mais positivas do que a que obtiveram na realidade. Considera-se, tal como já foi referido na análise dos resultados, que esta questão possa estar relacionada com o facto de grande parte dos participantes o dois grupos já terem frequentado algum tipo de formação em educação sexual, o que pode contribuir para uma expectativa de autoeficácia aumentada relativamente à temática o que por sua vez contribuiu para formas de autoavaliação mais positivas do que seria de esperar. Refere-se que esta questão pode ser até preocupante pois pode gerar uma maior confiança e à vontade nos indivíduos que pode acabar por dar lugar a algumas ações e comportamentos de risco, isto porque os indivíduos possuem uma ideia errónea acerca de um determinado tema mas como têm uma auto autoeficácia relativamente ao tema aumentada acabam por agir de acordo com as suas crenças e convicções. Esta questão pode, a um nível mais alargado, até acarretar graves problemas em termos da saúde pública e sexual.

Com este estudo foi também possível perceber que o nível de escolaridade dos pais não está associado ao nível de conhecimentos que os indivíduos com DM ou normativos possuem acerca da sexualidade. Apenas se encontrou associação da escolaridade das mães dos indivíduos normativos e o nível de conhecimentos dos mesmos acerca da gravidez, verificando-se que quanto mais elevada a escolaridade da

mãe, menor o nível de conhecimentos que estes possuíam sobre o tema. Tal como já foi referido atrás considera-se que estes resultados podem estar relacionados com o facto de que por a mãe possuir maior nível de habilitações académicas seja com menor frequência alvo de ações de sensibilização ou esclarecimento acerca do tema por parte dos médicos ou outros profissionais relacionados, contrariamente a mães que tenham nível de escolaridade mais inferiores, pois são pessoas que muitas vezes constituem grupos de risco. Estes resultados conduzem à ideia de que é importante sensibilizar e intervir no âmbito da educação sexual junto de crianças e jovens mas também os pais, não só dos pais que constituem grupos de risco ou com probabilidade de risco e ainda a comunidade em geral.

Como também já foi referido, a religião é outra das variáveis que por norma demonstra exercer alguma influência sobre os conhecimentos que os indivíduos possuem no âmbito da educação sexual, contudo neste estudo tal associação não foi verificada. Considera-se que estes resultados sejam sobretudo devidos à baixa dimensão da amostra o que faz com que exista pouca variabilidade na religião seguida pelos participantes, pois tal como se verificou a maioria da amostra pertence à religião católica.

Neste estudo não se verificou que o facto de ter ou não parceiro atualmente contribuía para um maior ou menor nível de conhecimento dos participantes. Estes resultados podem de alguma forma ser geradores de alguma preocupação isto porque, tendo em conta que a maioria dos participantes de ambos os grupos demonstrou ter conhecimentos insuficientes acerca da temática da sexualidade e nos temas questionados (sida, gravidez e adoção de comportamentos de risco) pode-se questionar se estes indivíduos com parceiro estão ou não a dotar comportamentos sexuais de risco, uma vez que possuem conhecimentos insuficientes. Coloca-se a questão: existirá nestes indivíduos com parceiro uma prática sexual saudável? Quanto à duração dos relacionamentos, esta parece ser maior nos indivíduos normativos do que nos indivíduos com DM, isto é, os indivíduos com DM possuem relacionamentos menos duradouros dos que os demais e este normalmente não excedem os 6 meses de duração.

Quanto aos métodos contraceptivos e a sua utilização, quer os indivíduos com DM como os indivíduos normativos demonstraram estar informados acerca dos métodos contraceptivos e recorrem à sua utilização. Tanto num grupo como no outro o

método contraceptivo mais utilizado é o preservativo, seguido do preservativo conjuntamente com a pílula.

Em relação à temática do abuso sexual não se verificou maior incidência de casos de abuso sexual nos indivíduos com DM, ao contrário da maioria dos estudos relativos a esta temática. Pensa-se ainda que estes resultados possam dever-se ao facto de a temática do abuso sexual em Portugal corresponder a uma realidade diferente de outros países já estudados neste âmbito ou ainda à possibilidade de ocultação de informação por parte dos participantes por motivos de privacidade devido ao facto de que esta seja uma questão relativamente complicada.

Em relação à frequência da prática da masturbação ou em relação à frequência com que os indivíduos têm relações sexuais com masturbação, neste estudo foram encontradas frequências semelhantes das práticas dos dois comportamentos em ambos os grupos. Estes resultados conduzem à conclusão de que os indivíduos com DM não são hipersexuados e não possuem desejos e necessidades sexuais exacerbadas.

Quanto a sugestões para investigações futuras, considera-se interessante que se realizem estudos como este, com o intuito de conhecer comparar os conhecimentos de indivíduos com DM com indivíduos normativos, contudo para melhores resultados seria importante que a amostra fosse maior, de forma a possibilitar uma maior variabilidade de género, idade e religião dos participantes a fim de melhor se perceber se existe realmente influência destas variáveis nos conhecimentos que os indivíduos possuem no âmbito da sexualidade. Seria também interessante a realização de entrevistas de forma a recolher informação mais pormenorizada e aprofundada, o que não é compatível com as respostas a um questionário.

Seria também interessante que se explorasse a temática da sexualidade de uma forma ainda mais abrangente, isto é, seria interessante que no questionário aos participantes fossem abordadas outras temáticas para além das abordadas neste estudo pois pensa-se que o baixo número de temáticas exploradas (sida, gravidez e adoção de comportamentos de risco) possa de alguma forma ter constituído uma limitação para o estudo.

Considera-se igualmente importante que na realização de estudos futuros a aplicação dos questionários aos participantes não seja feita de forma coletiva mas sim individual, pois pensa-se que esta é uma forma de contornar a questão de salvaguarda da

privacidade que não se sabe se existiu ou não neste estudo, relativamente a algumas questões, o que pode também ter influenciado os resultados obtidos relativamente a algumas questões, como por exemplo o abuso sexual, masturbação, entre outros, constituindo assim uma outra possível limitação do estudo.

Tendo em conta que neste estudo não se encontraram diferenças no nível de conhecimentos dos indivíduos dos dois grupos que já haviam tido algum tipo de formação formal em educação sexual e os que nunca tinham tido qualquer formação formal, considera-se importante que em investigações futuras se avalie previamente os conhecimentos dos indivíduos antes de usufruírem de qualquer tipo de formação formal acerca da temática, submete-los à formação e voltar a medir o seu nível de conhecimentos a fim de demonstrar que este tipo de formação em educação sexual é efetivamente uma mais valia para toda a população.

Por último seria também importante que se avaliasse qual o tipo de formação em duração sexual que contribui de forma mais positiva para um maior e melhor nível de conhecimentos neste âmbito, uma vez que se verificou que mesmo os indivíduos deste estudos que já haviam tido formação em educação sexual possuem um insuficiente nível de conhecimentos sobre o tema. Neste tipo de investigação deveriam ser comparados vários tipos de formação, incidindo sobretudo na comparação de eficácia entre formações do tipo pontual e de longa duração, pois tal como já foi referido a educação faz-se ao longo do tempo e da vida e tal não poderá ser diferente no que diz respeito à educação sexual.

Referências Bibliográficas

1. Albuquerque, M., & Ramos, S. I. (2007). *A sexualidade na deficiência mental profunda- um estudo descritivo sobre atitudes de pais e profissionais*. Obtido em Outubro de 2012, de Psicologia.com.pt - O Portal dos Psicólogos: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0367.pdf>
2. Almeida, P. A. (2008/2009). *A Educação Sexual na Deficiência Mental*. Porto.
3. Associação Americana de Deficiência Mental. (2012). *Definition of Intellectual Disability*. Obtido em 25 de Outubro de 2012, de AAIDD - American Association on Intellectual and Developmental Disabilities: http://translate.google.com/translate?hl=pt-PT&sl=en&tl=pt&u=http%3A%2F%2Fwww.aaidd.org%2Fcontent_100.cfm%3FnavID%3D21&anno=2
4. Bairrão, J., Castanheira, J. L., Felgueiras, I., & Portela, H. (1980). Primeiros resultados de um estudo epidemiológico da deficiência mental em Portugal. *Cadernos do Coomp*, pp. 11-20.
5. Bastos, O. M., & Deslandes, S. F. (2005). Sexualidade e o adolescente com deficiência mental: uma revisão bibliográfica. *Ciência & Saúde Coletiva*, pp. 389-397.
6. Bastos, O. M., & Fidry, D. (2007). Adolescente com deficiência mental: abordagem dos aspectos sexuais. *Adolescência & Saúde*, pp. 29-32.
7. Brown, R. D., & Pirtle, T. (2008). Beliefs of professional and family caregivers about the sexuality of individuals with intellectual disabilities: examinig belifs using a Q-methodology approach. *Sex Education*, pp. 59-75.
8. Center, C. E. (s/d). *Sex Education: The Vatican's Guidelines*. Obtido em Janeiro de 2013, de <http://translate.google.pt/translate?hl=pt-PT&sl=en&tl=pt&u=http%3A%2F%2Fwww.catholiceducation.org%2Farticles%2Fsexuality%2Fse0027.html&anno=2>
9. Cheng, M. M., & Udry, J. R. (2005). Sexual Experiences of Adolescents with Low Cognitive Abilities in the U.S. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, pp. 155-172.
10. Conod, L., & Servais, L. (2008). Sexual life in subjects with intellectual disability. *Salud pública de méxico*, pp. S230-S238.
11. Cunha, O. O., Pires, A., & Vilar, D. (2012). Os Adolescentes e a sua sexualidade: conversas com adultos no contexto do Movimento Escutista: Estudo Exploratório. *Saúde Reprodutiva: Sexualidade e Sociedade*, pp. 29-44.

12. Cuskelly, M., & Bryde, R. (2004). Attitudes towards the sexuality of adults with an intellectual disability: parents, support staff, and a community sample. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, pp. 255-264.
13. DenBoer, J. W. (2008). L. Walker- Hirsch (ed.): The Facts of Life - and More: Sexuality and Intimacy for People with Intellectual Disabilities. *Sex Disabil*, pp. 51-53.
14. Dukes, E., & McGuire, B. E. (2009). Enhancing capacity to make sexuality-related decisions in people with an intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, pp. 727-734.
15. Embregts, P., van de Bogaard, K., Hendriks, L., Heestermans, M., Schuitemaker, M., & van Wouwe, H. (2010). Sexual risk assessment for people with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, pp. 760-767.
16. Félix, I. (2003/2004). Sexualidade e a Deficiência Mental. *Integrar*, pp. 33-36.
17. Fernandes, E. J. (2002). *American Psychiatric Association DSM-IV-TR*. Lisboa: Climepsi Editores.
18. Ferreira, A. B. (Novembro de 2010). *Igreja aplaude Papa por admitir preservativo*. Obtido em Janeiro de 2013, de Diário de Notícias: http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=1716490
19. Filho, M. M., Santos, L. N., Sicutti, K. C., Dias, C. A., & Barreto, W. W. (s/d). *Sexualidade e religião: a prática sexual na perspectiva das denominações protestantes*. Vale do Rio Doce.
20. Fortin, M.-F. (2000). *O Processo de Investigação*. Porto: Lusodidacta.
21. Franco, J. R. (2012). *Sexualidade nas NEE - Trissomia 21: Perspetivas dos docentes do ensino regular do 1º, 2º e 3º ciclo*. Lisboa.
22. Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2001). *População residente com deficiência segundo os Censos: total e por tipo de deficiência (2001)*. Obtido em Janeiro de 2013, de PORDATA - Base de Dados Portugal Contemporâneo : [http://www.pordata.pt/Portugal/Populacao+residente+com+deficiencia+segundo+os+Censos+total+e+por+tipo+de+deficiencia+\(2001\)-1239](http://www.pordata.pt/Portugal/Populacao+residente+com+deficiencia+segundo+os+Censos+total+e+por+tipo+de+deficiencia+(2001)-1239)
23. Galea, J., Butler, J., Iacono, T., & Leighton, D. (2004). The assessment of sexual knowledge in people with intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, pp. 350-365.
24. Gostin, L. O. (2000). Human Rights of Persons With Mental Disabilities. *International Journal of Law and Psychiatry*, pp. 125-159.

25. Healy, E., McGuire, B. E., Evans, D. S., & Carley, S. N. (2009). Sexuality and personal relationship for people with an intellectual disability. Part I: service-user perspectives. *Journal of Intellectual Disability Research*, pp. 905-912.
26. Held, M. D. (1992). Ethical Aspectsof Sexuality of Persons with Mental Retardation. *Sexuality and Disability*, pp. 237-243.
27. Hellemans, R. L. (2010). Sexual Behavior in Male Adolescents and Young Adults with Autism Spectrum Disorder and Borderline/Mild Mental Retardation. *Sexuality and Disability*, pp. 93-104.
28. Hoffmann, S. B., & Chagas, E. R. (1996). Corpo, Sexualidade e Deficiência. *Movimento- Ano III*, pp. I-VII.
29. Isler, A., Beytut, D., Tas, F., & Conk, Z. (2009). A Study on Sexuality with the Parents of Adolescents with Intellectual Disability. *Sex Disabil*, pp. 229-237.
30. Katz, G., & Lazcano-Ponce, E. (2008). Sexuality in subjects with intellectual disability an educational intervention proposal for parents and conselors in developing countries. *Salud pública de méxico*, pp. S239-254.
31. Kempton, W., & Kahn, E. (1991). Sexuality and People with Intellectual Disabilities: A Historical Perspective. *Sexuality and Disability*, pp. 93-111.
32. Leutar, Z., & Mihokovic, M. (2007). Level of Knowledge about Sexuality of People with Mental Disabilities. *Sex Disabil*, pp. 93-109.
33. Loureiro, M. A. (2001). *As Representações das Mães sobre a Sexualidade dos Adolescentes com e sem Deficiência Mental*. Porto.
34. Maia, A. C. (2001). Reflexões sobre a educação sexual da Pessoa com Deficiência. *Revista Brasileira dde Educação Especial*, pp. 35-46.
35. Morato, P. P. (1995). *Deficiência mental e aprendizagem*. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação.
36. Mottier, V. (2010). *Sexualidade: Uma breve introdução*. Alfragide: Texto Editores.
37. Murphy, N. A., & Elias, E. R. (2006). Sexuality of Children and Adolescents With Developmental Disabilities. *American Academy of Pediatrics*, pp. 398-402.
38. National Guidelines Task Force. (2004). *Guidelines for Comprehensive Sexuality Education*. United States of America: Sexuality Information and Education Council of the United States.

39. National Information Center for Children and Youth with Disabilities Washington, DC. (1992). *Sexuality Education for Children and Youth With Disabilities*. Washington, DC.
40. Nielsen, L. B. (1999). *Necessidades Educativas Especiais na Sala de Aula: Um Guia Para Professores*. Porto: Porto Editora.
41. O'Callaghan, A. C., & Murphy, G. H. (2007). Sexual relationships in adults with intellectual disabilities: understanding the law. *Journal of Intellectual Disability Research*, pp. 197-206.
42. Pascoal, C. P. (2009). *Educação Sexual e a Escola*. Lisboa: ID Books.
43. Pinheiro, S. N. (2004). Sexualidade e Deficiência Mental: Revisando Pesquisas. *Psicologia Escolar e Educacional*, pp. 199-206.
44. Pinho, J., Menezes, M. d., & Cardoso, M. (2011). Educação sexual da pessoa com Deficiência Mental: uma revisão bibliográfica. *Revista Contemporânea de Educação*, pp. 202-216.
45. Pinto, J. C. (2011). *Saúde Sexual e Bem-estar nas pessoas com Deficiência Mental*. Aveiro.
46. Servais, L. (2006). Sexual Health Care in Persons with Intellectual Disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities*, pp. 48-56.
47. Silva, J. A. (s/d). *O olhar das religiões sobre a sexualidade*. Pitanga, Paraná, Brasil.
48. Silva, N. C. (2012). *A sexualidade e a Deficiência: Uma visão sobre a educação sexual do adolescente com deficiência*. Porto.
49. Soares, A., Moreira, M., & Monteiro, L. (2008). Jovens portadores de deficiência: sexualidade e estigma. *Ciência e Saúde Coletiva*, pp. 185-194.
50. Sousa, L. d. (2011). *A Educação Sexual na Deficiência Mental: Práticas e percepções face à afetividade e sexualidade do indivíduo com deficiência mental*. Bragança.
51. Swango-Wilson, A. (2008). Caregivers Perceptions and Implication for Sex Education for Individuals with Intellectual and Developmental Disabilities. *Sex Disabil*, pp. 167-174.
52. Talbot, T. J., & Langdon, P. E. (2006). A revised sexual knowledge assessment tool for people with intellectual disabilities: is sexual knowledge related to sexual offending behaviour? *Journal of Intellectual Disability Research*, pp. 533-531.
53. UNESCO, UNFPA, Secretariado da UNAIDS Secretariat, IPPF. (2008). *Overcoming barriers to educating young people about sex and HIV: session notes*. Estados Unidos da América.

54. Vieira, F., Pereira, M., Mateling, A., Castro, F., Trindade, O., Breda, R. v., et al. (2003). "*Se Houvera quem me ensinara...*" - *A Educação de Pessoas com Deficiência Mental*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
55. Ward, K. M., Windsor, R., & Atkinson, J. P. (2012). A process evaluation of the Friendships and Dating Program for adults with developmental disabilities: Measuring the fidelity of program delivery. *Research in Developmental Disabilities*, pp. 69-75.
56. World Health Organization. (2012). *Health topics*. Obtido em 25 de Outubro de 2012, de World Health Organization: <http://www.who.int/en/>

Anexos

Anexo 1 – Questionário Sócio-demográfico



Questionário Sócio-Demográfico



Leia com atenção e responda a todas as questões colocando uma cruz (X) na resposta que melhor se adapte a si.

1. Data de nascimento: _____

2. Idade: _____

3. Género: Masculino Feminino

4. Estado Civil: Solteiro (a) Outro, Qual? _____
 Casado (a)

5. Tem atualmente algum parceiro(a)/namorado(a)? Sim Não

Se a sua resposta foi **Sim**, responda à questão seguinte, se foi **Não** avance para a questão 6.

5.1 Há quanto tempo está com o (a) seu (sua) parceiro(a)? (Se não tem passe para a pergunta seguinte) _____

6. Já teve algum relacionamento? Sim Não

6.1 Quanto tempo durou esse relacionamento? _____

7. Habilitações académicas do seu Pai:

Sem escolaridade 1º Ciclo (4º ano)

2º Ciclo (7º ano) 3º Ciclo (9º ano)

Ensino Secundário Curso Profissional

Curso Superior

8. Habilitações académicas da sua Mãe:

Sem escolaridade

1º Ciclo (4º ano)

2º Ciclo (7º ano)

3º Ciclo (9º ano)

Ensino Secundário

Curso Profissional

Curso Superior

9. Já teve formação em Educação Sexual? Sim Não

15.1 Se sim, que tipo de formação teve no âmbito da Educação Sexual?

Curso

Palestras/Colóquios

Ações de Formação

Outra, Qual? _____

10. Como classifica a sua Formação/Conhecimentos no âmbito em Educação Sexual?

Muito Boa

Suficiente

Boa

Insuficiente

11. Considera importante a Educação Sexual? Sim Não

Obrigada pela Colaboração!

Anexo 2 – Questionário de Conhecimentos no âmbito da Sexualidade (QCS)



Questionário sobre conhecimentos no âmbito da Sexualidade

(Yolanda Nabal & Sara Sanchez, 2008)

Este questionário pretende analisar os conhecimentos e informações que os jovens apresentam no âmbito da sexualidade, gravidez e doenças sexualmente transmissíveis. O anonimato e privacidade são totalmente garantidos, pelo que se solicita que responda com sinceridade a todas as questões.

Obrigada pela Colaboração!

Bloco 1: Conhecimento sobre a SIDA

Apresenta-se um conjunto de frases às quais deverá dizer se concorda que são “**Verdadeiras**”, “**Falsas**” ou se “**Não sabe**”. Responda colocando um **X**.

	Verdadeira	Falsa	Não sabe
1. A melhor maneira para que não lhe transmitam (contagiem) o vírus da SIDA é colocar um preservativo quando tem relações sexuais.			
2. Para que não lhe transmitam o vírus da SIDA, o preservativo da mulher é tão bom como o preservativo masculino.			
3. O diafragma é muito bom para que não nos contagiem com o vírus da SIDA.			

	Verdadeira	Falsa	Não sabe
4. Quando se tem relações sexuais é bom utilizar a pílula anti-contracetiva para que não nos transmitam o vírus da SIDA.			
5. Só as pessoas que tomam drogas é que têm o vírus da SIDA e podem transmitir a SIDA.			
6. Os animais domésticos podem transmitir o vírus da SIDA.			
7. As seringas que são infetadas de outras pessoas podem transmitir a SIDA.			
8. Se lhe fizerem uma transfusão de sangue pode ser contagiado com SIDA.			
9. Se lava a sua roupa conjuntamente com alguém que tem SIDA pode apanhar SIDA.			
10. Se se corta com uma lâmina de barbear de uma pessoa que possui o vírus da SIDA esta pode transmitir-lhe o vírus da SIDA.			
11. Se tem relações sexuais sem utilizar um preservativo pode ficar com a doença da SIDA.			
12. Se utiliza os serviços que utilizam outras pessoas, por exemplo, o serviço de um bar, pode ser contagiado com a SIDA.			
13. Se bebe de um copo que tenha sido utilizado por outra pessoa que tenha o vírus da SIDA pode ser contagiado com a SIDA.			
14. Se der um beijo a uma pessoa que tenha o vírus da SIDA, pode ser contagiado com o vírus da SIDA.			

Bloco 2: Conhecimento sobre a Gravidez

Apresenta-se um conjunto de frases às quais deverá dizer se concorda que são “**Verdadeiras**”, “**Falsas**” ou se “**Não sabe**”. Responda colocando um **X**.

	Verdadeira	Falsa	Não sabe
15. O melhor momento para engravidar é quando a mulher está com a menstruação.			
16. Ao fazer amor em algumas posições (de pé, sentada...) a mulher não consegue engravidar.			
17. Uma mulher não ficará grávida se lavar dentro da vagina depois de fazer amor.			
18. Se uma mulher urinar depois de ter relações sexuais não ficará grávida.			
19. A mulher não ficará grávida se o homem retirar o pénis antes da ejaculação.			
20. Uma rapariga não pode engravidar ao fazer amor pela primeira vez.			

Bloco 3: Adoção de Comportamentos de Risco

Apresenta-se um conjunto de frases sobre o uso do preservativo e deverá dizer se o faz ou se faria o que a frase diz. Se o faz ou se o faria, responda “**Sim**”, se o não faz ou não o faria, responda “**Não**”, se não sabe, responda “**Não sabe se o faria**”. Responda colocando um **X**.

	Verdadeira	Falsa	Não sabe
21. Durante as relações sexuais, usar o preservativo “tira o prazer” e além disso não gosto de ter relações sexuais com o preservativo.			
22. Por usar um preservativo os outros podem pensar que “Sou mais fácil”.			
23. Não faria amor com alguém sem usar preservativo.			
24. Defendo à frente dos meus amigos/as que se deve usar preservativo.			
25. Tenho vergonha de comprar preservativos.			
26. Se a minha parceira está a tomar a pílula para não engravidar, então não tenho de usar preservativo.			

Bloco 5: Comportamento Sexual

As perguntas seguintes são sobre o seu comportamento sexual. As questões são muito pessoais e pede-se para dizer a verdade. Lembre-se que ninguém vai conhecer as suas respostas, pois o questionário é anónimo.

27. Com que frequência se toca ou se masturba? _____

28. Já teve alguma relação sexual com penetração? _____

29. Já teve contato sexual com alguém sem querer? _____

30. Durante as tuas relações sexuais já tiveste algum tipo de problema? Qual? _____

31. Com que frequência tem relações sexuais com penetração? _____

32. Com quem teve relações sexuais com penetração (namorado(a), amigo(a), familiar, outra pessoa)? _____

33. Durante as suas relações sexuais com penetração, que método contraceptivo utiliza para evitar a gravidez? _____

Bloco 6: Itens Específicos

Responda às seguintes perguntas:

34. O que é a SIDA? _____

35. Como é transmitida a SIDA de uma pessoa para a outra? _____

Anexo 3 – Resultados da aplicação do teste t para comparação das pontuações totais obtidas pelos dois grupos de participantes

		Independent Samples Test									
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper	
Pontos_Total	Equal variances assumed	8,933	,004	4,888	61	,000	4,355	,891	2,573	6,136	
Pontos_Total	Equal variances not assumed			4,713	36,457	,000	4,355	,924	2,482	6,228	

Anexo 4 – Médias das pontuações totais obtidas pelos dois grupos de participantes

Ranks

	Grupo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Pontos_Total Pontos_Total	1 População Normativa	33	41,97	1385,00
	2 População com DM	30	21,03	631,00
	Total	63		

Anexo 5 – Comparação das médias de pontuação total dos dois grupos através da aplicação do teste de Mann-Whitney

Test Statistics^a

	Pontos_Total
Mann-Whitney U	166,000
Wilcoxon W	631,000
Z	-4,555
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

a. Grouping Variable: Grupo