

Rita Vasconcelos Vieira

**Sexualidade na Adolescência: Implementação de um Programa de
Orientação para Alunos com Défice Intelectual**



UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

Porto, 2015

Sexualidade na Adolescência: Implementação de um Programa de Orientação para Alunos com Déficit Intelectual

Sexualidade na Adolescência: Implementação de um Programa de Orientação para Alunos com Déficit Intelectual

Rita Vasconcelos Vieira

Sexualidade na Adolescência: Implementação de um Programa de Orientação para Alunos com Déficit Intelectual



UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

Porto, 2015

Sexualidade na Adolescência: Implementação de um Programa de Orientação para Alunos com Déficit Intelectual

Rita Vasconcelos Vieira

Sexualidade na Adolescência : Implementação de um Programa de Orientação para Alunos com Déficit Intelectual

Dissertação de mestrado apresentada à Universidade Fernando Pessoa, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Educação-Educação Especial (Área de especialização: Domínio Cognitivo e Motor), sob a orientação da Professora Doutora Luísa Saavedra.

Porto, 2015

RESUMO

A sexualidade é um fenómeno natural, transversal a todo o ser humano, devendo ser vivenciada na sua plenitude por todos sem exceção.

O presente trabalho de investigação tem como objectivos, a implementação de um programa de Educação Sexual (Projeto ESA) a alunos com déficit intelectual, ao mesmo tempo que procura aferir a aquisição de conhecimentos e a importância manifestada por estes alunos na sua aplicação.

Com a implementação deste programa pretendeu-se proporcionar informação/formação, de modo a possibilitar a expressão e vivência da sexualidade, por parte dos jovens portadores de déficit intelectual de forma mais consciente, autónoma e saudável, minimizando a sua vulnerabilidade, preconceitos e repressões.

A recolha de dados foi efectuada através da aplicação de dois questionários, um dos quais funcionou como pré teste e pós teste, com questões fechadas e um outro de autoavaliação que incluía questões abertas e fechadas. Participaram no estudo três alunas do segundo ano do curso de educação e formação, nível II, ao longo de um trimestre.

As conclusões indicam que as participantes possuíam poucos conhecimentos sobre a temática da sexualidade, mas foram capazes de interiorizar conhecimentos após a aplicação do programa de educação sexual. Verificou-se, também, que respeitaram as regras preestabelecidas e apresentaram capacidade de participar nas atividades propostas com interesse e empenho. Manifestaram, igualmente, satisfação perante um projeto desta natureza e reconheceram a importância do mesmo no seu futuro.

Palavras-chave: Déficit Intelectual; inclusão; Sexualidade; Educação Sexual na Escola, Educação Sexual a alunos com Déficit Intelectual.

ABSTRACT

Given that sexuality is a natural phenomenon, transversal to every human being that should be experienced in its fullness, and given its singularity.

The aim of this project will be the implementation of Sex Education program (ESA Project) for students with intellectual disability, while measure the knowledge acquisition and importance expressed by the students involved in this program.

With the implementation of this program we intend to provide information/ education, so as to improve the skills and experience of sexuality by young people with intellectual disability in order to become more conscious, independent and healthy, minimizing their vulnerability, prejudice and repression.

Collection data was realized by applying two formularies, one of which served as pre- and post-test with closed questions and another self-assessment that included open and closed questions. In this study, three students participated belonging to second year of education and training, level II, over a period of time.

The data obtained with this study indicate that the participants had limited knowledge on the sexuality subject, although that they were able to internalize knowledge through the application of the sex education program. It was found also that they respected the pre-established rules and showed the ability to participate in the proposed activities with interest and commitment. Furthermore, the group indicated a satisfactory degree for their participation in a project of this nature and recognized its importance in their future.

Key-words: Intellectual disability; inclusion; sexuality; sex education at school, sex education for students with intellectual disability.

AGRADECIMENTOS

Agradeço:

À minhas orientadora, o apoio científico e a disponibilidade manifestadas.

Aos meus familiares: em especial aos meus pais com quem gostaria de partilhar mais esta etapa do meu percurso académico e ao meu filho Amaro que estando ao meu lado me deu a força para seguir em frente.

Aos participantes do estudo, o valioso contributo que deram à investigação.

Aos amigos e colegas que contribuíram direta e indiretamente na construção deste trabalho.

À Escola Básica 1,2,3/PE do Porto da Cruz, a disponibilidade prestada.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	3
1. Deficiência Mental/Déficit Intelectual	3
1.1. <i>Aspetos Históricos</i>	3
1.2. <i>Inclusão: social e escolar</i>	6
1.3. <i>Origem da Deficiência Mental</i>	8
1.4. <i>Graus da Deficiência Mental</i>	10
1.5. <i>Déficit Intelectual</i>	12
2. Sexualidade	15
2.1. <i>A Sexualidade através dos tempos</i>	15
2.2. <i>Conceito Atual de Sexualidade</i>	19
2.3. <i>A Sexualidade na Adolescência</i>	20
2.4. <i>A Sexualidade nas pessoas com Déficit Intelectual</i>	23
3. A Educação Sexual	31
3.1 <i>Educação Sexual na escola</i>	31
3.2 <i>Programas de Educação Sexual</i>	35
3.3 <i>Projeto de Educação para a Sexualidade e Afetos – ESA</i>	36
3.4 <i>Programas de Orientação Sexual para alunos com déficit intelectual</i>	38
CAPÍTULO II – ABORDAGEM EMPÍRICA	43
1. Problemática da investigação	43
2. Objetivos	44
3. Orientações metodológicas	45
3.1 <i>Participantes</i>	48

3.2	<i>Caraterização dos Participantes da investigação</i>	48	
3.2.1.	Aluna A	48	
3.2.2.	Aluna B.....	50	
3.2.3.	Aluna C.....	51	
3.3	<i>Instrumentos e Procedimentos</i>	53	
CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS			
RESULTADOS			57
1.	<i>Aluna A</i>	57	
2.	<i>Aluna B</i>	62	
3.	<i>Aluna C</i>	67	
CONCLUSÕES			83
1.	Conclusões finais	Erro! Marcador não definido.	
2.	Limitações do estudo e pistas para investigações futuras	84	
BIBLIOGRAFIA			86
ANEXOS			95

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 <i>Graus da Deficiência Mental</i>	10
Tabela 2 <i>Agrupamento das questões dos questionários I e II por temáticas</i>	54
Tabela 3 <i>Análise de conteúdo da questão 13</i>	79

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Taxa de respostas corretas relativas à temática Sexualidade e Fisiologia do Sistema Reprodutor Humano.....	58
Gráfico 2 Taxa de respostas corretas relativas à temática Sexualidade, estereótipos e papéis sexuais	59
Gráfico 3 Taxa de respostas corretas relativas à temática Técnicas de resistência às pressões.....	59
Gráfico 4 Taxa de respostas corretas relativas à temática Sexualidade, decisões e comunicação eficaz.....	60
Gráfico 5 Taxa de respostas corretas relativas à temática Comportamentos de risco (consequências): gravidez, ITSs, VIH.....	61
Gráfico 6 Taxa de respostas corretas relativas à temática Comportamentos preventivos: abstinência sexual, adiamento da 1. ^a relação sexual, preservativo + anticoncepcional	61
Gráfico 7 Taxa de respostas corretas relativas à temática Sexualidade e Fisiologia do Sistema Reprodutor Humano.....	63
Gráfico 8 Taxa de respostas corretas relativas à temática Sexualidade, estereótipos e papéis sexuais	64
Gráfico 9 Taxa de respostas corretas relativas à temática Técnicas de resistência às pressões.....	64
Gráfico 10 Taxa de respostas corretas relativas à temática Sexualidade, decisões e comunicação eficaz.....	65
Gráfico 11 Taxa de respostas corretas relativas à temática Comportamentos de risco (consequências): gravidez, ITS's, VIH.....	66
Gráfico 12 Taxa de respostas corretas relativas à temática Comportamentos preventivos: abstinência sexual, adiamento da 1. ^a relação sexual, preservativo + anticoncepcional.	66
Gráfico 13 Taxa de respostas corretas relativas à temática Sexualidade e Fisiologia do Sistema Reprodutor Humano.....	68

Gráfico 14 Taxa de respostas corretas relativas à temática Sexualidade, estereótipos e papéis sexuais.....	68
Gráfico 15 Taxa de respostas corretas relativas à temática Técnicas de resistência às pressões.....	69
Gráfico 16 Taxa de respostas corretas relativas à temática Sexualidade, decisões e comunicação eficaz.....	70
Gráfico 17 Taxa de respostas corretas relativas à temática Comportamentos de risco (consequências): gravidez, ITSs, VIH.....	70
Gráfico 18 Taxa de respostas corretas relativas à temática Comportamentos preventivos: abstinência sexual, adiamento da 1. ^a relação sexual, preservativo + anticoncepcional.	71
Gráfico 19 Taxa de respostas totais corretas aquando da aplicação do questionário I e II, respetivamente.	72
Gráfico 20 Assiduidade dos Participantes, Cumprimento de Regras e Respeito pela Opinião dos Outros.....	75
Gráfico 21 Participação nas Atividades Propostas, Partilha de Ideias e Opiniões, Questionamento Sem Receio e Forma como os Assuntos foram Abordados.....	76
Gráfico 22 Temáticas de que os participantes mais gostaram.	77
Gráfico 23 Opinião dos Participantes sobre o Projeto ESA.....	78

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 - Relatórios do Serviço de Psicologia e Orientação	96
Anexo 2 - Termo de Consentimento da Secretaria Regional de Educação.....	102
Anexo 3 - Termo de Consentimento da Direção da escola	104
Anexo 4 - Termo de Consentimento dos Encarregados de Educação dos participantes.....	105
Anexo 5 - Questionário I.....	108
Anexo 6 - Questionário II.....	110
Anexo 7 - Questionário de Autoavaliação	112
Anexo 8 - Planos de aula.....	113
Anexo 9 - Recursos utilizados.....	128
Anexo 10 - Respostas dos participantes ao questionário I	148
Anexo 11 - Respostas dos participantes ao questionário II.....	151
Anexo 12 - Respostas dos participantes ao questionário de autoavaliação.....	154

ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

- AAIDD – American Association on Intellectual and Developmental Disabilities
- AAMR – Associação Americana de Retardo Mental
- CEI – Currículo Específico Individual
- CID – Classificação Internacional de Doenças
- CIF – Classificação Internacional de Incapacidade
- DR – Diário da República
- DSM-IV – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
- ESA – Educação para a Sexualidade e Afetos
- EUA – Estados Unidos da América
- ITS – Infecções de Transmissão Sexual
- NEE – Necessidades Educativas Especiais
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- ONU – Organização das Nações Unidas
- PEI – Plano Educativo Individual
- QI – Questionário I
- QI – Quociente de Inteligência
- QII – Questionário II
- RH – Recursos Humanos
- RML – Retardo Mental Leve
- SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
- SREC – Secretaria Regional de Educação e Cultura
- UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
- UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância
- VIH – Vírus de Imunodeficiência Humana

INTRODUÇÃO

O enquadramento legal português prevê a abordagem da educação sexual em contexto escolar. Em 2000, o Ministério da Educação publica as linhas orientadoras neste âmbito, estabelecendo assim, a necessidade de concretizá-la em sala de aula. Porém, é com a Lei n.º 60/2009 de 6 de agosto que a educação sexual passa a ter carácter obrigatório em meio escolar, no nosso país (Teixeira, 2011).

Por outro lado, já em 1994, a Declaração de Salamanca, no seu item terceiro, afirmara que as escolas devem acolher todas as crianças, independentemente das suas condições físicas, sociais, intelectuais e que, desta forma, além de se garantir a educação, está a assegurar-se a construção de uma mudança de atitudes da sociedade diante da pessoa com necessidades especiais, tornando-a mais inclusiva (Mattos, 2002; Costa, 2013; Pereira, 2013).

Reconhecida a sexualidade como um dos aspetos essenciais para o equilíbrio psicossomático e o desenvolvimento integral do ser humano, e considerando a legislação vigente, revelou-se necessário a abordagem da educação sexual, a alunos portadores de défice intelectual, em contexto escolar. A escola é um local privilegiado de socialização e de construção da personalidade dos nossos jovens. Cabe à escola, e a todos os profissionais da educação criarem condições para que estes dois paradigmas, inclusão e educação para a sexualidade, a par da restante responsabilidade que lhes assiste, se conjuguem de modo a que se consiga a tão almejada inclusão escolar, e, de modo mais amplo, a inclusão social. Só assim, as futuras sociedades poderão ser mais democráticas, tolerantes e saudáveis. Só assim, a nossa espécie estará mais preparada para enfrentar o fenómeno deslumbrante que é a vida (Assunção, 2010; Fávero et al., 2011; Gomes & Fávero, 2011; Pereira, 2013).

A prática docente resultante da aplicação do Projeto ESA - Educação para a Sexualidade e Afetos, numa escola inclusiva, desde 2006, a alunos dos 2.º e 3.º ciclos, projeto de cariz obrigatório, emanado pela Secretaria da Educação e Cultura da Região Autónoma da Madeira, o grau de satisfação manifestados por alunos e encarregados de educação perante um projeto desta natureza, a aceitação da escola, assim como a

literatura existente sobre esta temática, revelaram-se motivações mais que suficientes para alicerçar e erguer este projeto.

Tendo por base o exposto, delineou-se como objetivos deste trabalho: a aplicação de um programa de intervenção pedagógica na área da sexualidade, e, posterior análise do progresso na aprendizagem; a participação na realização das atividades e o grau de satisfação dos participantes. Pretende-se, assim, por um lado, contribuir para a formação destes jovens e, conseqüentemente, dar o nosso contributo para uma melhor Educação Especial. É nosso objetivo também, verificar a funcionalidade do programa de educação sexual inserido no projeto ESA, no sentido de poder reforçar a sua eficácia junto da comunidade educativa na escola atual, que se define globalizante, ou seja, inclusiva, multicultural, multirracial e impulsionadora da igualdade de direitos.

Em termos organizativos, o trabalho que se apresenta é então composto por três capítulos.

No primeiro capítulo apresenta-se um enquadramento teórico do estudo, onde são abordadas as temáticas da deficiência mental e seus graus, a inclusão, o déficit intelectual, a sexualidade, seu conceito atual, a sexualidade na adolescência, a sexualidade nas pessoas com déficit intelectual e, finalmente, a educação sexual em contexto escolar e a educação sexual para alunos com déficit intelectual. Procurou-se, deste modo, apresentar as perspectivas de diferentes autores relativamente à temática em estudo, tendo por base um fio condutor que nos apresentasse uma visão global da problemática do nosso estudo.

No segundo capítulo encontra-se exposta a abordagem empírica, nomeadamente a problemática da investigação, os objetivos, a caracterização dos participantes e a metodologia do trabalho. São apresentados, ainda, neste capítulo a análise e discussão dos resultados.

Para concluir, no último capítulo, são apresentadas algumas considerações finais, onde se referem as limitações do estudo e as conclusões.

CAPÍTULO I – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1. Deficiência Mental/Déficit Intelectual

1.1. *Aspetos Históricos*

Ao longo da história da Humanidade as pessoas com Deficiência Mental ou com qualquer outra deficiência sempre estiveram mais expostas, quer devido às particularidades que apresentam, quer devido aos modelos sociais, culturais e políticos vigentes em cada época. Inicialmente, foram excluídas da vida em sociedade sendo-lhes negados os direitos sociais, nomeadamente o direito à Educação. Ocorreram momentos em que foram tratadas de forma desumana, outros houve em que já se lhes reconheceu algum potencial, proporcionando-lhes, assim, melhores condições de vida.

Dos primórdios da nossa história pouco ou nada se sabe da forma como eram tratadas as pessoas com Deficiência Mental, apenas que, em alguns locais, as crianças portadoras de deficiência eram consideradas sub-humanas e eram simplesmente abandonadas ou eliminadas. O processo de exclusão foi, assim, praticado durante séculos, verificando-se pequenos progressos à medida das necessidades do ser humano, face à própria estruturação de cada sociedade (Morato & Santos, 2007; Cunha, 2010; Pereira, 2013).

Os autores citados referem, igualmente, que na Antiguidade Clássica a sociedade encarava os deficientes físicos e mentais como seres possuídos por espíritos malévolos e demoníacos. No entanto, nesta época, os deficientes mentais ora eram vistos como “obra de Deus” ora como “obra do Diabo”. Na Roma antiga, os surdos-mudos e os deficientes mentais não eram considerados cidadãos, pois a fala era um pré-requisito crucial para a aquisição do direito de cidadania.

A exclusão das pessoas com deficiência mental prolongou-se, deste modo, até à Idade Média, embora nesta época já fossem visíveis alterações, por parte da igreja e de outras instituições, no sentido de lhes prestar apoio, dando lugar assim à segregação.

Foi na Idade Média que surgiram abrigos, orfanatos e hospitais para onde eram encaminhadas as pessoas com esta problemática, pois achava-se que estas podiam melhorar. A Igreja, enquanto instituição, foi quem arcou com esta responsabilidade.

Em 1581-1660, São Vicente Paulo, defensor dos mais desfavorecidos, fundou a congregação das Irmãs da Caridade, também com o mesmo fim. No século XVII, Locke, filósofo inglês, desenvolveu a teoria empírica do conhecimento, a qual contribuiu para que os deficientes mentais passassem a ser tratados de modo a que pudessem alcançar a sua recuperação funcional e a serem inseridos na sociedade. Porém, o saber médico predominou, e continuou-se a considerar que a Deficiência Mental era incurável (Abenhaim, 2009; Macedo e Terrassi, 2009; Sampaio e Sampaio, 2009).

No século XIX, o modelo de segregação espalhou-se por vários países. Este modelo consistia na retirada das pessoas com deficiência da sua comunidade e na sua inserção em instituições ou em escolas especiais, de modo a prepará-las para a vida em sociedade. Neste contexto, surgiu a Educação Especial para crianças deficientes.

Sèguin (*cit. in Almeida 2009*), fundou várias escolas em França e nos EUA, com vista à concessão a estas pessoas de oportunidades de educação. Este partia de uma visão integral do ser humano e atribuía uma grande importância às condições ambientais da aprendizagem.

Almeida (2009), afirma que Montessori percebeu que a Deficiência não era tanto um problema médico, mas pedagógico. Montessori defendia que o indivíduo aprende de acordo com as experiências facultadas pelo meio ambiente. Mas, apenas no ano de 1905, ocorre uma grande viragem com a criação da escala métrica da inteligência criada por Binet e Simon (*cit. in Almeida, 2009*). Esta escala baseava-se na comparação entre as realizações intelectuais de indivíduos da mesma idade.

Só em meados do século XX é que o modelo da segregação dá lugar à integração e que Falvey (*cit. in Mattos 2002*), define como um processo natural.

De acordo com Teixeira (2011), na década de sessenta verificou-se um movimento norte-americano que tentou aproximar a escola comum da escola especial, numa postura de integrar os alunos com deficiência mental. No entanto, a diferença entre os alunos ainda era evidenciada pela incapacidade orgânica ditada pelo “critério organicista de diagnóstico”. Ainda nesta década, em 1966, neste mesmo país, criou-se o Comité Presidencial de Retardo Mental, cujos trabalhos visaram, também, reconhecer as potencialidades e a dignificação destas pessoas. Assim, o modelo segregativo dá lugar a uma nova ideologia de integração.

Na década de setenta, os direitos dos deficientes mentais foram vivamente debatidos, nomeadamente o facto de estes fazerem parte integrante da sociedade, devendo ser aceites tal como são. Porém, é nos anos noventa que a Associação Americana de Retardo Mental (AAMR), propõe que se lhes ofereçam serviços diversos e constantes, respondendo, de forma eficaz, às suas necessidades, provocando assim uma grande mudança. É sem dúvida, na segunda metade do séc. XX que se mudam das conceções médico orgânicas para as conceções psicológicas e destas para uma conceção multidimensional, onde se admite que o funcionamento do indivíduo depende do meio que o rodeia (Teixeira, 2011).

Fernandes (2011), acrescenta que os movimentos anteriormente citados resultaram em estudos e legislações sobre a pessoa com deficiência, produzindo assim o conceito de Necessidades Educativas Especiais (NEE), em substituição da categoria médica das pessoas deficientes. Assim, os critérios médicos foram substituídos pelos critérios pedagógicos nas propostas de ações educativas a construir uma metodologia capaz de reconhecer e tratar precocemente os deficientes mentais por meio da educação, em escolas especializadas.

Historicamente falando, a segunda metade do Século XX é considerada o estágio do direito à integração. Ideia esta defendida por organizações de renome, como, por exemplo: a UNESCO; ONU; UNICEF; OMS; entre outras (Pereira, 2013).

A integração escolar dos alunos com deficiência ou com NEE, em Portugal, ocorreu em meados dos anos 70. No entanto, o seu conceito foi sendo debatido sob

várias perspetivas e, também, as questões de integração se mostravam diversas. No nosso país, a par do que ia acontecendo noutros países, foi a revolução de 25 de abril de 1974 que veio permitir a concretização das políticas integradoras e o reforço do papel da divisão do ensino especial, bem como a disponibilização de equipas de ensino especial integrado.

Todavia, é com a criação da Lei de Bases do Sistema Educativo, de 14 de outubro de 1986, que é alargado o atendimento educacional das crianças com problemas desta índole. São criadas assim, novas equipas de trabalho para atender estes alunos, com vista à inclusão.

1.2. Inclusão: social e escolar

Segundo Teixeira (2011, p. 47):

Na década de 1990, houve um movimento de escola para todos nos Estados Unidos e em outros países que deu lugar à proposta de inclusão total (full inclusion) com o propósito de promover a inclusão social da pessoa com deficiência.

No final da década de 80 e na década de 90, foi criado o movimento pela Escola Inclusiva que estabelecia que todos os alunos, à margem das suas problemáticas, deviam estar inseridos na sala de aula regular e que, para isso, a escola teria de adaptar-se para atender às suas necessidades educativas especiais. A inclusão implicava uma reorganização do sistema educativo, a escola era, assim, aberta às diferenças e com competência para trabalhar com todos os alunos, fomentando a interação. A inclusão passou, então, a ser defendida a nível mundial.

A este propósito, de acordo com Mattos (2002), é de referir um acontecimento importante, ocorrido em 1994, a Conferência mundial sobre Necessidades Educativas Especiais, decorrida em Espanha, da qual emergiu a conhecida Declaração de Salamanca. Esta prevê que as crianças com NEE devem ter acesso às escolas regulares e que estas devem adaptar-se indo ao encontro das necessidades destas crianças. Assim,

as escolas constituem os meios mais capazes para combater a discriminação e, conseqüentemente, para alcançar a inclusão.

Esta Declaração tinha como objetivo promover uma escola para todos, aceitando as suas diferenças. Foi assinada por um total de 92 países, que concordavam com os princípios fundamentais da escola e da educação inclusivas.

Na perspectiva de Fernandes (2011), este documento afirma os direitos das crianças e dos jovens com necessidades educativas especiais em consonância com a Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948), com a Declaração Mundial sobre Educação para Todos (1990) e com as Normas das Nações Unidas sobre a Igualdade de Oportunidades para as Pessoas com Deficiência (1993).

É só nos anos noventa que em Portugal se proclama “a escola para todos” e onde a política da escola inclusiva sai reforçada. O Decreto- Lei n.º 319/91, de 23 de agosto, vem fortalecer as tendências integradoras da Lei de Bases do Sistema Educativo e introduz o conceito de NEE. As medidas propostas por este diploma têm como prioridade garantir o acesso a todos os alunos aos programas do ensino regular, recorrendo a adaptações curriculares e a apoios adequados. A elaboração de programas especiais é relegada para segundo plano e apenas permitida como último recurso. Apesar de este ter algumas limitações, impôs a reflexão sobre a escolarização das crianças com NEE em Portugal, criando assim as condições para a emergência da escola inclusiva (Pinto, 2012).

Influenciado pela Declaração de Salamanca, o estado Português publica o Despacho Conjunto n.º 105/97, de 1 de julho, posteriormente alterado e retificado pelos Despacho n.º 10856/2005 de 13 de maio e Despacho n.º 1068/2005 de 22 de junho e, mais recentemente, a Lei 3/2008 de 7 de janeiro, que define os apoios especializados a prestar na educação pré-escolar e nos ensinos básico e secundário.

Porém, tanto em Portugal como nos restantes países, onde a inclusão é “uma ordem”, esta ainda não aconteceu na sua plenitude.

A inclusão, segundo Pinto (2012), parte em muito pela sua inclusão no ensino, referindo que é na escola que se pode mudar mentalidades, e conseqüentemente, melhorar a sua aceitação na sociedade.

Para Costa (2013, p. 12):

A educação inclusiva é uma força renovadora na escola, ela desenvolve a participação dos educandos nas instituições de ensino regular. Trata-se de uma vasta reestruturação da cultura, da práxis e das políticas vigentes na escola. É a reconstrução do ensino regular que, baseada neste novo paradigma educacional, reverencia a diversidade de forma humanística, democrática e percebe o sujeito aprendente a partir de sua singularidade, tendo como desígnio principal, colaborar de forma que promova a aprendizagem e o desenvolvimento pessoal para que cada um se construa como um ser global.

O autor afirma ainda que, a educação inclusiva tem força transformadora, e assinala para uma nova era não apenas educacional mas, para uma sociedade inclusiva.

Em suma, a implantação da Educação inclusiva implica uma nova atitude da escola regular, valorizando a heterogeneidade em vez da homogeneidade. O projeto político pedagógico e o curricular devem incorporar ações que favoreçam a inclusão social e práticas educativas diferenciadas que atendam a todos os alunos (Moura & Cavalcanti, 2010).

Hoje, a escola enfrenta o desafio de responder às Necessidades Educativas Especiais de cada criança, com as suas diferenças, mas com capacidades e potencialidades, que deverão ser desenvolvidas, preparando-as para um mundo globalizante.

1.3. Origem da Deficiência Mental

Sempre existiram, em todas as sociedades e culturas, pessoas com Deficiência Mental, mas estudos científicos sobre as causas e propostas pedagógicas para a sua integração e educação, pertencem, essencialmente, ao séc. XX. Esta época demarca-se

pela mudança de concepção em relação a estas pessoas no sentido do seu desenvolvimento pleno. Atualmente, passou-se das concepções médico-orgânicas para as psicológicas.

Segundo Pereira (2013, p. 59):

A etiologia da DM é considerada multifatorial, sendo que o conjunto dos vários fatores causais condiciona a ampla diversidade de manifestações clínicas. As diversas síndromes classificadas como DM são causadas por diferentes agentes que, no entanto, conduzem ao mesmo resultado, o dano cerebral, e a uma característica comum, o *deficit* intelectual. Na verdade, esta franja da população distingue-se da demais pelo seu *deficit* cognitivo, apesar de esta característica não lhes conferir um caráter homogêneo, pois as variações individuais são inúmeras e diversificadas.

Este autor refere que, de acordo com informações médicas, se pressupõe que a deficiência mental resulte quer de fatores genéticos, quer de fatores ambientais, ou da combinação de ambos. Entenda-se que o ser humano é produto da interação dos fatores biológicos e do ambiente onde este se encontra inserido, gerando a individualidade e unicidade de cada pessoa, concluindo que, apesar do grande esforço a nível da investigação no sentido de descortinar qual a origem da deficiência mental, não é possível determiná-lo. No entanto, segundo o autor, podemos categorizá-la de acordo com fatores genéticos e fatores extrínsecos.

Quando esta é de ordem genética, resulta da anormalidade dos genes ou herança genética. Sendo que, as causas genéticas conhecidas são as genopatias e as cromossomopatias. As primeiras, consistem em alterações ao nível de um ou mais genes, manifestando-se em alterações que podem ser ao nível metabólico, endócrinas ou hormonais. Também poderão manifestar-se sob síndromes polimalformativas ou outras, como, por exemplo, a distrofia muscular. As segundas, são síndromes causadas por anomalias ou alterações cromossômicas de três tipos, a saber: Síndromes autossômicas específicas, não específicas e gonossômicas, correspondendo respetivamente a, trissomias, alterações cromossômicas desconhecidas e alterações associadas ao cromossoma sexual (Pereira, 2013)

Relativamente aos fatores extrínsecos, estes podem ser de origem pré, peri, neo e pós natais:

Fatores pré-natais – atuam antes do nascimento, destacando-se as embriopatias, que atuam durante o primeiro trimestre de gestação, e as fetopatias, que atuam a partir do primeiro trimestre de gestação. Podemos destacar, dentro dos fatores que atuam sobre o feto ou o embrião, e que despoletam a DM, os seguintes: as infecções, como a Rubéola, Citomegalia, Herpes, Sífilis congênita, Lúes, Listerioses e Toxoplasmoses; as endocrinometabolopatias, como as Perturbações da tiroide, Diabetes, Défices nutritivos, avitaminoses; intoxicações, por álcool, tabaco, drogas, fármacos, chumbo, mercúrio, etc.; radiações e perturbações psíquicas. Fatores perinatais e neonatais – atuam durante o momento do parto ou no recém-nascido, destacando-se a prematuridade, metabolopatias, síndrome de sofrimento cerebral, infecções e incompatibilidade de RH entre o recém-nascido e a sua mãe. Fatores pós-natais – atuam após o nascimento, destacando-se as infecções, endocrinometabolopatias, convulsões, anoxia, intoxicações, traumatismos crânio-encefálicos e fatores ambientais. (Pereira, 2013, p. 22).

Podemos ainda incluir nestes os fatores ambientais, nomeadamente os que se relacionam com a privação dos cuidados básicos, falta de afetos e não estimulação linguística, social, entre outras.

1.4. Graus da Deficiência Mental

Na determinação dos graus de Deficiência Mental, TABELA 1, tanto a Organização Mundial da Saúde (OMS), como a Associação Americana de Deficiência Mental, distinguem cinco graus, com base no Quociente de Inteligência (QI), sendo este um modelo psicométrico, pois considera-se que a deficiência mental é um defeito da inteligência:

Tabela 1 Graus da Deficiência Mental

Deficiência Mental (DM)	Quociente de Inteligência (QI)
Limite ou borderline: Crianças incluídas neste nível revelam apenas um ligeiro atraso nas aprendizagens ou algumas dificuldades concretas. São aqui incluídas as crianças com carências afetivas, de famílias monoparentais, de ambientes socioculturais desfavorecidos, entre outras que apresentam discordância nos aspetos de nível psicológico ligeiro. Existe discordância, entre os vários autores, quanto às problemáticas aqui incluídas.	68-85

Ligeiro: Nesta, incluem-se a grande maioria dos deficientes que, como no nível anterior, não são visivelmente deficientes, mas com problemas de origem familiar, cultural ou ambiental. Com capacidades de integração no mundo do trabalho. Esta problemática é normalmente detetável à entrada na escola.	52-68
Moderado ou médio: Aqui são incluídas as pessoas portadoras de deficiências que conseguem adquirir rotinas de autonomia pessoal e social. Apresentam, no entanto, dificuldades na expressão oral e na compreensão dos convencionalismos sociais. Apresentam um desenvolvimento motor aceitável, o que lhes permite desenvolver alguns trabalhos. O domínio da leitura, escrita e cálculo são deficitários.	36-51
Severo ou grave: Com um nível de autonomia deficitária, os indivíduos aqui incluídos necessitam geralmente de proteção e ajuda. Com linguagem verbal muito débil, podendo no entanto adquirir algum tipo de comunicação. Algumas atividades de vida diária podem ser exercitadas.	20-35
Profundo: Neste nível são incluídos deficientes em que as funções básicas se encontram deveras comprometidas. Apresentam problemas sensório-motores e de comunicação elevados, o que os torna totalmente dependentes. Excepcionalmente, casos há em que é possível responder a treinos simples de autoajuda.	Inferior a 20

– Adaptado de Almeida (2009), Cunha (2010) e Pereira (2013).

A AADM propõe que, às pessoas com Deficiência Mental, sejam prestados apoios extensivos ou permanentes, de modo a que possam funcionar em 10 áreas de habilidades adaptativas: auto cuidado, comunicação, habilidades sociais, autonomia, vida familiar, uso comunitário, saúde e segurança, funcionalidade académica, lazer e trabalho.

Outra determinação bastante utilizada é a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10, que denomina a “infra dotação” diferente do DSM-IV, usando a terminologia de Retardo Mental Leve. Segundo esta classificação, os RML possuem um QI entre os 50 e os 69%, o que não difere muito da anterior.

Para a determinação da Deficiência Mental em Crianças é também utilizada a avaliação assistida, que consiste numa modalidade de avaliação fundamentada na

abordagem sócio construtiva do Desenvolvimento Cognitivo de Vygotsky (Santa Maria & Linhares, 1999).

1.5. Déficit Intelectual

Presentemente, largos passos têm sido percorridos relativamente à terminologia utilizada para designar as pessoas que apresentam os transtornos supracitados. De acordo com Gomes e Fávero (2011), a expressão Deficiência Mental foi substituída por Déficit Intelectual, terminologia ilustrada pela American Association on Intellectual and Development Disabilities – AAIDD; anteriormente designada por AAMR.

...tendo os mesmos evoluído no sentido de diminuir e mesmo ultrapassar o estigma e a conotação negativa que as denominações utilizadas implicavam. (Amaral, Pinto, Pimentel, Martins & Vale *cit. in* Gomes & Fávero, 2011, p. 43)

Por outro lado, existe ainda uma linha de investigação que defende que a expressão Deficiência Mental deve continuar a ser utilizada para todos aqueles que apresentam deficiência biológica. Nos restantes casos, devemos utilizar a expressão incapacidade intelectual (Amaral *et alii.* 2010; Fávero et al., 2011; Gomes & Fávero, 2011).

Os supracitados autores apontam que o Déficit Intelectual está descrito por vários sistemas categoriais de doenças e perturbações mentais, tais como: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a saúde (CID-10); Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 4ª edição, texto revisto (DSM-IV-TR); AAMR e Classificação Internacional de Incapacidade (CIF).

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais, da *American Psychiatric Association*, as características essenciais da pessoa portadora de Déficit Intelectual são: Funcionamento intelectual significativamente inferior à média, acompanhamento de limitações significativas no funcionamento adaptativo em pelo menos duas das seguintes áreas de habilidades: comunicação, auto cuidados, vida

doméstica, habilidades sociais/interpessoais, uso de recursos comunitários, autossuficiência, habilidades acadêmicas, trabalho, lazer, saúde e segurança, e o seu início deve ocorrer antes dos 18 anos (Amaral *et alii.* 2010; Fávero et al., 2011; Gomes & Fávero, 2011).

Verdugo e Jenaro (*cit. in* Gomes & Fávero 2011) e Littig *et alii.* (2012), referem que, na fase adulta, estas pessoas, podem adquirir competências sociais e vocacionais/profissionais ajustadas a uma autonomia mínima, no entanto, por vezes podem necessitar de apoio, orientação, assistência e supervisão em casos de *stress* social ou económico. Estes indivíduos conseguem desenvolver competências sociais e de comunicação, bem como adaptar-se e integrar-se no mundo do trabalho podendo viver de forma satisfatória na sociedade.

Relativamente à etiologia da perturbação em causa, afirma-se que a prevalência de casos em que esta é de causa desconhecida, atinge os 30 - 40% do total de casos. Entre as situações em que as causas são conhecidas, 10% são perinatais, 5% pós-natais e 35% pré-natais aproximadamente. Esta é também, mais comum no género masculino do que no feminino, sendo na ordem dos cinco para um, respetivamente.

Pantaleão (2011), expõe que o déficit intelectual pode ser causado por fatores que antecedem o parto, como a desnutrição materna, doenças infecciosas na mãe como sífilis, rubéola, etc.; pode ser causada também por problemas no parto, como má assistência e traumas na hora do nascimento, assim como problemas que podem ocorrer após o nascimento como desnutrição grave, infeções como o sarampo e ainda por acidentes como afogamento, choque elétrico, asfixia, quedas, etc..

Littig *et alii.* (2012), menciona que as dificuldades destas pessoas, advêm, muitas vezes, das suas relações sociais e não do déficit intelectual em si.

Na perspetiva de Carvalho e Maciel (*cit. in* Samantha, 2012), relativamente ao conceito de déficit intelectual, afirmam que as condições intelectuais destas pessoas devem ser culturalmente significadas e qualificadas no interior das suas práticas sociais, ou seja, em seu contexto, pois a interpretação sobre as suas condições e possibilidades

dependem diretamente das concepções, percepções e valores presentes no meio social e cultural onde se inserem.

Segundo o pensamento de Vygotsky, é inexistente a ideia de déficit intelectual de forma generalizada, como se nos referíssemos a um grupo de pessoas homogêneo com determinações únicas, sem distinção. Pelo contrário, diz que estamos a falar de pessoas, localizadas no seu tempo e na sua história, portanto, únicas, particulares e singulares.

De Carlo (*cit. in Oliveira et alii. 2012*), refere que não se trata de desconsiderar o núcleo biológico, mas de considerá-lo na dialética das interações entre o substrato biológico e cultural, compreendendo que a dimensão humana está fortemente colocada na história e na cultura, e não no biológico, ou seja, o que nos torna pertencentes ao humano são as capacidades culturalmente colocadas, como a linguagem, a representação, os atos quotidianos da cultura. Apropriamo-nos das formas de ser da nossa cultura, desde os atos simples – tomar duche, pentear-se, escovar os dentes, comer com talheres, vestir roupa – até atos mais sofisticados, como uso da linguagem, da escrita, do cálculo, do desenho, da música, da arte, da religiosidade. Nenhum destes atos, do simples ao complexo, está determinado biologicamente, mas são apropriados pelos processos de mediação, com os outros ou com objetos da nossa cultura, de carácter instrumental e/ou simbólico.

Pantaleão (2011, p. 16), refere que:

Em relação às características específicas de personalidade e comportamento dessas pessoas, observa-se que cada caso apresentará características diferenciadas, sendo o comprometimento intelectual a característica inerente a todos os casos, podendo haver também atraso na linguagem, na psicomotricidade, perda da noção de perigo, entre outras manifestações.

Reconhecendo a capacidade que o portador de déficit intelectual possui, procura-se através da inclusão escolar, garantir da melhor maneira possível o desenvolvimento do potencial destes indivíduos num ambiente que visa transmitir o conhecimento produzido através das gerações a todos os cidadãos, sem exceção.

É importante lembrar que as limitações e dificuldades dos portadores de déficit intelectual não desaparecerão, mas a inclusão escolar e social poderão facilitar e garantir melhorias na qualidade de vida destes indivíduos.

2. Sexualidade

2.1. A Sexualidade através dos tempos

De acordo com Engles (*cit. in* Almeida 2009), as primeiras civilizações praticavam atividades sexuais livres, sem qualquer conotação de promiscuidade. Apenas se sabia quem era a mãe, desconhecendo-se o pai, assim os grupos familiares formavam os clãs. Estes como foram acumulando bens, deram origem às primeiras propriedades privadas. Com o passar do tempo, esta forma livre de relacionamento passou então a ser praticada por casais para que seus filhos legítimos pudessem herdar os bens. A poligamia deu lugar à monogamia e com esta a institucionalização das famílias.

Na civilização grega, os casamentos tinham fins essencialmente reprodutivos, uma vez que as guerras de então, com o objetivo de conquista de territórios, implicavam a envolvimento de um grande número de homens. Quanto às meninas, estas tratavam das lides da casa e, logo após as primeiras menstruações, eram encaminhadas para o matrimônio, regra geral, com homens mais velhos. Como o casamento para os rapazes não era incentivado antes dos vinte e um anos, era-lhes admitido o homossexualismo por parte dos seus mestres, sendo os jovens considerados aprendizes.

Relativamente à civilização romana, embora herdasse grande parte da cultura grega, esta permitia, apenas nas classes ricas, festas onde o prazer sexual era obtido através de orgias.

Também a religião católica exerceu, e ainda exerce, muita influência sobre o comportamento sexual dos indivíduos. No entanto, os valores cristãos vão acompanhando as necessidades do Estado, pois, embora a igreja proibisse o prazer

sexual, admitia a relação sexual com fins reprodutivos. Só no final do século XVI, a ciência e a tecnologia estipularam horizontes diferentes nos relacionamentos sexuais de então.

A este respeito, o autor supracitado refere que ao longo dos tempos constatou-se que a sexualidade era bastante influenciada pelas ideias religiosas, culturais, económicas e políticas vigentes. No entanto, à mulher apenas era permitido o início da atividade sexual quando contraía o matrimónio.

Na Europa, a partir do século XVIII, surgiu o amor romântico, o qual permitiu liberdade na escolha do parceiro ideal. Assim, e segundo Cunha (2010, p. 16):

O amor romântico, juntamente com outras mudanças sociais, afeta a visão sobre o casamento até então e suscita a questão de compartilhar, de intimidade do casal e ajuda a separar o relacionamento de outros aspetos da organização familiar. O Sexo se une ao amor e começa a fazer parte do casamento, dada a possibilidade de escolha do parceiro.

No entanto, de acordo com o mesmo autor, lideram duas atitudes perante a sexualidade, a conservadora e a liberal. Sendo que a primeira privilegia a reprodução e a segunda inclui outros aspetos, nomeadamente a afetividade, o prazer e a comunicação. Há assim duas formas basilares de ver e viver a sexualidade.

A partir de meados do século XIX, à medida que se generalizava o processo de industrialização, começam a formar-se as grandes cidades. A mulher passa a integrar o mundo do trabalho, conseqüentemente, desenvolve-se o Movimento operário o que leva alguns cientistas a se interessarem pelo estudo da sexualidade (López e Fuertes, 1999).

Nos séculos XIX e XX, com as novas tecnologias, as descobertas no campo da ciência e os estudos realizados nesta e noutras áreas, ocorreram grandes mudanças na forma como era vista e vivenciada a sexualidade. O seu estudo tornou-nos mais recetivos e conscientes das nossas relações interpessoais, passando a satisfação sexual a ter um grande significado na vida de cada indivíduo, em particular e na sociedade em geral.

Sobre este assunto, López e Fuertes (1999), sublinham que :

Foi também, no final do século XIX início do século XX que Sigmund Freud, Médico vienense, deu o seu contributo nesta área tornando-se fundador da psicanálise e influenciando, grandemente, na tomada de consciência da importância decisiva da sexualidade na vida humana. Freud ao tratar os seus doentes psiquiátricos verificou que estes haviam sofrido conflitos de natureza sexual na infância, facto que o levou a formular o conceito de pulsão sexual. (p. 5)

Fiúza (2010, p. 6), remete-nos também para esta temática e sublinha que:

A evolução da sexualidade ou o desenvolvimento psicosexual são os termos utilizados para nos referirmos ao desenvolvimento sexual no sentido mais amplo: a construção da nossa identidade e da nossa personalidade estão intrinsecamente ligados à nossa sexualidade, ao nosso género e à nossa aquisição de papéis associados à nossa masculinidade e feminilidade.

O autor afirma ainda que, sabemos que em todas as fases da nossa vida enquanto crianças, jovens, adultos e velhos, somos sexuados e temos manifestações e interesses sexuais.

López e Fuertes, (1999, p. 42) declaram que:

A sexualidade é a fonte motivadora do comportamento sexual humano. Está enraizada no biológico (...) é vivida como necessidade de busca de prazer (...), sendo impossível escapar à sua influencia (...) e não tem pré-fixado o objeto de satisfação (...). Com efeito, o objeto do desejo sexual é o mais variável da pulsão.

Segundo os autores, foi graças a Freud que é reconhecido a importância da sexualidade na saúde e na doença, a tomada de consciência da sexualidade na infância e a crítica à moral sexual. Factos que, embora muito questionados atualmente, influenciaram em muito as concepções da sexualidade no nosso século. Dizem-nos ainda que nos anos trinta, na Áustria e na Alemanha, Reich e a Associação Juvenil Sex-Pol, defendem a necessidade de se fazer a revolução sexual como parte fundamental da revolução social. Estes defendiam o direito dos jovens à sexualidade, a obrigação da sociedade em oferecer assistência na educação sexual e contraceção para que este direito pudesse ser exercido sem riscos. Porém, o acesso ao poder do fascismo na Europa Central, Itália e Espanha e a Segunda Guerra Mundial paralisaram temporariamente este processo de reconhecimento da sexualidade.

Posteriormente, e com a nova vaga da democracia, voltam-se a criar condições sociais para que se voltasse a estudar a sexualidade. Muitos foram os autores e cientistas que deram o seu contributo nesta área, contribuindo assim para o conhecimento da frequência de cada um dos comportamentos sexuais e dos fatores que induzem às mudanças sociais. O nível de conhecimento que se alcançou nas últimas décadas tornou possível o aparecimento de várias áreas de intervenção no que à sexualidade diz respeito.

Mais do que estudos descritivos de muitos comportamentos e de amostras de grandes dimensões, tende-se a fazer estudos sociológicos mais controlados, onde a estrutura da investigação pretende não só descrever comportamentos mas também compreendê-los. Estudos sobre a resposta sexual humana, processos da sexualização; os problemas da identidade sexual; as crises dos papéis sexuais tradicionais e os seus tratamentos, fizeram com que estes estudos se tornem bastante atuais.

Neste âmbito, López e Fuertes (1999, p. 48) salientam que:

Nos anos oitenta se abriu caminho a um novo campo para a investigação científica, o da sexualidade (...). A interdisciplinaridade destes estudos torna por vezes difícil o entendimento dentro da comunidade científica, mas pode dizer-se que, por fim, a sexualidade deixou de estar reduzida ao secretismo. O seu estudo poderá melhorar, sem dúvida, a nossa qualidade de vida.

Consequentemente, o patamar de conhecimentos alcançados nas últimas décadas, fazem surgir várias áreas de intervenção no âmbito da sexualidade. Surge assim a educação sexual na escola e os cuidados de saúde na área do planeamento familiar, que passam a ser serviços reconhecidos pelos poderes políticos de então.

De acordo com Assunção (2010), neste início do séc. XXI, o avanço alucinante da ciência e da tecnologia mudaram radicalmente o quotidiano social, lançando assim, novos desafios ao comportamento sexual. O interesse pela sexualidade humana, torna-se uma necessidade prioritária da educação contemporânea. Hoje, estamos conscientes de que a sociedade atual trata a sexualidade de uma forma aberta e com curiosidade, porém, desconhecemos o seu impacto no futuro.

A sociedade contemporânea tornou-se mais tolerante no que concerne à sexualidade, no entanto, a gravidez indesejada, as infecções sexualmente transmissíveis, a violência sexual, a pedofilia, a prostituição, a pornografia, são grandes problemas da sociedade quando confrontada com a sexualidade vivenciada por cada indivíduo, e a forma como este a encara, em especial quando tratamos da sexualidade vivenciada pelos jovens.

Assunção (2010), alerta para a necessidade urgente de uma verdadeira educação sexual, reconhecida e consciencializada pelos educadores que desempenham um papel preponderante na escola contemporânea, de modo a que se assumam uma educação sexual assente na relação e no afeto, Pautando-se pela responsabilidade, pelo respeito e pelo compromisso. Só assim, se conseguirá que a sociedade se edifique em liberdade e responsabilidade, onde cada um ocupará um universo comum num sentido de alteridade.

2.2. *Conceito Atual de Sexualidade*

Atualmente, a Organização Mundial de Saúde define sexualidade como sendo:

“(...) Uma energia que nos motiva para encontrar amor, contacto, ternura e intimidade; ela integra-se no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual. A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental.” (Pereira, 2006 *cit. in* Vieira 2013, p. 22)

Teixeira (2011), considera que a sexualidade é a expressão cultural e conjunto de regras, criados por cada sociedade que se tornam referências fundamentais para o comportamento sexual de cada indivíduo. De forma simplificada a sexualidade é um conjunto de ações e relações do sujeito consigo mesmo e com os outros; revela-se como parte da personalidade que determina um modo particular de agir, de se expressar, de se comunicar, de sentir, de viver. O autor diz que falar da sexualidade é falar do indivíduo

e do coletivo simultaneamente, pois envolve posições únicas, individuais, mas atreladas a valores, emoções e crenças. A sexualidade faz, assim, parte de uma invenção social para que nos conheçamos, como nos sublinha Teixeira, (2011), quando refere que:

Além das implicações socioculturais, a nossa sociedade foi capaz de criar uma ciência sobre o sexo, referindo-se a ele, sobretudo, em suas “aberrações, perversões, extravagâncias excepcionais, anulações patológicas, exasperações mórbidas. Tal ciência é normatizada por imperativos morais cujas classificações reiteraram, sob a forma de normas médicas elaboradas por profissionais, a existência de identidades sexuais normais e desviantes. O prazer erótico, transforma-se em sexualidade à medida que a sua investigação produz textos, manuais e estudos que distinguem a sexualidade normal de seus domínios patológicos. Trata-se, de um esforço social para disciplinar os corpos em suas relações eróticas (Teixeira, 2011, pp.24-53)

A sexualidade é deste modo entendida como um atributo de todo o ser humano, inclusivamente, das pessoas portadoras de deficiência intelectual ou com qualquer outra deficiência. A sexualidade fundamenta-se nos aspetos biopsicossociais de cada indivíduo, na medida em que inclui o potencial biológico, o processo de socialização e a capacidade psicoemocional.

Segundo Almeida (2009, p. 20):

Estamos, hoje, mais conscientes de que a sexualidade não se esgota no ato sexual, uma vez que ela é prazer e descoberta, é palavra e gesto, é amizade e afeto, satisfação e sofrimento, enfim, é expressão da nossa existência. A sexualidade expressa-se não só no que sabemos, mas, sobretudo, nos nossos sentimentos, atitudes e comportamentos.

2.3. A Sexualidade na Adolescência

A sexualidade é uma característica presente em todas as fases da vida do ser humano. Desde o nascimento, a criança revela instintos sexuais, demonstrando a habilidade para sentir prazer, o qual se revela através da sucção, que se manifesta até aos dois anos. Expressa assim, as suas necessidades orgânicas de alimentação, higiene e comunicação. Nesta fase, também, explora diferentes partes do corpo, como por exemplo os órgãos genitais e procura estabelecer um vínculo afetivo com as figuras

materna e paterna, ou caso estes não estejam presentes, com as pessoas que lhes prestam os cuidados básicos e demonstram afetos.

De acordo com Marola et al., (2011), o vínculo para com as figuras de apego irão ser determinantes na confiança que terá para com os demais, bem como na sua autoestima.

A integração social faz-se por volta dos 3 e 4 anos de idade. A criança começa a relacionar-se com outras pessoas, apercebe-se das diferenças corporais e de género. Revela assim curiosidade sobre questões de índole sexual, como sendo a sua origem, a função dos órgãos sexuais, procurando resposta às suas questões. Nesta fase aprende os papéis sexuais que são atribuídos pela sociedade (Marola et al., 2011; Costa, 2013).

Os autores mencionam que entre os 5 e 8 anos as crianças manipulam os seus órgãos genitais, práticas estas que haviam adquirido já na fase anterior, descobrindo e explorando deste modo o seu próprio corpo, levando-os assim à obtenção de prazer. Fenómeno designado por alguns autores de autoerotismo. Nesta fase a criança estabelece uma relação positiva com crianças do mesmo género, adotando comportamento similares. É também nesta fase que revelam curiosidade quanto à gravidez e ao nascimento.

Dos 9 aos 12 anos, os laços de amizade para com os seus pares são agora reforçados, passando a criança a ser muito influenciada por estes. É nesta fase que se inicia a puberdade. Fenómeno que vem provocar alterações físicas, fisiológicas, psicológicas e comportamentais no jovem. Este é o marco da transição entre a infância e a idade adulta.

Todavia, é na fase da adolescência que a sexualidade de cada indivíduo ganha uma importância especial, devido às transformações vivenciadas por este. Inicialmente verificam-se as transformações corporais, devido à produção de hormonas, com a chegada da puberdade e que culmina com a maturação dos órgãos sexuais e com a capacidade da resposta sexual. Numa fase posterior, as mudanças ao nível intelectual, que possibilitam ao jovem a capacidade de pensamento diferente que lhe permitirá tirar

conclusões relativamente ao mundo que o rodeia, dos valores e princípios que lhe foram transmitidos e assim construir a sua própria personalidade.

Nesta fase do desenvolvimento revela-se importante, por parte dos adultos, a capacidade de dialogar com os jovens sobre as suas ideias, de forma a ajudá-los a criarem a sua autonomia e nomeadamente a sua identidade. Porém, não podemos esquecer um fenómeno que ocorre a par da mudança intelectual, a formação da sua identidade sexual que é, sem dúvida, a mais importante na formação da sua personalidade, a qual lhe permitirá sentir-se uma pessoa sexuada. De acordo com Fuertes et al., (2002), estas mudanças colocam o jovem perante novas necessidades e possibilidades psicossociais.

A fase da puberdade traz alterações no corpo que fazem com que o jovem entre em conflito com o seu novo corpo sexuado, sendo, muitas vezes, difícil para este assimilar e aceitar estas transformações. A falta de informação, um não acompanhamento adequado por parte dos adultos e a aceitação ou não dos pares, poderão ser fatais para a não-aceitação da sua sexualidade ou para o aparecimento de problemas na formação da sua identidade e orientação sexuais.

Para Cunha (2010), é a partir desta fase que se vai desenvolver a resposta sexual adulta. As relações entre os dois géneros, masculino e feminino, também vão sofrer alterações importantes. É frequente, quer pais, quer professores relatarem situações de afastamento e mesmo de hostilidade entre rapazes e raparigas em casa e na escola, respetivamente.

Com a maturidade sexual, o jovem sente necessidade de obter satisfação sexual, sendo os seus estímulos dependentes da sua orientação sexual. A concretização da satisfação sexual dependerá da sociedade onde está inserido e das suas crenças. Podendo, para a obtenção do prazer, por um lado iniciar a sua vida sexual precocemente, dar início à masturbação, ou simplesmente reprimi-lo. Estes comportamentos revelar-se-ão de forma diferente de acordo com o género masculino ou feminino.

Também, na opinião de Félix (2003), a adolescência é um período em que ocorrem intensas modificações bio fisiológicas que afetam todo o desenvolvimento corporal; adquirem-se as capacidades reprodutivas; intensifica-se o desejo sexual e as capacidades de atração sexual; reformulam-se os papéis sexuais anteriormente adquiridos; iniciam-se as primeiras experiências de relações sexuais.

Caso o jovem dê início à sua vida sexual, esta traz consigo riscos tais como as infeções sexualmente transmissíveis e a gravidez não desejada ou precoce. Situações bastante perturbadoras para o jovem. Porém, o início da atividade sexual, por si só, é causadora de alterações comportamentais que poderão ser benéficas ou não para o jovem nesta etapa da vida. Mais uma vez pensamos que uma boa informação e educação sexual, ajudariam a resolver algumas das barreiras que se colocam aos jovens (Fuertes et al., 2002).

As manifestações da sexualidade são assim reconhecidas como sendo importantes e necessárias ao desenvolvimento pessoal e social dos indivíduos e devem ser encaradas de forma natural. Estas contribuem para a construção da identidade, da autoestima, da segurança e das relações interpessoais.

2.4. A Sexualidade nas pessoas com Déficit Intelectual

A sexualidade é uma dimensão natural e sublime, uma parte fundamental e essencial da natureza humana. Revela-se numa energia viva do ser humano, permitindo-lhe expressar afetos, descobrir-se a si próprio e aos outros (Pereira, 2013, p. 68).

Uma vez que a sexualidade acompanha o ser humano ao longo de toda a sua vida, facto considerado pela OMS, como estando intimamente relacionado com a saúde física e mental do indivíduo, contribuindo assim para o seu bem-estar e para a sua inserção na sociedade, é indiscutível que esta seja também vivenciada pelas pessoas portadoras de déficit intelectual. Também Vygotsky, na sua teoria sociocultural do Desenvolvimento Humano, defende que nenhum ser humano deve ser privado de se

relacionar com outras pessoas. O ambiente onde as relações sociais são privilegiadas é o melhor e mais adequado, independentemente da pessoa ter ou não alguma deficiência.

Para Moura e Cavalcanti (2010), a sexualidade é uma função natural que tem como fim primordial o prazer, como sinónimo de bem-estar e saúde. Mas, quando associada à cultura, institucionaliza-se através dos valores, normas, crenças, modelando-se, de modo a alcançar a convivência social. Todavia, e conforme os supramencionados autores referem, quando o tema é voltado para as pessoas com déficit intelectual, ou outra qualquer deficiência, torna-se de grande interesse, principalmente para pais, professores e profissionais de saúde que as acompanham mais de perto e até mesmo para a sociedade em geral.

Gomes e Fávero (2011), referem, nos seus estudos, que o interesse pela sexualidade das pessoas portadoras de deficiências não é recente. Já na década de setenta do século passado se fizeram estudos com o intuito de verificar o nível de conhecimento destes, relativamente à sexualidade. Em 1992, Glat efetuou estudos para verificar o conhecimento que estes possuíam relativamente ao corpo, reprodução, métodos contraceptivos e doenças sexualmente transmissíveis. Referem-se também aos estudos efetuados por Isler, Tas, Beytut e Conk (2009) onde estes procuravam verificar conhecimentos, opiniões e atitudes em relação à sexualidade.

Graças aos estudos anteriormente mencionados entre outros, sabe-se que os adolescentes portadores de deficiência intelectual possuem poucas informações sobre a sexualidade, e as poucas que detêm, na maioria das vezes, são deturpadas e limitativas. Todavia, Pereira e Martins (2012), declaram que as pesquisas até então efetuadas mostram claramente que as pessoas com déficit intelectual têm presente a sexualidade nas suas vidas. Embora este assunto nem sempre seja tratado com elas, o que tem como resultado uma inapropriada perspetiva sexual que se poderá manifestar para com os profissionais que lidam com estes e para com as suas famílias.

Morales e Batista (2010), interrogam-se quanto à sexualidade das pessoas com déficit intelectual: Como é que a sociedade caracteriza a sexualidade dessas pessoas? Prosseguem, dizendo que pais e profissionais tendem a caracterizar a sexualidade deste

grupo, ora como inexistente ora como exacerbada. Porém, no que toca aos pais, a maioria, consideram-nos como eternas crianças, portanto sem o desejo sexual, sendo esta uma forma de autoproteção, não eficaz mas compreensível.

Antunes e Glat (2013), defendem que a sexualidade da pessoa com déficit intelectual (a não ser nos casos neurológicos mais prejudicados) não é qualitativamente diferente das demais, mas quando esta é expressa é motivo de espanto, descrença e resistência. No entanto, a conduta sexual de pessoas com deficiência é variável, pois depende do nível do seu comprometimento, do apoio familiar e da estrutura social em que estão inseridas.

As pessoas com déficit intelectual, estabelecem relações de amizade, podem ter relações íntimas e, em algumas situações, até mesmo construir famílias. Contudo, deve ser garantido que, embora a possibilidade de construção de família seja referida, não estão disponíveis trabalhos sobre o tema. Porém, e de acordo com Pieczkowski (2007), estudos desenvolvidos mostram que o relacionamento amoroso ou sexual de pessoas com deficiência intelectual é um tema que tem merecido bastante atenção à medida que são divulgados os princípios de normalização e integração.

Importa referir que, segundo Félix (2003), de acordo com o grau de severidade da deficiência intelectual em que a pessoa se encontra, cada uma apresenta características específicas no seu desenvolvimento sexual. Deste modo, segundo a mesma autora, na deficiência intelectual ligeira (85% dos casos de deficiência intelectual), os indivíduos desenvolvem competências sociais e de comunicação interpessoal; apenas têm deficiências mínimas nas áreas sensório-motoras; têm dificuldades na resolução de situações problema e em situações de stress; têm capacidade de autonomia pessoal, social e vocacional; podem apresentar instabilidade emocional e dificuldades na vinculação interpessoal; têm compreensão das suas potencialidades sexuais; podem masturbar-se com objectos concretos e intencionais; compreendem diferentes papéis dos dois géneros; manifestam capacidade de utilizar o corpo como fonte de prazer; podem mostrar dificuldades no reconhecimento das convenções sociais, têm capacidade de atingir a orientação sexual bem como conseguem eleger parceiros com os mesmos interesses; têm capacidade para iniciar e manter relações amorosas, para assumir a maternidade e/ou paternidade e para a utilização de métodos contraceptivos.

Para Melo e Rodrigues (*cit. in* Bastos e Fidry, 2007), a capacidade de efetivar relações sexuais só atinge aqueles em que a deficiência compromete muito pouco as suas competências, pois geralmente, nessa área estes sofrem interdições dos familiares e da sociedade em geral. Estas resultam de uma menor autonomia e poucas possibilidades de escolha.

A par de todas as anteriores constatações outros fatores devem ser debatidos e tidos em conta quando abordamos a sexualidade de pessoas com déficit intelectual, ou outra qualquer deficiência, nomeadamente as transformações do corpo aquando da puberdade, a masturbação e o abuso sexual e suas consequências.

Embora a puberdade surja pela mesma idade que na população em geral, as manifestações psíquicas do carácter podem aparecer mais tarde. Assim, se o início da puberdade e toda a fase da adolescência, é difícil para os jovens em geral, será em particular para os jovens portadores de deficiência, pois revela-se confusa, frustrante e traumatizante.

Na fase da puberdade é particularmente importante a comparação com o grupo de amigos na forma como o adolescente vê a sua sexualidade, a sua imagem corporal e a sua conduta. No jovem com déficit intelectual, ou com outra qualquer deficiência, esta comparação é bastante limitada, pois além da escola que frequentam, a maior parte não tem contacto com jovens da sua idade, dadas as suas limitações.

De acordo com Marques (*cit. in* Cunha 2010), com a puberdade surge um aumento da frequência da masturbação, fenómeno este que persiste até à idade adulta, sendo, para muitos jovens com deficiência, a principal forma de expressão do seu desejo sexual. Logo, a sua autoproteção, e a aquisição de normas face a esta manifestação da sua sexualidade, são necessárias para a vivência em sociedade. Os autores acima referidos afirmam que, se compreendermos que o desenvolvimento biológico dos indivíduos com déficit intelectual, ou outra qualquer deficiência, é, na maior parte das vezes, muito similar ao dos indivíduos ditos normais, talvez compreendamos as suas necessidades afetivas e sexuais.

Vários são os autores, de acordo com Morales e Batista (2010), que consideram que as pessoas com déficit intelectual passam pelas mudanças na puberdade, acontecendo estas, mesmo em pessoas com graus severos de deficiência mental, o que lhes provoca, tal como nos outros seres humanos as mesmas alterações biológicas, físicas e fisiológicas, levando-os assim, às mesmas necessidades que qualquer outro adolescente, nomeadamente no que toca à sexualidade (Glat & Freitas, 2002; Gherpelli, 1995; Facion, 1990).

Albuquerque e Almeida (2010, p. 410), salientam também que a orientação sexual para indivíduos com déficit intelectual deve seguir o padrão cognitivo de cada indivíduo quando referem que:

O funcionamento intelectual subnormal não significa que as pessoas com déficit intelectual não são capazes de ter uma conduta sexual compatível com exigências sociais, elas podem, sim, aprender a exprimir seu desejo de forma socialmente aceite, desde que sejam orientadas dentro de seu nível cognitivo, de maneira que possam assimilar os conhecimentos

Na linha de interpretação destes autores, os jovens necessitam apenas de serem orientados de acordo com um processo efetivo de educação/orientação sexual, pois geralmente não têm a oportunidade de descobrir a sexualidade com os seus pares.

Também, Pantaleão (2011), afirma que o facto de estes possuírem baixa capacidade intelectual, não significa que não possuam capacidade para apresentar uma conduta sexual compatível com as exigências pessoais e sociais. Porém, considera que para os pais seja difícil falar de sexualidade aos filhos com déficit intelectual, dado que para estes já é difícil encarar a sexualidade dos seus filhos, pois este é por si só um tema tabu. No entanto, há pais, uma minoria, que veem o despertar da sexualidade dos filhos como algo positivo, o facto dos seus filhos com déficit intelectual apresentarem uma ejaculação, no caso dos rapazes, e uma menstruação, no caso das raparigas, faz com que sintam que estes se aproximam mais dos restantes jovens, ditos normais. Factos que levam os progenitores a depreenderem que, estes também serão capazes de manter um relacionamento sexual com responsabilidade (Gherpelli, 1995; Glat & Freitas, 2002).

A forma como os pais, família, reagem perante a sexualidade de seus filhos portadores de déficit intelectual, poderá ser facilitador ou prejudicial ao desenvolvimento deste (Glat & Freitas, 2002). Logo, para que os comportamentos e manifestações sexuais não se tornem problemáticas, há necessidade de orientar não só as pessoas com déficit intelectual como também as suas famílias. As manifestações sexuais afloram em todas as idades, o que se torna um grande erro reprimir ou ignorar. Assim, a escola tem a obrigação de incluir a sexualidade nos seus currículos, dada a sua pertinência.

Tanto os Pais como os professores precisam saber que a vivência sexual do jovem com déficit intelectual, ou outra qualquer deficiência, quando bem conduzida, leva a um desenvolvimento afetivo desejado e permite estabelecer contactos interpessoais, fortalecendo a autoestima e o bem-estar (Albuquerque & Almeida, 2010).

Similarmente Ribeiro (2012), refere que a ascensão à identidade adolescente é uma transição necessária para que se possa atingir a identidade adulta. A melhor alternativa para esses jovens é ajudá-los a compreenderem as mudanças que ocorrem na puberdade e adolescência, bem como as emoções que a acompanham.

De acordo com Moura e Cavalcanti (2010), um aspeto que também deve ser tema de destaque é a masturbação quando se fala sobre sexualidade e deficiência intelectual, pois esta quando praticada de forma compulsiva ou em público, muitas vezes é consequência de uma educação sexual inexistente e/ou ineficaz. Os autores referem ainda o comportamento e a preocupação dos pais relativamente a esta questão, uma vez que a grande preocupação destes é que atitude tomar (Glat & Freitas, *cit. in* Bastos, 2007) Da revisão da literatura podemos inferir também que a masturbação é um comportamento normal e saudável, que faz parte da sexualidade humana em todas as idades, pois a autoestimulação também acontece na infância.

Igualmente no trabalho apresentado por Morales e Batista (2010), é possível constatar que as manifestações sexuais são verificadas por parte das pessoas com deficiência intelectual, nomeadamente a masturbação, abraços e beijos. Neste contexto,

estes são considerados deficientes em relação à sexualidade e aos afetos. Os autores salientam, que se têm verificado esforços no sentido de se reverter essa situação.

Nesta sequência, Moura e Cavalcanti (2010) referem que :

A sexualidade da pessoa com deficiência intelectual só será mais bem compreendida, quer por educadores, quer por familiares, quando as pessoas que com eles lidam, se libertarem de seus preconceitos e os entendam como indivíduos com impedimentos, mas não os impossibilitem de se desenvolverem como pessoas. Que aceitem suas manifestações e orientem de maneira adequada através de informações claras e, principalmente, que a sociedade deixe de ser tão segregadora e os aceite de acordo com a competência de cada um. (p. 8).

Um outro aspeto que merece a nossa preocupação, relativamente à sexualidade das pessoas com deficiência intelectual, prende-se com o abuso sexual, sendo este um grupo de grande risco (Pereira, 2013).

Pinto (2011), indica que há lacunas quanto à prevenção e à proteção deste grupo, relativamente ao estupro perpetuado sobre estas. Verifica-se falta de informação sobre a violação sexual e o aumento de casos com SIDA. Os fatores vulnerabilidade física; necessidades de cuidados adicionais; viver em instituições; risco de manipulação; falta de informação; pobreza; baixa escolaridade; marginalização; isolamento social e crença quase universal de que não podem ser testemunhas confiáveis, contribuem para que as pessoas com déficit intelectual ou outra qualquer deficiência, se tornem alvos fáceis.

Neste âmbito, Gomes e Fávero (2011) referem também que há a ideia por parte de algumas sociedades, de que este grupo de pessoas nunca é abusado sexualmente. Porém, estudos epidemiológicos sobre a violência sexual revelam o contrário, pois esta parcela da população apresenta um risco acrescido.

Em 2009, a OMS alertou, também, para o já referenciado facto, associado às infeções sexualmente transmissíveis e à gravidez não desejada, que poderão ser consequências bastante problemáticas, dada esta franja da sociedade ser um alvo de fácil persuasão, quanto à efetivação de relações sexuais desprotegidas e pela sua incapacidade intelectual de perceber possíveis comportamentos de abuso (Cunha, 2010; Antunes & Glat, 2013).

Os comportamentos anteriormente referidos, para com os portadores de deficiências, são, por vezes, perpetuados pelas pessoas que estão mais próximas destes, sendo em quem a criança ou jovem deposita confiança e de quem dependem. Factos que os leva a não denunciar, ou a não discernir, se tal comportamento é ou não um abuso, ou mero ato de afeto. Não obstante, também poderá ser recorrente, por parte do portador de déficit intelectual, ou outra qualquer deficiência, manifestar comportamentos de assédio para com os demais. Porém, nestes casos, estes poderão significar simplesmente curiosidade, ingenuidade ou necessidade de manifestações de afeto (Cunha, 2010; Antunes & Glat, 2013).

A questão da sexualidade de pessoas com déficit intelectual parece ainda estar a ser tratada com uma distância muito grande entre algumas proposições feitas por pesquisadores e estudiosos sobre o assunto e a sua viabilidade na vida, quer de adolescentes, quer de adultos com algum tipo de comprometimento intelectual. Este assunto surge de forma recorrente, em congressos nacionais sobre Educação Especial, eventos específicos na área da sexualidade, a nível internacional, desde os anos de 1980.

Ribeiro (2012), considera que embora tenham ocorrido avanços relativamente aos direitos destes manifestarem a sua sexualidade, esta ainda surge em grupos minoritários, aqui e ali, quase sempre em situações extraordinárias, ocorrendo regra geral a opressão dessas pessoas, no que à sexualidade se reporta.

Ao constatar os factos anteriormente expostos, depreendemos que existe um grande percurso a fazer no que à sexualidade das pessoas com déficit intelectual, ou qualquer outra deficiência diz respeito. A Educação Sexual formal e informal destes terá de ser devidamente acompanhada, dado a sociedade contemporânea se predisponha a aceitar a verdadeira dimensão da sexualidade, enquanto princípio e prática de cidadania. Acrescendo-lhe assim, a responsabilidade pelo seu acompanhamento, mas também pela mudança de mentalidades e pela consciencialização de toda a sociedade de que, a todo ser humano lhe assiste o direito à vivência da sua sexualidade e aos restantes direitos contidos na carta dos direitos sexuais e reprodutivos, bem como na carta dos direitos humanos e da criança.

3. A Educação Sexual

3.1 *Educação Sexual na escola*

De facto, e conforme Belo (2012), argumenta, ao longo do desenvolvimento do ser humano, a sexualidade é uma dimensão da identidade pessoal e das relações humanas que se vai construindo de forma mais determinante, através do processo de socialização. No decorrer deste processo, os pais, a família, os pares, os *media*, os professores e a escola são os principais agentes desta socialização, sendo a escola quem parece ter um papel importante neste domínio.

Durante o processo de desenvolvimento da sexualidade, as crianças e jovens começam a adquirir conhecimentos, mais ou menos corretos, sobre o corpo humano, as relações íntimas e os valores e atitudes relacionados com a sexualidade, havendo assim duas fontes de aprendizagem, a formal e a informal. No início do desenvolvimento da criança, predominam as fontes informais, entre elas estão os pais, familiares e amigos mais chegados. Numa fase mais avançada, estão os profissionais de saúde e os professores, formando assim o recurso mais formal.

Torna-se por isso necessário que as crianças e jovens tenham acesso a fontes formais de educação sexual e, visto os jovens só recorrerem às já existentes quando apresentam um problema, que estas sejam mais acessíveis e estejam mais próximas desta população e integradas na sua formação. (Belo, 2012, p.4).

Para Belo (2012), a primeira proposta da educação sexual se iniciou na escola surgiu na França, na segunda metade do século XVIII. Esta tinha como objetivo principal combater o onanismo (masturbação), prática que se mostrava perversa face à suposta pureza infantil, permanecendo até ao século XIX. Porém, no século XX, as preocupações que levam à educação sexual nas escolas, nos restantes países prendem-se com as doenças venéreas, a degenerescência das raças, o aumento do aborto clandestino, os movimentos feministas que defendiam o controlo da natalidade, entre outros.

Na opinião de Almeida (2009) e Teixeira (2011), a educação sexual surge como uma forma de luta contra o conservadorismo e o silêncio que envolviam as questões sexuais. Tornava-se imperativo que este tema fosse abordado aos jovens, como forma de esclarecimento e de libertação pessoais, por parte de profissionais, para fazer face ao silêncio das famílias e da sociedade em geral. Esta necessidade emerge como forma de prevenção de uma gravidez não desejada e mais tarde, por volta da década de 90, devido ao surgimento da SIDA. Esta era, então, uma educação sexual preventiva, onde se adquiriam conhecimentos de morfologia e fisiologia da reprodução e das infeções sexualmente transmissíveis.

Contudo, este modelo revela-se insuficiente, por não abarcar as vertentes relacionais e emocionais, ou seja, não ia além de uma abordagem médico-biológico-higienista, tornando-se necessário entender a sexualidade numa perspetiva histórico-cultural e que tenha em conta a subjetividade. Foi então, que o modelo preventivo deu lugar ao modelo de desenvolvimento pessoal. Assim, com a constante exposição do tema os discursos sobre sexualidade proliferaram e essa exposição funciona como uma técnica de controlo que não passa mais pelo seu silenciamento, mas justamente pela sua confissão, pela incitação ao discurso sobre ela, pela sua visibilidade, como nos refere Teixeira (2011).

Ainda nos anos de 1980, a mídia, principalmente a televisão, surge como um dos agentes educativos de forte influência social e, com ela, um discurso mais libertário, ao qual se agregaram variantes como: defesa dos direitos dos homossexuais, igualdade entre homens e mulheres, aborto, uso de anticoncepcionais, denúncias de violência contra a mulher, críticas ao casamento tradicional, entre outras (p. 30).

Ramos (*cit. in* Almeida, 2009), refere também, que:

Neste sentido, requeria-se um modelo de educação sexual integral que englobasse várias vertentes; uma vertente biológica: informações sobre anatomia e fisiologia da sexualidade e da reprodução, resposta sexual humana; uma vertente psicológica que englobasse processos como: a identidade de género, a orientação sexual, a autoestima e a construção da identidade sexual e todo o processo relacional, em particular as relações afetivo-sexuais; e, finalmente, a vertente social que englobasse as discussões sobre os valores, atitudes e modelos morais (p. 25).

Reconhece-se assim na escola, além da família, quando comparada com outros agentes de socialização, o agente principal da implementação desta temática.

Assim, e conforme Almeida (2009), podemos transcrever:

A abordagem deste tema na escola pode contribuir para o desenvolvimento de determinadas competências sociais pois a frequência de programas de educação sexual aumenta os comportamentos preventivos, nomeadamente o uso de contraceptivos nos jovens envolvidos em relações sexuais. Outras competências que podem ser exercidas, são também, os mecanismos da tomada de decisão, a utilização dos recursos disponíveis e as capacidades de comunicação (p. 30).

Para a efetivação da educação sexual em contexto escolar, em Portugal, um longo caminho tem sido percorrido, desde a formação de professores nesta área, até à criação de leis que permitam a sua integração no currículo. A discussão relativamente à criação de uma nova disciplina ou a inclusão numa já existente e até mesmo, dada a transversalidade do tema, o paralelismo a todas as disciplinas já existentes, foi outro obstáculo a ultrapassar. Porém, é em 1986, que a então criada Lei de Bases do Sistema Educativo reconhece a necessidade, o direito e o dever da escola como promotora da educação para a sexualidade. No entanto, já desde 1984 havia surgido legislação para a implementação da educação sexual nas escolas lusitanas.

É importante referir que, em Portugal e antes do 25 de abril, com a reforma de Veiga Simão, formou-se uma comissão interministerial sobre Sexualidade e Educação. Esta comissão alertava para a necessidade de uma abordagem não mutilada do corpo humano. No entanto, esta comissão foi logo aniquilada pelo então regime. Só após o 25 de abril é que surgiram grupos e pessoas que eram a favor da educação sexual, não passando de meras teorias e afirmações.

Na então referida Lei 3/84, o estado comprometia-se a apoiar as famílias nas tarefas da Educação Sexual, a introduzir nos programas escolares conteúdos ligados à Sexualidade Humana e Planeamento Familiar. Mas este conjunto de boas intenções não foi concretizado numa política educativa. Foram as escolas, os profissionais de saúde e algumas associações, como por exemplo a APF, que por sua iniciativa e devido às várias solicitações, foram desenvolvendo atividades de Educação Sexual dirigidas aos estudantes, professores e aos encarregados de educação. Posteriormente foram criados, pela APF programas de Educação Sexual para jovens e de formação de profissionais de saúde.

Segundo Frade *et alii.* (2001), estes recursos assim criados foram determinantes para que a Lei de Bases do Sistema Educativo no n.º 2 do artigo 47.º contemplasse uma nova área educativa de Formação Pessoal e Social, onde uma das suas componentes seria a educação sexual, a par de outras como a educação familiar.

Outro acontecimento importante, que demarca esta mudança, foi a realização do referendo sobre a despenalização do aborto, em junho de 1998, trazendo novamente ao debate público a questão da educação sexual, desta vez entendida (quer pelos defensores do Sim, como pelos defensores do Não) como uma forma de prevenir e reduzir a ocorrência de gravidezes não desejadas e o conseqüente recurso ao aborto.

Frade *et alii.* (2001), atestam que, a partir de junho de 1998, a educação sexual não mais deixou de ser tema de debate público e um motivo de acontecimentos relevantes em termos legais e políticos.

Em 1999, a Assembleia da República aprovou nova legislação que reafirma a necessidade das escolas integrarem programas de educação sexual no seu projeto educativo. Mas só em Outubro de 2000 é que surgiu o Decreto-Lei Nº 259/2000 que regulamenta a educação sexual em meio escolar com o caráter obrigatório nos ensinos básico e secundário, quer numa perspetiva interdisciplinar, quer integrada em disciplinas curriculares, cujos programas incluem a temática de forma transversal e através de um modelo de desenvolvimento pessoal e social (Almeida, 2009).

Correia (2008) e Ribeiro (2008), fazem referência também ao parecer do Conselho Nacional de Educação n.º 6/2005 de 24 de novembro, que esclarece a posição do Ministério de Educação relativamente ao debate na sociedade portuguesa sobre o programa e matérias curriculares do modelo de Educação Sexual nas escolas em vigor desde 2000. O Conselho Nacional da Educação recomenda assim que não é possível reduzir a Educação Sexual à componente cognitiva, pois envolve um quadro de valores, atitudes e afetos. O documento sublinha que a Educação Sexual é uma área de formação com a obrigatoriedade de ser integrada nas atividades escolares a partir de referentes muito bem explícitas para os membros da comunidade educativa.

A 20 de fevereiro de 2007, o Gabinete do Secretário de Estado da Educação emitiu o Despacho n.º 2506/2007 que afirma que a educação para a saúde, para a sexualidade e para os afetos se incluem entre as múltiplas responsabilidades da escola atual. Posteriormente, a Assembleia da República emana a Lei n.º 60 de 6 de agosto de 2009, que estabelece a aplicação da educação sexual nos estabelecimentos de ensino básico e secundário, públicos, privados e cooperativos, no território nacional.

3.2 *Programas de Educação Sexual*

Segundo Belo (2012), a educação sexual pode chegar às escolas de diversos modos, nomeadamente através de diversos programas que conceptualizam a importância da Educação Sexual de forma diferente.

O mesmo autor refere que, em Portugal não existem ainda muitos dados sobre a eficácia dos programas de educação sexual, no entanto, Ribeiro (2008), deixou algumas indicações para se construir um programa eficaz, desta natureza.

Inicialmente é necessário reconhecer a realidade dos jovens portugueses, quais os principais comportamentos sexuais de risco que estão a ocorrer, depois determinar o que é que os jovens já sabem sobre a sexualidade, os seus conhecimentos e atitudes. Outros programas também referidos pelo supracitado autor, são os programas de quarta geração, que focam a redução de comportamentos de risco e na formação do jovem, através de atividades que permitem atingir os objetivos comportamentais, tais como objetivos que permitam o treino de capacidades, destrezas e assertividade.

Um outro programa avaliado por Frade *et alii.* (2010), defende que a educação sexual deve ter em consideração as consequências de comportamentos de risco (sexuais ou não) e, conseqüentemente, devem ser construídos programas mais integrativos, tendo em conta os fatores de risco, mas também a promoção de elementos que podem funcionar como fatores de proteção. É necessário considerar também a duração dos

programas, os conteúdos a abordar, o nível de escolaridade em que cada tópico deve ser incluído e em que idade se deve começar a educação sexual considerando-se que:

Não deve ser esquecida também a necessidade de avaliar os programas aplicados. Para isso, deve avaliar-se os conhecimentos, atitudes e comportamentos em relação à educação sexual antes da aplicação do programa e voltar a avaliar depois da aplicação do programa, para assim conhecermos as áreas em que os alunos estão mais carentes de formação, para tornarmos como objetivo do programa colmatar as dificuldades nessas áreas e avaliar a eficácia do programa na promoção da saúde individual e no evitamento de comportamentos de risco. (Frade et al., 2010 *cit. in* Belo 2012, p. 7).

Para a criação de um programa de Educação Sexual e a sua posterior aplicação aos alunos é necessário todo um conjunto de requisitos que devem inicialmente ser tidos em conta, para que se obtenham bons resultados, ou seja, para que os alunos sejam corretamente elucidados e possam fazer as suas escolhas mais consciente e assertivamente possível.

3.3 Projeto de Educação para a Sexualidade e Afetos – ESA

Na ilha da Madeira, a Secretaria de Educação e Cultura desde o ano de 1994, promoveu ações de formação para professores no âmbito da prevenção da SIDA, abordando assim a educação sexual, como forma de alertar os alunos para o problema das infeções sexualmente transmissíveis, em especial esta infeção sexualmente transmissível. Esta formação contemplava um total de cinco aulas, que seriam posteriormente aplicadas, pelos professores, aos seus alunos. Também, no ano de 2000, por solicitação da mesma entidade, e para aferir a eficácia de um projeto desta natureza, o programa foi aplicado pelos professores que haviam recebido tal formação, a todos os alunos dos oitavo e nono anos de escolaridade.

Posteriormente, dada a obrigatoriedade da implementação da educação sexual na escola, a SREC (Secretaria Regional de Educação e Cultura) desde o ano letivo de 2006/2007, através de uma equipa coordenadora, concebe o projeto ESA - Projeto de Educação para a Sexualidade e Afetos, para que seja implementado em todas as escolas

desta Região Autónoma. A Região torna-se assim pioneira, em Portugal, num projeto de vasta abrangência nesta área.

Este projeto passa então a ser ministrado na Área Curricular Não Disciplinar de Formação Cívica, em todos os anos de escolaridade, nos segundo e terceiro ciclos do ensino básico, num total de 50 horas, dividido em 10 sessões em cada um dos anos letivos. A aplicação do projeto passa a ser efetivada por um professor com formação didático-pedagógica específica na componente da educação para a sexualidade e para a saúde, nas aulas da já referida Área Curricular não Disciplinar, na presença do Diretor de Turma, ao longo de aproximadamente um período letivo em cada ano de escolaridade.

Os temas “compreendo e valorizo o meu corpo” e “sou responsável pelo meu comportamento”, para os segundo e terceiro ciclos respetivamente, são os dois grandes temas do projeto. Alguns dos objetivos e temas repetem-se, intencionalmente, por serem de carácter formativo, desenvolvendo-se gradualmente de modo a acompanhar o desenvolvimento físico-emocional dos jovens que se encontram nestes ciclos de escolaridade.

O principal objetivo do projeto pauta-se pela promoção, por parte dos jovens, da vivência de uma sexualidade informada, responsável, saudável e gratificante. Pretendendo que os alunos desenvolvam capacidades de comunicação, negociação, assertividade, tomada de decisão, reconhecimento e ultrapassagem de barreiras, escuta, resistência a pressões, seleção de informação fidedigna, discussão de assuntos sociais e morais, procura de ajuda e como lidar com o preconceito.

Pretende-se assim, e pelo anteriormente exposto, dotar os alunos de um leque de instrumentos que lhes permitam assumir a condução do seu projeto de vida, o mais consciente possível, adotando as suas melhores escolhas face ao enorme bombardeamento de informação a que têm acesso pelos diversos agentes sociais com os quais se relacionam.

O projeto contempla os questionários QI e QII que são aplicados na primeira e última aulas respetivamente, para que se possam aferir conhecimentos. Na última aula os alunos são ainda convidados a responder a um questionário de autoavaliação para avaliar o grau de satisfação e performance por parte destes, aquando da aplicação do projeto. Até ao ano letivo 2011/2012 a equipa responsável apresentava os resultados periódicos e anuais da aplicação do projeto através da análise estatística dos resultados obtidos, com a finalidade de testar a eficácia da aplicação do projeto a nível da região.

Atualmente, devido à mudança da equipa coordenadora e às alterações que se verificaram no currículo dos alunos, o projeto passou a ser implementado nas aulas da disciplina de Formação Pessoal e Social, seguindo o anterior procedimento. Porém, a aplicação dos questionários deixou de ter carácter de obrigatoriedade, dada a atual conjuntura económica do país e a consequente falta de verbas nas escolas para consumíveis, nomeadamente ao nível das fotocópias disponíveis para os alunos.

Desta forma, a região dá resposta à necessidade de efetivação de um programa de Educação para a Sexualidade, que tem vindo a mostrar-se bastante aceite por parte dos alunos, pais e restante comunidade educativa.

3.4 Programas de Orientação Sexual para alunos com défice intelectual

Segundo Almeida (2009), é à família a quem é reconhecido, em primeira instância, o papel na educação sexual das crianças e jovens, sem, no entanto, excluir o dever de outros agentes, tal como a escola. Nesta sequência refere:

Aos pais incumbe o direito mas, principalmente o dever de proporcionar a adequada educação sexual aos seus filhos. As reservas afetivas existentes na família, a confiança e o diálogo, permitem à criança aceitar, sem traumas as realidades pessoais mais delicadas, como é o caso da sexualidade. A família é o lugar onde se forma consciência moral da criança e se transmite os valores primordiais sobre a vida sexual. Sendo as pessoas com deficiência mental muito dependentes dos progenitores, a família funciona como modelo de conduta que transmite valores e conhecimentos sobre a sexualidade. (Almeida, 2009, p. 27).

O autor considera ainda que a família necessita então de apoio dos profissionais, e de apoio solidário, de modo a fazer face à sua tarefa educativa. Neste contexto, surge a escola que deve assumir um papel complementar de apoio à educação das pessoas com deficiência mental, através de educadores bem formados que sejam capazes de fornecer ferramentas fiáveis nesta área do desenvolvimento humano.

Atualmente, e de acordo com o autor já mencionado, é possível a existência de uma educação sexual formal nas escolas, a qual tem como referência os objetivos preconizados no documento que rege a “Educação Sexual em Meio Escolar – Linhas Orientadoras” e nos termos definidos pela legislação recentemente aprovada, projeto Lei n.º 660/X, entre outras. Refira-se que a educação sexual definida nestes documentos fica limitada aos alunos que frequentam o currículo normal, incluindo assim os alunos com necessidades educativas especiais que ao abrigo do Decreto – Lei 3/2008 só têm adaptações curriculares por não terem comprometimentos cognitivos graves e cujo ajustamento social é adequado a este tipo de intervenção. Uma interrogação fica, porém, relativamente à educação sexual que é proporcionada a pessoas com deficiência mental abrangidas pelo Currículo Específico Individual - CEI, ao abrigo do n.º 21 do Decreto-Lei n.º 3/2008. O que se verifica é que estes não usufruem da educação sexual que é proporcionada aos restantes alunos.

Sabe-se que os poucos programas existentes, que reconhecem a educação sexual para pessoas com deficiência mental são apenas implementados em instituições que recebem pessoas com estas características. A nível do Ministério da Educação apenas tem surgido legislação para a população em geral, contudo, tal não significa que em algumas escolas não tenha sido criada uma área de educação sexual para estes alunos com o objetivo de proporcionar-lhes informações básicas sobre a sexualidade (Almeida, 2009).

Morales e Batista (2010), dizem-nos que quando se fala de programas de educação sexual para alunos com déficit intelectual, a primeira ideia é que esses jovens teriam dificuldade na apreensão dos conteúdos apresentados. Referem também que estes seriam incapazes de se apoderarem de conceitos e normas culturalmente construídas.

Segundo Pinheiro (*cit. in Almeida 2009*), num estudo realizado sobre programas de Educação Sexual para pessoas com deficiência intelectual, também refere que antes de elaborarmos programas é necessário investigar quais os reais conhecimentos, experiências, sentimentos/attitudes e necessidades destas pessoas para, depois, com base nestes dados, construir um programa que atenda às reais necessidades de cada um.

Littig *et alii.* (2012), referem em seus estudos sobre educação sexual para pessoas com deficiência intelectual, que a educação sexual compreende diversos aspetos da sexualidade e das relações que a pessoa estabelece consigo e com as demais. Assim, deve-se orientar o indivíduo com informação sobre a própria higiene pessoal, as mudanças físicas típicas da puberdade, a exploração da curiosidade sexual pela prática masturbatória, os nomes e as funções das partes genitais do corpo, os métodos contraceptivos, os cuidados referentes ao abuso sexual, abrangendo ainda assuntos como o namoro, casamento, nascimento, as diferenças entre papéis sexuais, entre outros.

Quanto à orientação sexual para estes alunos, como em qualquer outra situação de ensino, utilizam-se estratégias efetivas, destacando-se o uso de recursos pedagógicos (modelos tridimensionais, gravuras, dramatizações, etc...) que favoreçam a compreensão dos conceitos veiculados. Torna-se também importante estabelecer relações de vínculos entre as experiências pessoais dos educandos e as noções apresentadas nas aulas. Esta última questão é referida por Vygotsky, onde este via os conceitos quotidianos e científicos como aspetos do processo unificado de formação de conceitos.

Um outro autor, Pereira (2013), mencionando a abordagem da educação sexual a alunos com deficiência intelectual, refere que as principais dificuldades destes são de ordem adaptativa e cognitiva, e não de ordem biológica, sendo estas as condicionantes que irão influenciar a forma como o indivíduo vai assimilar, compreender e formar códigos para uma autorregulação emocional e social do seu comportamento sexual. Perante esta constatação, na educação sexual destes, segundo o autor, deve estar presente um enfoque educativo baseado no desenvolvimento de uma interação com o seu meio cultural, físico e social, perspetivando a melhoria das suas relações interpessoais, assim como o desenvolvimento da sua personalidade. Deve estar também

incluída, uma relação de respeito em relação aos outros, que lhes permita uma convivência salutar com os seus pares e a integração plena e efetiva na comunidade local. Ao perceber o que é um comportamento socialmente adequado, ajudá-lo-á no seu crescimento interpessoal e no seu processo de socialização.

O autor refere ainda que, ao implementar a educação sexual a estes alunos se pretende que desenvolvam capacidades de realização de escolhas mais responsáveis e mais assertivas, devendo estas serem transmitidas como algo positivo, um bem e uma virtude do ser humano, sem, no entanto, as sobrevalorizar ou menosprezar, sem causar inibições, vergonha ou falsos sentimentos de culpa.

Já os autores Glat (1992); Goldberg (1988); Loperfido (1988) e Amaral (2004) (*cit. in* Pereira, 2013), afirmaram que pessoas com deficiência mental têm plena capacidade de participar de programas de orientação sexual construídos pelos mesmos critérios de programas direcionados a pessoas sem deficiência, como: informações adequadas de acordo com a maturidade intelectual e afetiva de cada um; respostas pertinentes e verdadeiras a todas as perguntas e uso de ocasiões formais ou informais (tanto na escola, quanto em casa ou fora), para tais finalidades.

Gomes e Fávero (2011), referem em seus estudos que partilham da opinião que a educação sexual para estes adolescentes é evidente. Porém, consideram que antes é necessário saber os reais conhecimentos da população alvo em questão para que posteriormente se possa desenvolver programas de educação sexual.

Estes autores concluem que é inevitável e demasiado inadiável a implementação nas escolas de programas de educação sexual para portadores de deficiências, uma vez que a educação sexual é tão necessária quanto o desenvolvimento das capacidades cognitivas e de linguagem. Referindo ainda, que é importante disponibilizarmos aos deficientes intelectuais conhecimento do próprio corpo, de modo a saberem utilizá-lo de forma harmoniosa e a desenvolverem relações interpessoais adequadas e saudáveis.

É, no entanto, sabido que a educação sexual das crianças e jovens sejam eles portadores ou não de qualquer deficiência, não deve cingir-se apenas à transmissão de

conhecimentos, mas indubitavelmente estar associada à transmissão de valores. Nesta sequência também para Assunção (2010), a educação para a sexualidade deve revestir-se de tais valores quando nos diz:

(...) é importante estudar aspetos que possibilitem o desenvolvimento de uma escola saudável, atendendo à maneira de aprender e ensinar, procurando levar à prática de valores e atitudes que promovam o respeito pela vida, o amor pelo outro, a responsabilidade, a justiça, a solidariedade, a autoestima, a equidade, que estando presentes na vida da própria escola educarão para uma sexualidade humanizada, onde os valores éticos se tornarão pilares de edificação da personalidade, sustentando um comportamento verdadeiramente responsável (p. 17)

A função educativa, segundo o relatório de Jacques Delors de 1998, vai muito além da transmissão de conhecimentos, contempla as aprendizagens fundamentais para o ser humano, que lhe permite viver harmoniosamente em sociedade: “aprender a conhecer”, “aprender a fazer”, “aprender a viver juntos” e “aprender a ser”.

CAPÍTULO II – ABORDAGEM EMPÍRICA

Neste capítulo pretendemos explicar e fundamentar a organização do nosso estudo. Para tal iremos caracterizar, a amostra em estudo, os diferentes instrumentos, procedimentos e metodologias utilizadas bem como a tipologia do tratamento de dados.

1. Problemática da investigação

Dada a revisão bibliográfica anteriormente exposta, a pertinência da realização deste estudo prende-se com a necessidade de efetivar a educação sexual, em contexto escolar, a alunos portadores de deficiência, em particular a alunos com déficit intelectual, de modo a permitir-lhes a aquisição de conhecimentos, no âmbito da sexualidade, ao longo da sua formação, para que possam vivenciá-la de acordo com as suas necessidades e aspirações (Almeida, 2009; Moura & Cavalcanti, 2010; Assunção, 2010; Gomes & Fávero, 2011; Pereira, 2013).

Nesta sequência são também vários os autores que nos remetem para a importância das competências técnicas que são exigidas aos professores, pois a escola ao abrir as suas portas às crianças portadoras de deficiências, na promoção da verdadeira escola inclusiva, deve disponibilizar meios, estratégias e apoios que lhes proporcione um desenvolvimento harmonioso dentro das suas capacidades (Moura e Cavalcanti, 2010; Fernandes, 2011; Pinto, 2012; Costa, 2013).

A inclusão tem inúmeras vantagens no que respeita às aprendizagens de todos os alunos, principalmente para os portadores de deficiência ao “estabelecer um objetivo comum, que é o de proporcionar uma educação igual e de qualidade para todos os alunos.”

Igualmente, Xavier (2011) refere que, embora a criança com dificuldade intelectual e de desenvolvimento, apresente um atraso significativo em todas as áreas do seu desenvolvimento, que a leva a ter um desenvolvimento físico e intelectual mais lento, a mudança de paradigma e a consequente alteração do termo de Deficiência

Mental para Dificuldade Intelectual e de desenvolvimento, levou a que se visse essa criança com capacidades para a aprendizagem.

Enquanto aplicador, desde há sete anos na Escola Básica 1,2,3/ PE do Porto da Cruz, do projeto de Educação Para a Sexualidade e Afetos (ESA), a todos os alunos que frequentam a referida escola, desde o 5.º ano até ao 9.º ano de escolaridade, verificou-se pertinente a abordagem desta temática a alunos com déficit intelectual.

Pelo exposto pretende-se responder à seguinte questão de investigação:

As estratégias utilizadas na escola para abordar a problemática da sexualidade a alunos com déficit intelectual favorecem a aprendizagem, no âmbito desta temática?

2. Objetivos

2.1. Objetivo Geral:

Verificar se os alunos com déficit intelectual, a frequentar o 2º ano de um Curso de Educação e Formação - CEF, interiorizam os conteúdos relacionados com o tema da sexualidade aquando da aplicação do projeto de Educação para a Sexualidade e Afetos - ESA.

2.1.1. Objetivos específicos:

- Analisar o progresso na aprendizagem dos alunos com déficit intelectual nos conteúdos relacionados com a sexualidade, nas áreas da sexualidade e fisiologia do sistema reprodutor humano; sexualidade, estereótipos e papéis sexuais; técnicas de resistência às pressões; sexualidade, decisões e comunicação eficaz; comportamentos de riscos (consequências), gravidez/ITS, VIH e

comportamentos preventivos (abstinência sexual, adiamento da 1ª relação sexual e preservativo + anticoncepcional);

- Analisar os comportamentos/atitudes dos alunos com déficit intelectual perante as estratégias utilizadas para a implementação do projeto na área da educação sexual;
- Averiguar qual a importância atribuída às “aprendizagens formais” na área da sexualidade (aulas do projeto ESA) pelos alunos com déficit intelectual;
- Contribuir para um melhor conhecimento científico das condições de aprendizagem da temática da sexualidade por alunos com déficit intelectual;
- Colaborar para a melhoria das práticas pedagógicas dos professores, na educação para a sexualidade para alunos com déficit intelectual.

3. Orientações metodológicas

Na elaboração de um processo de investigação, a metodologia constitui o caminho para o desenvolvimento e concretização dos objectivos. De acordo com Quivy e Campenhoudt (1998) esta consiste, “(...) no prolongamento natural da problemática, articulando de forma operacional os marcos e as pistas que serão finalmente retidos para orientar o trabalho de observação e análise.” (p.15)

Segundo Buendia (cit. in Cunha 2010), a metodologia é a “filosofia” do processo de investigação, e inclui os pressupostos e valores que servem como base de que se serve o investigador para interpretar os dados a alcançar determinadas conclusões. A metodologia tem como função apresentar as regras que permitam criar, acumular ou solucionar problemas educativos e sociais.

Assim e tendo por base a questão de partida do presente estudo e o contexto em que esta surgiu, bem como os objetivos a que nos propomos, levaram-nos a enquadrar neste estudo uma metodologia de investigação-ação, pelo facto de permitir uma prática reflexiva adequada sobretudo em estudos na área das ciências da educação (Tuckman, 200; Almeida 2001).

Sanches (2005) refere que a investigação, tradicionalmente, é categorizada em dois tipos: “**fundamental** que visa aumentar o nosso conhecimento geral e **aplicada** que visa produzir “resultados que possam ser directamente utilizados na tomada de decisões práticas ou na melhoria de programas e sua implementação” (Schein, 1987, *cit. in* Sanches, 2005, p.128). As duas modalidades são utilizadas no campo educativo, podendo uma complementar a outra, com o objectivo final de melhorar a vida das pessoas, através das mudanças a realizar. Como tal, uma das modalidades da investigação aplicada é a investigação-acção, cujo objectivo é promover a mudança social, enfocada, aqui, no campo educativo (Elliot, 1990; Coutinho et al., 2009).

Segundo Campos (2012), as principais contribuições da Investigação-ação, enfatizam a ação (facilitar a mudança) permitindo que os investigadores, não só sugiram linhas de ação adequadas, mas também para investigar os efeitos reais de tais ações. De uma forma simplificada podemos afirmar que a Investigação-acção é uma metodologia de investigação orientada para a melhoria da prática nos diversos campos da acção (Jaume Trilla, 1998 e Elliott, 1996, *cit in* Fernandes, 2006). Podemos assim interpretar que a investigação-ação é uma metodologia com duplo objetivo, pois pretende obter resultados em ambas as vertentes, investigação e ação. Por outras palavras, com esta metodologia pretende-se obter melhores resultados naquilo que se faz e facilitar o aperfeiçoamento das pessoas e dos grupos com que se trabalha.

Alves (2009) refere que os autores Brown e McIntyre (1981) apresentam esta metodologia como bastante apelativa e motivadora, porque centra-se na prática e na melhoria das estratégias utilizadas, o que leva a uma maior eficácia da prática pedagógica. O investigador está de alguma forma envolvido na questão que é alvo da sua pesquisa. Este ao passar a desempenhar o papel de ator, formula hipóteses e posteriormente testa-as através da prática, podendo recolher informação que poderá

conduzir a novas hipóteses que poderão posteriormente ser testadas, e assim sucessivamente, podendo ser um processo interminável.

Segundo Roque (2010), existem algumas vantagens quando se utiliza este tipo de metodologia, pois permite-nos a identificação dos problemas e/ou situações a investigar, dado fazerem parte de um contexto que nos é conhecido. A avaliação e separação dos problemas detetados são também facilitadas, uma vez que o investigador conhece bem o terreno, podendo tornar-se atuante ou implicar outros na investigação. A investigação-ação potencia a emergência de métodos inovadores no processo ensino-aprendizagem e igualmente, adequa-se à formação contínua de professores/educadores, permitindo desenvolver competências de investigação, aumentar os seus conhecimentos e melhorar o seu desempenho. Apesar destas considerações o autor aponta algumas desvantagens à investigação-ação. Nomeadamente, o facto de a amostra tender a ser restrita e não representativa; os seus objetivos serem situacionais e não-específicos; não oferece possibilidade de controlo das variáveis independentes e os resultados não serem tipicamente generalizáveis.

Também Campos (2012) sublinha que existem discrepâncias relativamente ao grau de importância dada à ação e à investigação, porém e segundo Elliot (1990), o objetivo fundamental desta metodologia é a melhoria da prática em vez da produção de conhecimento. Assim, neste trabalho, procurou-se ir ao encontro da resolução de problemas e igualmente obter respostas para a questão de investigação.

Pelo exposto teremos neste estudo a combinação dos dois métodos, quantitativo e qualitativo, o que permite uma complementaridade no estudo de um assunto, ou seja, aquilo que é suprimido num dos estudos, pode tornar-se visível no outro. Neste caso, um dos métodos compensa as fraquezas do outro. Assim, os dois métodos mantêm-se autónomos, funcionando lado a lado, tendo como ponto de encontro o assunto estudado (Ghiglione e Matalon, 2005).

3.1 Participantes

Para Hill e Hill (2009), o universo ou população corresponde, em ciências sociais, ao conjunto total dos casos sobre os quais se pretende inferir. Assim, os participantes deste estudo são três jovens com idades compreendidas entre os dezasseis e dezassete anos, diagnosticadas pelo Serviço de Psicologia e Orientação – SPO, com desenvolvimento cognitivo abaixo do esperado para a sua faixa etária (Níveis Inferior e Muito Inferior) (anexo 1), ou seja, o que corresponde a alunos com déficit intelectual, visto que a parte funcional não se apresenta comprometida. Frequentam o segundo ano do Curso de Educação e Formação de Empregado de Cozinha, Tipo 2, Nível II, na Escola Básica 1,2,3/ PE do Porto da Cruz. Curso este que lhes permite ingressar no mundo do trabalho e adquirir o equivalente ao nono ano de escolaridade. A turma onde estão inseridas é composta por oito alunos, quatro rapazes e quatro raparigas. Todos os alunos da turma apresentavam duas ou mais retenções e possuíam dificuldades específicas de aprendizagem.

3.2 Caracterização dos Participantes da investigação

As participantes deste estudo serão sinalizadas pelas letras A, B e C de modo a que as suas identidades sejam salvaguardadas.

3.2.1. ALUNA A

Informação Sócio Familiar

A aluna vive com a mãe, a avó e mais 4 irmãos, 3 irmãs e 1 irmão, sendo ela a mais nova dos irmãos. Perdeu o pai aos 4 anos de idade. Vive numa casa pequena para albergar toda a família, partilhando o quarto com os irmãos e, por vezes, dormindo no quarto da avó. O irmão só vem a casa ao fim de semana. A mãe é agricultora e revela sentir dificuldade no que diz respeito à educação dos filhos. A aluna, a meio do ano letivo, passou a viver com o namorado.

Percurso escolar

Frequentou a pré durante 3 anos. Quando ingressou no 1.º ciclo, ficou retida no primeiro e no terceiro anos de escolaridade. A aluna sempre beneficiou de Apoio Pedagógico desde o primeiro ciclo do ensino básico. Beneficiou, igualmente, de medidas especiais de avaliação.

Desde o 5.º ano de escolaridade possui Plano Educativo Individual (PEI). Atualmente frequenta o segundo ano do Curso de Educação e Formação de Empregado de Cozinha.

Situação Clínica

Aos seis anos foi-lhe diagnosticada epilepsia, e posteriormente passou a ser medicada. Um ano após, foi-lhe retirada a medicação (não existem mais dados sobre o assunto).

Avaliação psicológica

Demonstra um desenvolvimento cognitivo abaixo do esperado para a sua faixa etária (nível inferior muito inferior). A comprometer o seu desenvolvimento cognitivo existem vários fatores, designadamente o seu autoconceito negativo, baixa autoestima, ansiedade e o ambiente relacional vivido com pares e na família (extra agregado familiar). Desde o início, a aluna apresentou-se recetiva ao apoio psicológico e psicopedagógico.

A sua atitude perante as atividades é tendencialmente passiva, marcada por negativismo, o que prejudica o seu desempenho. Não confia nas suas capacidades, o que para a aluna é confirmado pelo insucesso no percurso escolar anterior. Encara as dificuldades que possam surgir como sendo suas e permanentes. A par da desvalorização dos seus atributos intelectuais, também o faz relativamente à sua aparência física, dificultando assim o seu relacionamento social. A aluna revela-se pouco concentrada, pouco interessada e pouco autónoma.

Revela dificuldades na aquisição e aplicação de conhecimentos, dificuldades na compreensão, interpretação, dificuldades na leitura, pouco domínio do vocabulário fundamental, dificuldades na expressão escrita, na organização de ideias, em identificar problemas e na sua resolução e não revela métodos de trabalho nem de estudo.

3.2.2. ALUNA B

Informação Sócio Familiar

Oriunda de uma família considerada de risco, vive com a mãe, uma tia e uma irmã mais nova, à qual antes dos 9 meses foi diagnosticado atraso global de desenvolvimento. Os pais separaram-se quando a aluna frequentava o 4.º ano de escolaridade. A mãe passou a ser a única responsável pela casa, a qual aufer de um subsídio de inserção, da segurança social. Vive longe da estrada, numa zona de difícil acesso, junto a um ribeiro, numa casa com poucas condições de habitabilidade.

Percurso escolar

Desde a altura em que iniciou o primeiro ciclo, beneficiou de apoio pedagógico da educação especial. A aluna sofreu duas retenções no primeiro e no terceiro anos de escolaridade, respetivamente. Neste último ano, deixou de ser apoiada por esta entidade, sendo o seu processo encerrado, por se ter considerado que o seu caso não se enquadrava no Decreto-lei 3/2008 de 7 de Janeiro, passando então a beneficiar apenas de Apoio Pedagógico Acrescido. Só voltou a beneficiar de apoio da educação especial no 5º ano de escolaridade, após decisão do conselho de turma no final do 1.º período. Atualmente beneficia de um Programa Educativo Individual - PEI.

Em criança revelava-se muito tímida e pouco conversadora, só falava se fosse solicitada. Raramente tinha coisas para contar. Possuía um vocabulário muito restrito o que se repercutia na leitura, na escrita e na compreensão. Atualmente continua a

manifestar um comportamento idêntico, só intervindo nas aulas quando solicitada, revelando-se pouco participativa.

Avaliação psicológica

A aluna apresenta um desenvolvimento cognitivo muito abaixo do esperado para a sua faixa etária (nível muito inferior), com limitações acentuadas nos processos de compreensão, interpretação, retenção/evocação e aplicação de conhecimentos. Apresenta muita ansiedade o que a prejudica ainda mais no seu desempenho enquanto aluna. Revela baixa autoestima, baixa autoconfiança, desvalorização/rejeição da imagem corporal.

3.2.3. ALUNA C

Informação Sócio Familiar

É a primeira de uma fratria de dois irmãos, sendo 5 anos mais velha que o irmão. Vive com os pais e o irmão. Vive numa casa com boas condições de habitabilidade. Ambos os pais trabalham, não ficando com tempo para o acompanhamento da aluna como seria desejado. Muitas vezes a aluna fica em casa a tomar conta do irmão enquanto os pais trabalham.

Percurso escolar

A aluna sofreu duas retenções ao longo do 1.º ciclo do ensino básico, no 1.º e 3.º anos de escolaridade, respetivamente. No segundo ano, os pais foram aconselhados a matricula-la numa escola do Funchal para que a aluna beneficiasse de um apoio especial que só existia na escola em questão. No entanto ao fim de um ano de frequência na referida escola, a aluna teve de regressar à escola do Porto da Cruz, porque era impossível aos pais fazerem o seu transporte. A aluna beneficiou desde o 1.º ano de escolaridade de apoio individual. Atualmente, e desde o 5.º ano de escolaridade possui

Plano Educativo Individual – PEI. Atualmente frequenta o segundo ano do Curso de Educação e Formação de Empregado de Cozinha.

Desde cedo manifestou dificuldades a nível da atenção e concentração e em acompanhar as atividades propostas na sala de aula. Revela dificuldades a nível da memória e interiorização das regras de sala de aula.

Situação Clínica

Nasceu prematura de 7 meses, resultado de uma gravidez normal. Aos sete meses foi operada às cataratas. Aos 8 anos foi novamente submetida a intervenção cirúrgica. Beneficiou de apoio visual, no primeiro ciclo, de modo a poder superar as suas dificuldades a este nível. Apresenta baixa visão, cataratas congénitas com estrabismo. Desde cedo foi acompanhada na neuro pediatria onde lhe foi diagnosticada hiperatividade/ impulsividade.

Avaliação psicológica

A aluna demonstrou possuir um desenvolvimento cognitivo ligeiramente abaixo do esperado para a sua faixa etária. Apresenta um funcionamento intelectual significativamente inferior à média (nível muito inferior). Os melhores resultados da aluna relacionam-se com as aprendizagens escolares, devido à sua boa capacidade de armazenamento de informação. No entanto, a integração e aplicação desta informação está comprometida, especialmente quando implica o raciocínio não-verbal (espacial e abstrato). Apresenta dificuldades acentuadas na formação de conceitos não-verbais e na informação essencial e acessória.

3.3 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS

Para a concretização deste projeto foram efetuados, antecipadamente, os pedidos de consentimento necessários a todas as entidades envolvidas no processo, nomeadamente, à Secretaria Regional de Educação (anexo 2) e à Direção da escola (anexo 3). Procedendo-se de igual forma para com os Encarregados de Educação dos participantes (anexo 4).

Posteriormente, com a finalidade de aferir a aquisição dos conteúdos do tema em estudo aplicou-se o programa de intervenção, aulas do projeto ESA, direcionado aos alunos que frequentam o oitavo ano de escolaridade. O programa é constituído por dez aulas de quarenta e cinco minutos cada, nas quais se incluem os questionários QI e QII (anexo, 5 e 6) previstos para a primeira e última aula, respetivamente. Os mesmos são de autopreenchimento e serviram de pré teste (QI) e pós teste (QII). O pré teste serviu para aferir os conhecimentos dos alunos nesta área, bem como as lacunas e/ou necessidades destes nas temáticas em estudo. O pós-teste teve como finalidade verificar o nível de aquisição dos conteúdos abordados nas aulas. A par dos referidos questionários, o projeto contempla também um outro questionário de autoavaliação (anexo 7) aplicado na última sessão, composto por 12 questões fechadas e uma aberta por forma a aferir qual o empenho/envolvência dos alunos no decorrer das aulas, o grau de satisfação quanto à forma como foram abordados os temas, quais os temas de que mais gostaram e qual a importância atribuída por aqueles a esta temática.

O programa do projeto ESA foi aplicado durante um período correspondente a um trimestre, no decorrer do 2.º período do ano letivo de 2012/2013, nas aulas de Formação Pessoal e Social, correspondendo a um tempo semanal. As aulas foram lecionadas na presença do Diretor de Turma.

Para uma melhor compreensão dos resultados a obter, as respostas às questões dos questionários QI e QII foram agrupadas pelos temas abordados, conforme se apresenta na tabela 2.

Tabela 2 Agrupamento das questões dos questionários I e II por temáticas

Temáticas	Questões
Sexualidade e Fisiologia do Sistema Reprodutor Humano	<p>1. No sistema reprodutor feminino, os seguintes processos ocorrem por esta ordem: maturação do folículo, ovulação, degeneração do corpo amarelo, fecundação, e nidação.</p> <p>2. A fecundação ocorre nas trompas de Falópio e a nidação ocorre no útero.</p> <p>3. O trajecto seguido pelos espermatozóides desde o local de produção até ao exterior do corpo, é o seguinte: epidídimo, testículo, vesículas seminais, canais deferentes, prostata e uretra.</p> <p>4. A ovulação acontece sempre 14 dias antes do início da menstruação seguinte.</p> <p>5. É sempre possível determinar com segurança o período fértil da mulher.</p>
Sexualidade, estereótipos e papéis sexuais	<p>13. O preconceito interfere com o julgamento que fazemos dos outros.</p> <p>14. A frase ” Os rapazes pressionam mais que as raparigas” não pode ser considerada um exemplo de estereótipo.</p> <p>21. Pode-se saber que uma pessoa é homossexual pela forma como se veste.</p> <p>22. Os homens são seguros e independentes; as mulheres são dóceis, emotivas e sensíveis.</p>
Técnicas de resistência às pressões	<p>20. A melhor forma de dizer “não” é através de um comportamento assertivo.</p>
Sexualidade, decisões e comunicação eficaz	<p>18. As decisões são mais fáceis de tomar quando se está envolvido(a) emocionalmente.</p> <p>19. Os valores pessoais, familiares e dos amigos, influenciam as nossas decisões.</p> <p>23. A linguagem corporal é mais importante que as palavras que se dizem.</p> <p>24. Quando gostamos de alguém temos mais facilidade em dizer-lhe “não”.</p>
Comportamentos de risco (consequências): gravidez, ITSs, VIH	<p>6. Uma rapariga pode engravidar na 1ª vez que tiver relações sexuais.</p> <p>7. Mesmo que o rapaz retire o pénis da vagina antes da ejaculação, a rapariga pode ficar grávida.</p> <p>8. Ter relações sexuais sem preservativo é considerado um comportamento de risco.</p> <p>12. Quando a relação com a namorada (ou com o namorado) se torna uma relação “a sério”, não é preciso se preocupar com as infecções transmitidas sexualmente.</p> <p>16. Uma pessoa saudável não pode ficar infectada pelo VIH.</p> <p>17. A partilha de objectos cortantes ou perfurantes com o(a) namorado(a) pode transmitir o VIH.</p>

Comportamentos preventivos: abstinência sexual, adiamento da 1ª relação sexual, preservativo + anticoncepcional	9. Se uma rapariga e um rapaz decidem ter relações sexuais, cabe sempre à rapariga a responsabilidade de fazer com que tenham relações sexuais com protecção.
	10. Se uma pessoa pedir para usar preservativo, provavelmente essa pessoa não confia no(a) parceiro(a).
	11. Uma mulher que use a pílula está protegida das infecções de transmissão sexual.
	15. A melhor forma de prevenir uma gravidez e Infecções de transmissão sexual é através do uso simultâneo da pílula e do preservativo.

Assim, as respostas obtidas foram apresentadas em formato de gráficos e percentagens simples, possibilitando melhores condições para efetuar análises comparativas. Deste modo, o tratamento e análise dos dados foi efetuado através do software Google Apps e Microsoft Excel 2010. Esta forma de tratamento dos dados permitiu uma sistematização dos resultados apurados, bem como uma relativa facilidade e objetividade na análise dos mesmos.

Para trabalhar os dados obtidos na questão aberta, do questionário de autoavaliação, efetuou-se a análise de conteúdo. Conforme referem os autores Ghiglione e Matalon (2005), a análise de conteúdo baseia-se numa técnica de pesquisa que trabalha com a palavra, com o objetivo de produzir inferências do conteúdo da comunicação de um texto de forma prática e objetiva com a finalidade de fazer uma interpretação. Através desta técnica, o analista procura categorizar as unidades de texto repetidas, sejam elas palavras ou frases, de modo a inferir uma expressão que as represente. Com este tratamento qualitativo, pretendeu-se adquirir opiniões dos implicados no projeto relativamente à compreensão das suas necessidades, motivações e comportamentos adotados aquando da aplicação do projeto ESA. De acordo com Cunha (2010), este tipo de estudo aborda a problemática de forma naturalista, procurando perceber e interpretar o que determinados fenómenos significam para o sujeito em estudo.

Para os autores Ghiglione e Matalon (2005), a investigação qualitativa não se baseia numa conceção teórica e metodológica unitária, a sua prática e análise são caracterizadas por diversas abordagens teóricas e respetivos métodos. São as opiniões de

cada sujeito que funcionam como ponto de partida, permitindo o estudo das construções e desenvolvimento das interações e, finalmente, procurando reconstituir as estruturas do espaço social e o significado latente das práticas.

Quanto aos planos de aula, objetivos de cada sessão e atividades desenvolvidas (anexo 8), bem como os recursos utilizados (anexo 9), incluem os temas: Sexualidade e fisiologia do sistema reprodutor humano; sexualidade, estereótipos e papéis sexuais; técnicas de resistência às pressões; sexualidade, decisões e comunicação eficaz; comportamentos de riscos (consequências), gravidez/ITS, VIH e comportamentos preventivos (abstinência sexual, adiamento da 1ª relação sexual e preservativo+ anticoncepcional).

No decorrer da aplicação do projeto tentou-se perceber as necessidades sentidas pelos alunos do estudo, de modo a que as aulas fossem o mais esclarecedoras possível, indo ao encontro das suas necessidades e/ou expectativas.

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Tendo em conta o objectivo: **Analisar o progresso na aprendizagem dos alunos com déficit intelectual nos conteúdos relacionados com a sexualidade**, procedeu-se à aplicação dos questionários I e II na primeira e última aulas, respetivamente, os quais funcionaram como pré-teste e pós-teste. As respostas dadas pelas alunas, aos referidos questionários, I e II, encontram-se nos anexos 10 e 11, respetivamente.

1. Aluna A

O Gráfico 1 apresenta os resultados que a aluna A obteve no âmbito do tema Sexualidade e Fisiologia do Sistema Reprodutor Humano. Da análise do gráfico, concluímos que a aluna A obteve 0% de respostas corretas aquando da aplicação do pré-teste, ou seja, esta não detinha conhecimentos nesta área que lhe permitissem responder corretamente a nenhuma das questões referentes ao tema em estudo. Após a aplicação do projeto ESA, a aluna respondeu corretamente a 40% das questões, mais concretamente às questões 1. e 5.. Porém, continuou sem revelar conhecimentos relativos às questões: “2. *A fecundação ocorre nas trompas de Falópio e a nidação ocorre no útero.*”; “3. *O trajeto seguido pelos espermatozoides desde o local de produção até ao exterior do corpo, é o seguinte: epidídimo, testículo, vesículas seminais, canais deferentes, próstata e uretra.*” e “4. *A ovulação acontece sempre 14 dias antes do início da menstruação seguinte.*”.

Sexualidade na Adolescência: Implementação de um Programa de Orientação para Alunos com Déficit Intelectual

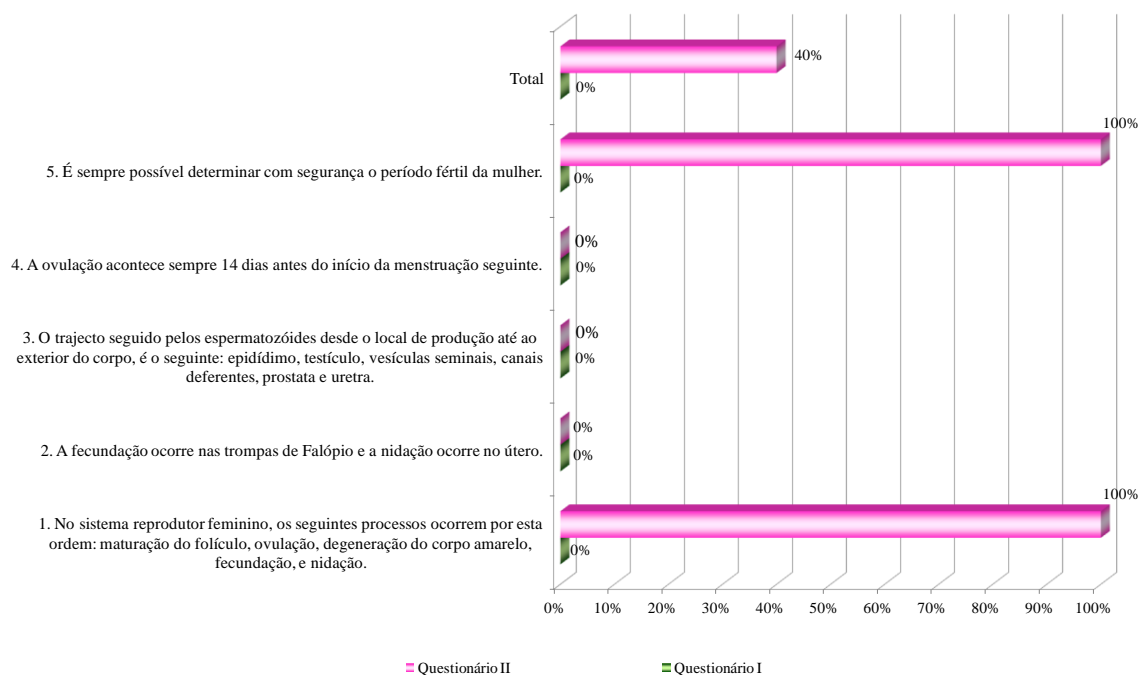


Gráfico 1 Taxa de respostas corretas relativas à temática Sexualidade e Fisiologia do Sistema Reprodutor Humano

No que se refere aos resultados sobre Sexualidade, estereótipos e papéis sexuais podemos verificar no Gráfico 2, que a aluna A já detinha informação que lhe permitiu responder corretamente à questão 21., aquando da aplicação do pré-teste, correspondendo a 25% do total das questões que compunham este tema. Após a aplicação do projeto ESA, além da questão 21., a aluna respondeu corretamente às questões 13. e 14., do referido tema, correspondendo a 75% do total das questões, aumentando assim em 50% os conhecimentos que detinha.

Sexualidade na Adolescência: Implementação de um Programa de Orientação para Alunos com Déficit Intelectual

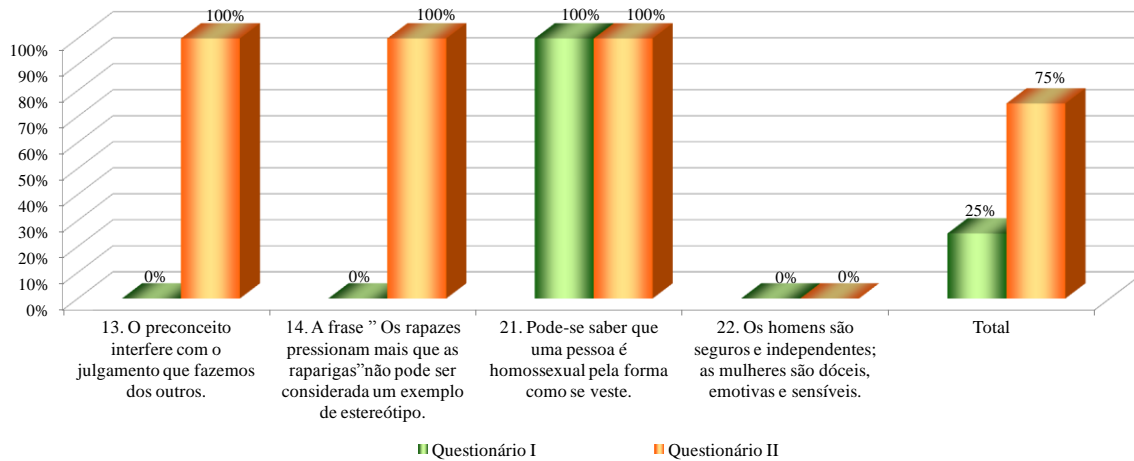


Gráfico 2 Taxa de respostas corretas relativas à temática Sexualidade, estereótipos e papéis sexuais

Quanto ao tema Técnicas de resistência às pressões, questão “20. A melhor forma de dizer “não” é através de um comportamento assertivo.”, a aluna A respondeu corretamente, quer no questionário I, quer no questionário II, ou seja, tanto no pré como no pós-teste a aluna respondeu corretamente a 100% das questões. Assim, concluímos que a aluna já possuía informação relativamente a este conteúdo, o que lhe possibilitou responder corretamente à questão que lhe fora colocada, como nos dá conta o Gráfico 3.

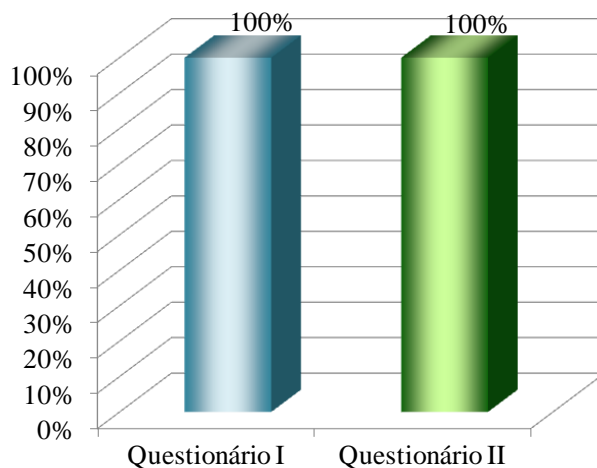


Gráfico 3 Taxa de respostas corretas relativas à temática Técnicas de resistência às pressões

Do tema Sexualidade, decisões e comunicação eficaz, a aluna A não respondeu corretamente a nenhuma das 4 questões que compunham o questionário I quando da aplicação do pré-teste, correspondendo a 0% de respostas corretas. No entanto, após a aplicação do projeto ESA a aluna respondeu corretamente a 100% das questões que compunham o tema, ou seja, a aluna interiorizou conhecimentos que lhe permitiram responder corretamente a todas as questões que lhe foram colocadas, como nos evidencia o Gráfico 4.

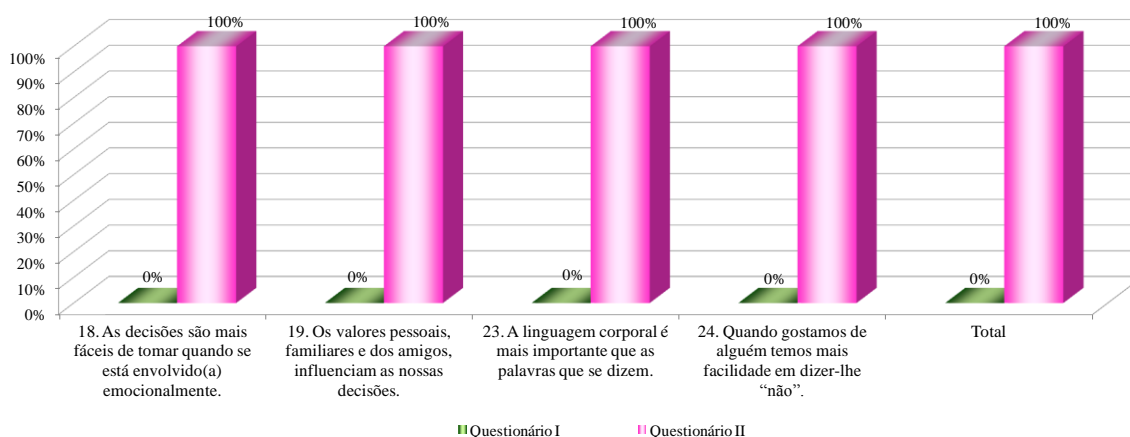


Gráfico 4 Taxa de respostas corretas relativas à temática Sexualidade, decisões e comunicação eficaz

No que concerne ao tema Comportamentos de risco (consequências): gravidez, ITSs, VIH, a aluna A, apenas respondeu corretamente às questões 6. e 8., quando da aplicação do pré-teste, o que corresponde a 33%. Após a aplicação do projeto ESA, a aluna A foi capaz de responder corretamente a 100% das questões do pós-teste, relativamente ao mesmo tema, como podemos observar no Gráfico 5.

Sexualidade na Adolescência: Implementação de um Programa de Orientação para Alunos com Déficit Intelectual

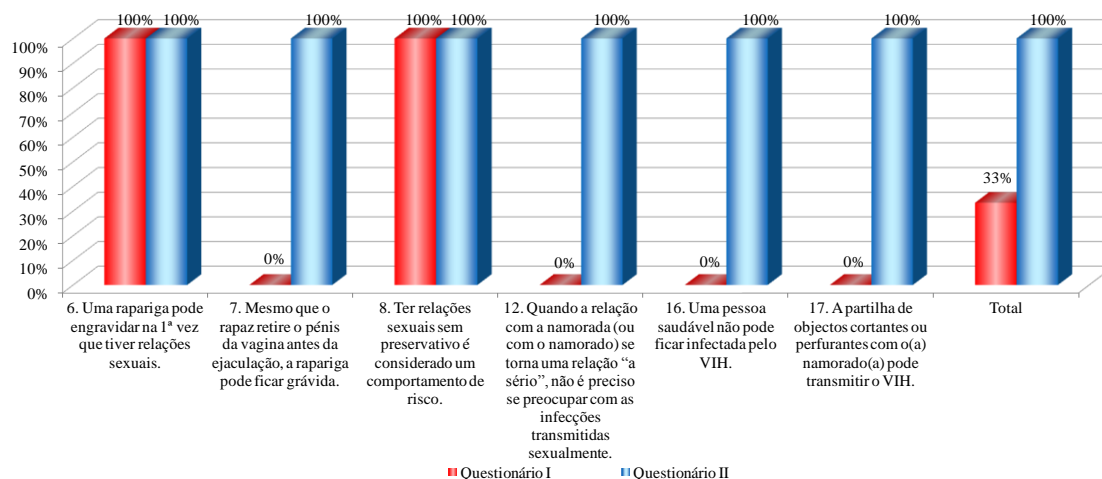


Gráfico 5 Taxa de respostas corretas relativas à temática Comportamentos de risco (consequências): gravidez, ITSs, VIH

Finalmente, para o tema Comportamentos preventivos: abstinência sexual, adiamento da 1.^a relação sexual, preservativo+ anticoncepcional, a aluna A respondeu corretamente às questões 10. e 15., aquando da aplicação do questionário I, dando um total de 50% de respostas corretas aquando da realização do pré-teste. Após a aplicação do projeto ESA, a aluna respondeu a 100% das questões de forma correta. Ou seja, respondeu corretamente às quatro questões que compõem este tema, como mostra o Gráfico 6.

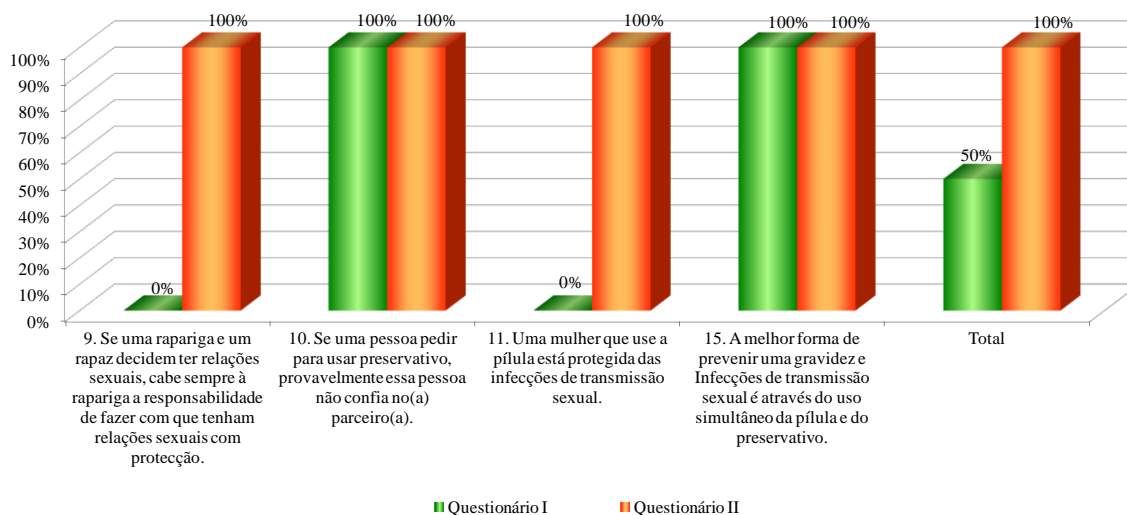


Gráfico 6 Taxa de respostas corretas relativas à temática Comportamentos preventivos: abstinência sexual, adiamento da 1.^a relação sexual, preservativo + anticoncepcional

Da análise aos seis gráficos anteriormente apresentados, foi possível verificar que, no geral, a aluna A, adquiriu conhecimentos na área da sexualidade após a aplicação do programa do projeto ESA. Antes da aplicação do projeto, esta detinha muito poucos conhecimentos sobre as temáticas abordadas. Porém, ainda que se verifique uma melhoria significativa nos conhecimentos adquiridos, esta aluna não adquiriu os conhecimentos referentes às questões: “2. *A fecundação ocorre nas trompas de Falópio e a nidação ocorre no útero?*”; “3. *O trajeto seguido pelos espermatozoides desde o local de produção até ao exterior do corpo, é o seguinte: epidídimo, testículo, vesículas seminais, canais deferentes, próstata e uretra?*” e “4. *A ovulação acontece sempre 14 dias antes do início da menstruação seguinte?*” Pertencentes à temática Sexualidade e Fisiologia do Sistema Reprodutor Humano e da questão “22. *Os homens são seguros e independentes; as mulheres são dóceis, emotivas e sensíveis?*” Pertencente à temática Sexualidade, estereótipos e papéis sexual.

2. Aluna B

O Gráfico 7 dá-nos conta do número de respostas corretas obtidas pela aluna B, no que se refere ao tema sexualidade e fisiologia do sistema reprodutor humano. Ela apenas respondeu corretamente à questão 4., aquando da realização do pré-teste, correspondendo a 20% do total das questões. Após a aplicação das aulas do projeto ESA, a aluna respondeu corretamente a mais duas das questões que compoñham o referido tema, correspondendo a 60% do total das questões.

Sexualidade na Adolescência: Implementação de um Programa de Orientação para Alunos com Déficit Intelectual

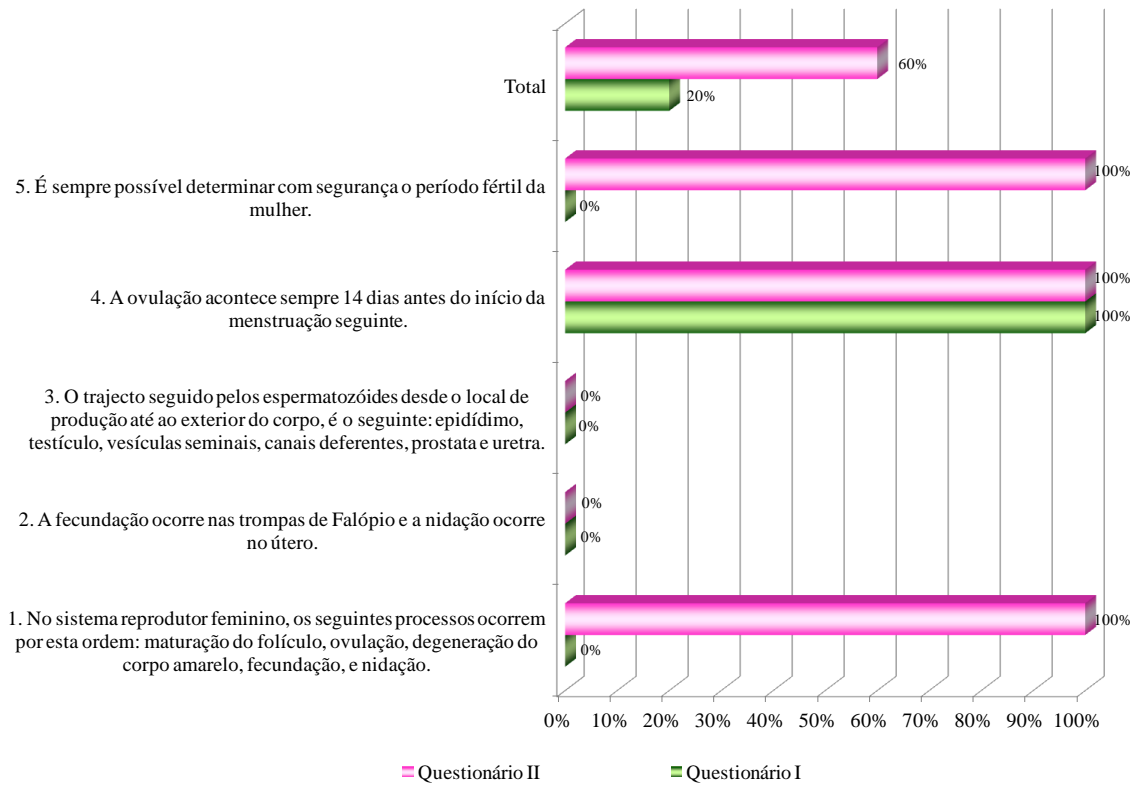


Gráfico 7 Taxa de respostas corretas relativas à temática Sexualidade e Fisiologia do Sistema Reprodutor Humano

No concernente ao tema Sexualidade, estereótipos e papéis sexuais, Gráfico 8, a aluna B obteve duas das respostas corretas, aquando da aplicação do pré-teste, o que nos dá um total de 50%. Como é possível verificar, através da análise do gráfico, esta respondeu corretamente a mais duas das questões que compunham este tema, após a aplicação do projeto ESA, ou seja, no pós-teste a aluna respondeu corretamente a 100% das questões que compunham o tema.

Sexualidade na Adolescência: Implementação de um Programa de Orientação para Alunos com Déficit Intelectual

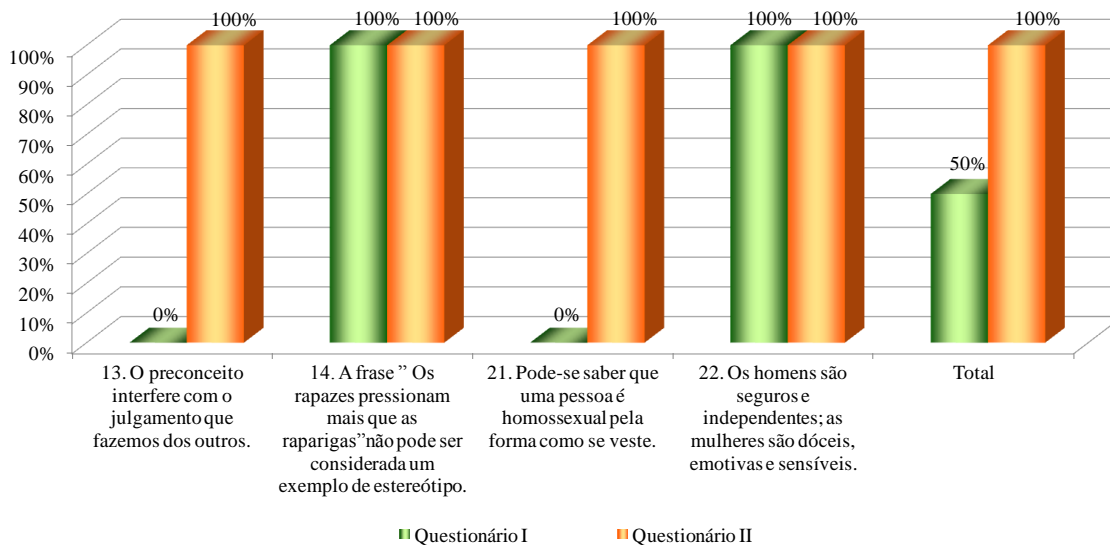


Gráfico 8 Taxa de respostas corretas relativas à temática Sexualidade, estereótipos e papéis sexuais

O Gráfico 9 dá-nos os resultados obtidos pela aluna B relativamente ao tema Técnicas de resistência às pressões. Neste caso, e para o tema em estudo, a aluna já detinha conhecimentos que lhe permitiram responder corretamente aquando da aplicação do pré-teste, mantendo a resposta correta, após a aplicação do projeto ESA. Assim, para a questão 20. *A melhor forma de dizer "não" é através de um comportamento assertivo.* A aluna obteve 100% de respostas corretas, quer no pré-teste, quer no pós-teste.

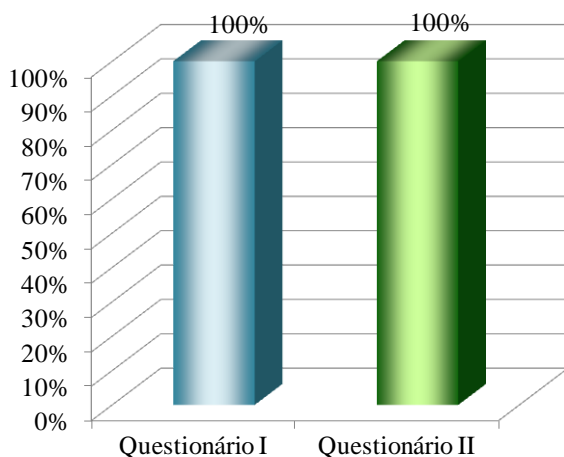


Gráfico 9 Taxa de respostas corretas relativas à temática Técnicas de resistência às pressões

Para o tema Sexualidade, decisões e comunicação eficaz, a aluna B não detinha conhecimentos que lhe permitissem responder corretamente a nenhuma das 4 questões que compunham o tema, aquando da realização do pré-teste, correspondendo a 0% de respostas corretas. Enquanto no pós-teste, ela respondeu corretamente a três das questões do referido tema, o que totalizou 75% das questões, como se pode visualizar no Gráfico 10.

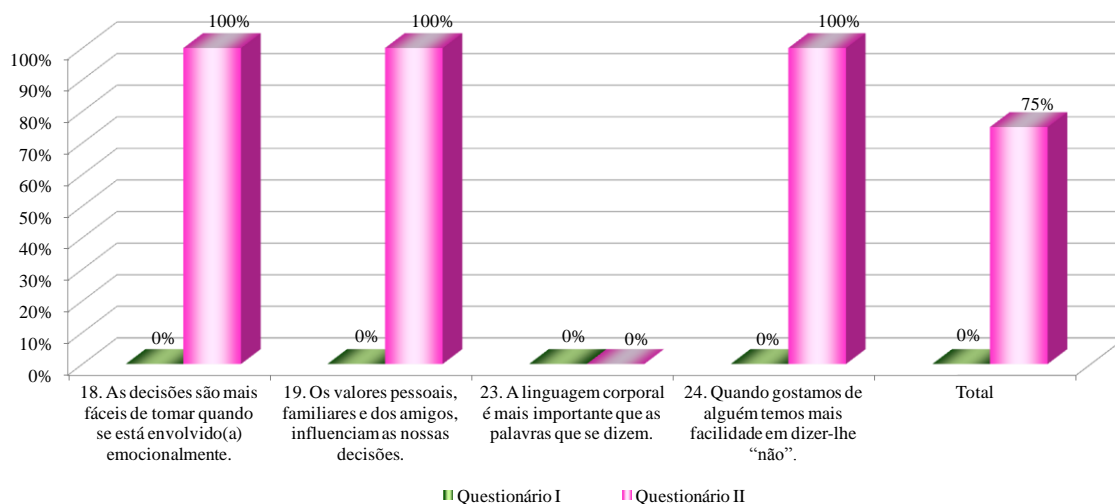


Gráfico 10 Taxa de respostas corretas relativas à temática Sexualidade, decisões e comunicação eficaz

No tema Comportamentos de risco (consequências): gravidez, ITS` s, VIH, a aluna B respondeu corretamente às questões número 8. e 12., no pré-teste, o que corresponde a 33% do total das respostas. No pós-teste respondeu acertadamente a mais três das questões referentes ao tema em análise, correspondendo a 83% de respostas corretas, como podemos observar no Gráfico 11.

Sexualidade na Adolescência: Implementação de um Programa de Orientação para Alunos com Déficit Intelectual

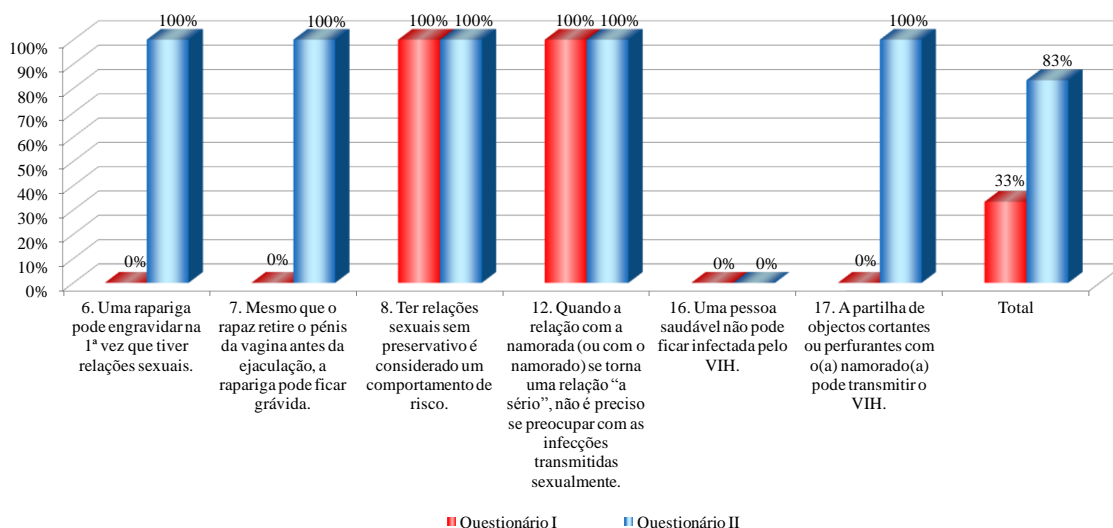


Gráfico 11 Taxa de respostas corretas relativas à temática Comportamentos de risco (consequências): gravidez, ITS's, VIH

O Gráfico 12 apresenta as questões a que a aluna B respondeu corretamente, nos questionários I e II, pré e pós-teste, respetivamente, quanto ao tema Comportamentos preventivos: abstinência sexual, adiamento da 1.ª relação sexual, preservativo + anticoncepcional. Assim, verificamos que a aluna B respondeu corretamente a 50% das questões aquando da realização do pré-teste e a 100% das questões por ocasião da realização do pós-teste.

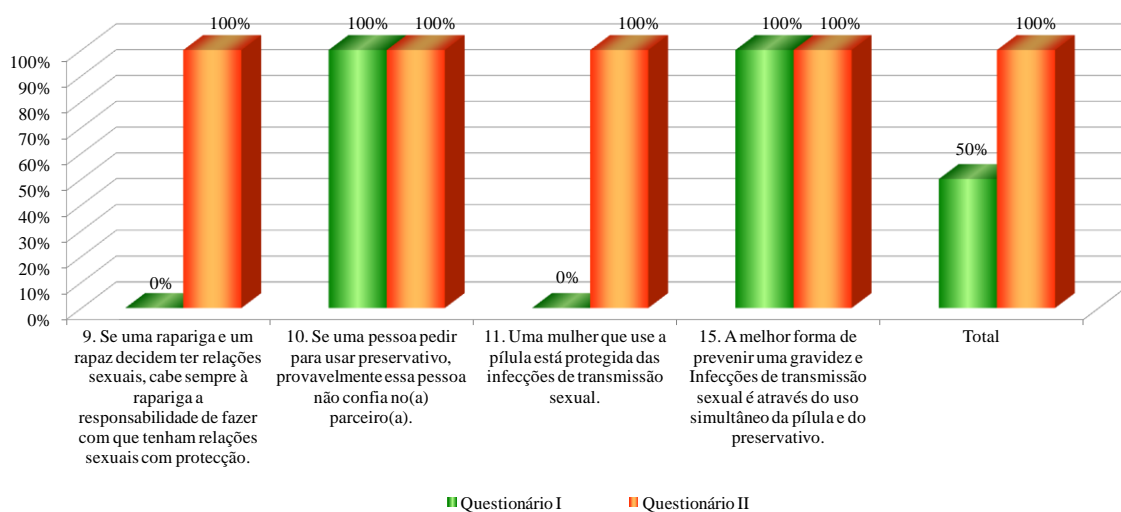


Gráfico 12 Taxa de respostas corretas relativas à temática Comportamentos preventivos: abstinência sexual, adiamento da 1.ª relação sexual, preservativo + anticoncepcional.

Podemos, assim, concluir que a aluna B possuía alguns conhecimentos sobre a temática da sexualidade aquando da realização do pré-teste. Esta aluna adquiriu conhecimentos em todas as temáticas, exceto nas questões: “2. *A fecundação ocorre nas trompas de Falópio e a nidação ocorre no útero.*” e “3. *O trajeto seguido pelos espermatozoides desde o local de produção até ao exterior do corpo, é o seguinte: epidídimo, testículo, vesículas seminais, canais deferentes, próstata e uretra.*” referentes à temática Sexualidade e Fisiologia do Sistema Reprodutor Humano; na questão “16. *Uma pessoa saudável não pode ficar infetada pelo VIH.*”, respeitante à temática Comportamentos de risco (consequências): gravidez, ITSs, VIH e à questão “23. *A linguagem corporal é mais importante que as palavras que se dizem.*” relativa à temática Sexualidade, decisões e comunicação eficaz.

3. Aluna C

Quanto aos resultados obtidos pela aluna C, e da análise do Gráfico 13, podemos concluir que para o tema Sexualidade e Fisiologia do Sistema Reprodutor Humano, ela respondeu corretamente à questão “2. *A fecundação ocorre nas trompas de Falópio e a nidação ocorre no útero?*” no pré-teste, o que corresponde a 20% das questões. Já no pós-teste, a aluna foi capaz de responder corretamente a mais duas das questões do tema supramencionado, correspondendo a 60% do total das questões do referido tema.

Sexualidade na Adolescência: Implementação de um Programa de Orientação para Alunos com Déficit Intelectual

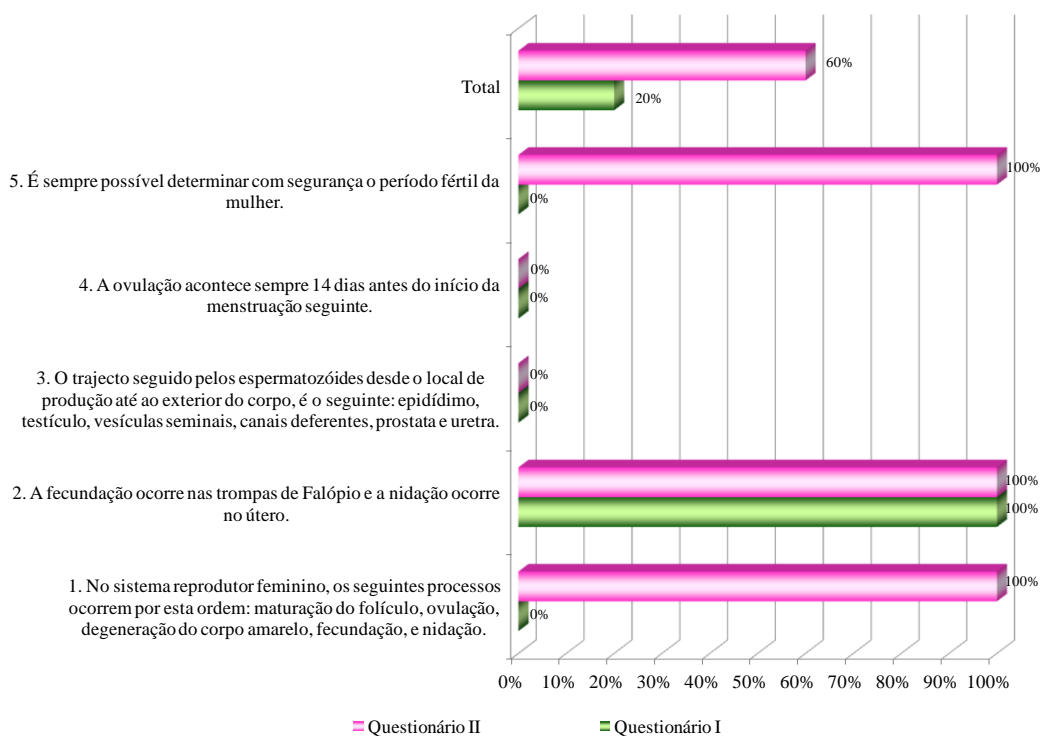


Gráfico 13 Taxa de respostas corretas relativas à temática Sexualidade e Fisiologia do Sistema Reprodutor Humano

Da análise ao Gráfico 14, verificamos que a aluna C respondeu corretamente a 50% das questões, aquando da realização do pré-teste, do tema Sexualidade, estereótipos e papéis sexuais. Após a aplicação das aulas do projeto ESA, a aluna obteve um total de 75% de respostas corretas.

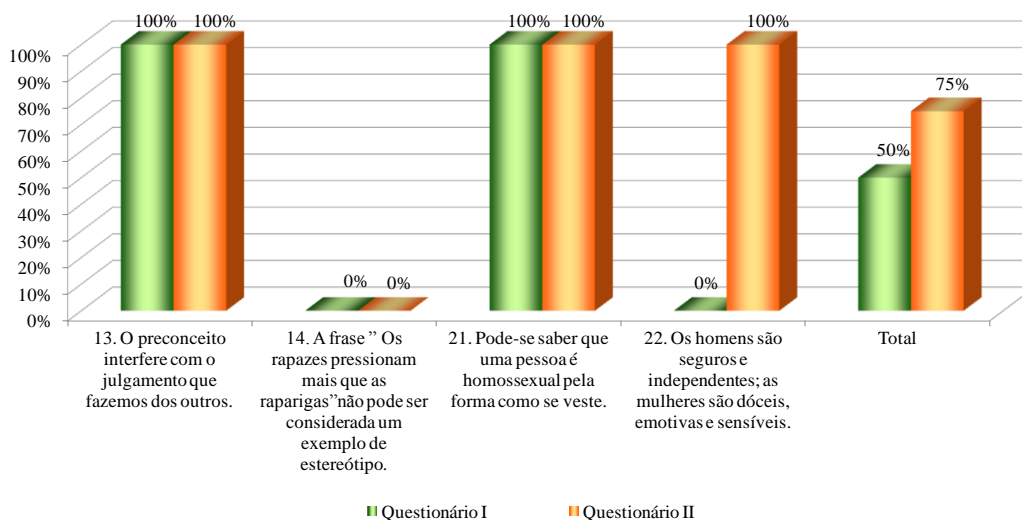


Gráfico 14 Taxa de respostas corretas relativas à temática Sexualidade, estereótipos e papéis sexuais

Para o tema Técnicas de resistência às pressões, a aluna mostrou já possuir informação que lhe permitiu responder corretamente à questão que lhe foi colocada, como nos dá conta o Gráfico 15, o que corresponde a 100% das respostas corretas tanto no pré como no pós- teste.

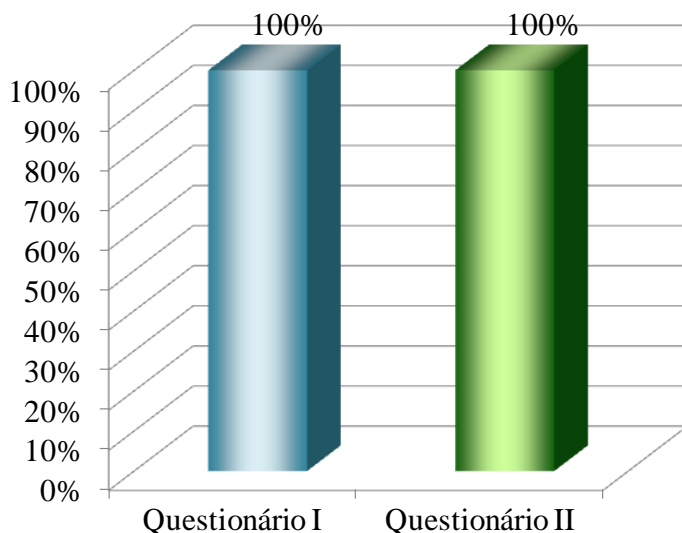


Gráfico 15 Taxa de respostas corretas relativas à temática Técnicas de resistência às pressões

Do tema Sexualidade, decisões e comunicação eficaz, a aluna só respondeu corretamente a duas das questões, das quatro, que o compunham, aquando da aplicação do pós-teste, sendo que havia respondido de forma correta no pré-teste apenas à questão «24. Quando gostamos de alguém temos mais facilidade em dizer-lhe “não”». Assim, podemos verificar que a aluna obteve 25% de respostas corretas aquando da realização do pré-teste e posteriormente obteve 50% de respostas corretas no pós-teste. Ilações que podemos apurar da análise ao Gráfico 16.

Sexualidade na Adolescência: Implementação de um Programa de Orientação para Alunos com Déficit Intelectual

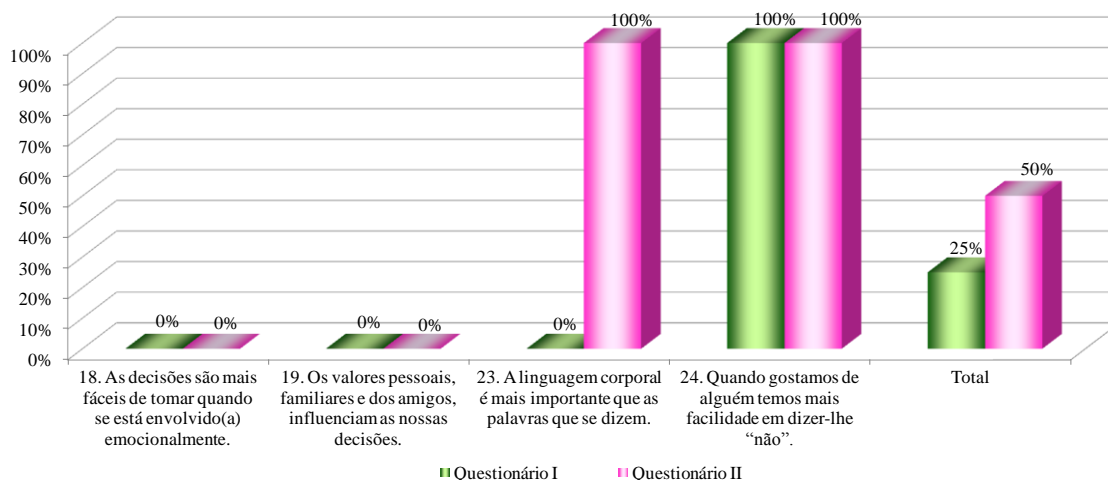


Gráfico 16 Taxa de respostas corretas relativas à temática Sexualidade, decisões e comunicação eficaz

Das seis questões referentes ao tema Comportamentos de risco (consequências): gravidez, ITSs, VIH, Gráfico 17, a aluna C respondeu corretamente a duas questões, o que corresponde a 33%, aquando da realização do pré-teste. Já no pós-teste a aluna obteve 67% de respostas corretas.

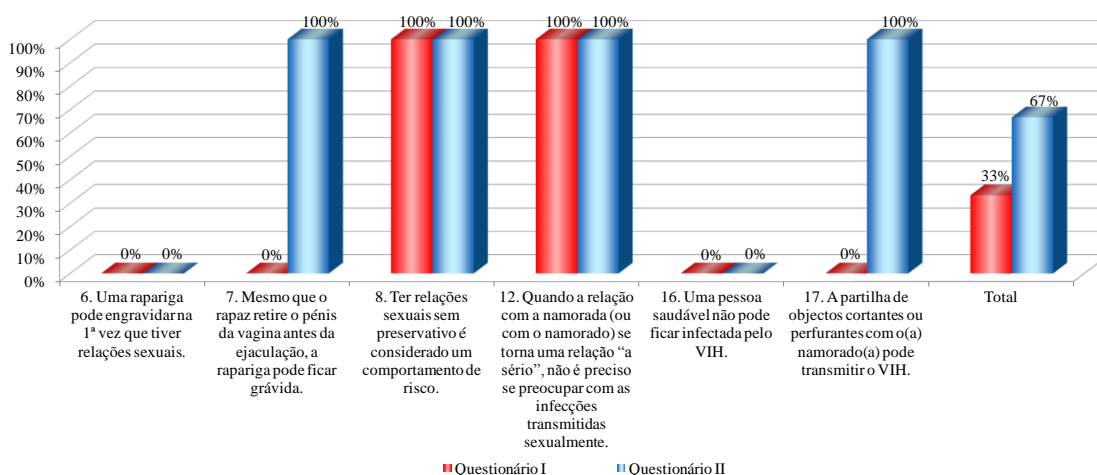


Gráfico 17 Taxa de respostas corretas relativas à temática Comportamentos de risco (consequências): gravidez, ITSs, VIH

O Gráfico 18 dá-nos o total de respostas corretas alcançadas pela aluna C aquando da aplicação dos pré e pós teste para o tema Comportamentos preventivos: abstinência sexual, adiamento da 1.^a relação sexual, preservativo + anticoncepcional. Verificamos que a aluna já detinha alguns conhecimentos nesta área e conseguiu interiorizar mais conhecimentos, como aliás podemos observar da apresentação dos resultados obtidos. Ou seja, a aluna respondeu corretamente a 50% das questões no pré-teste e a 75% das questões de forma correta, no pós-teste.

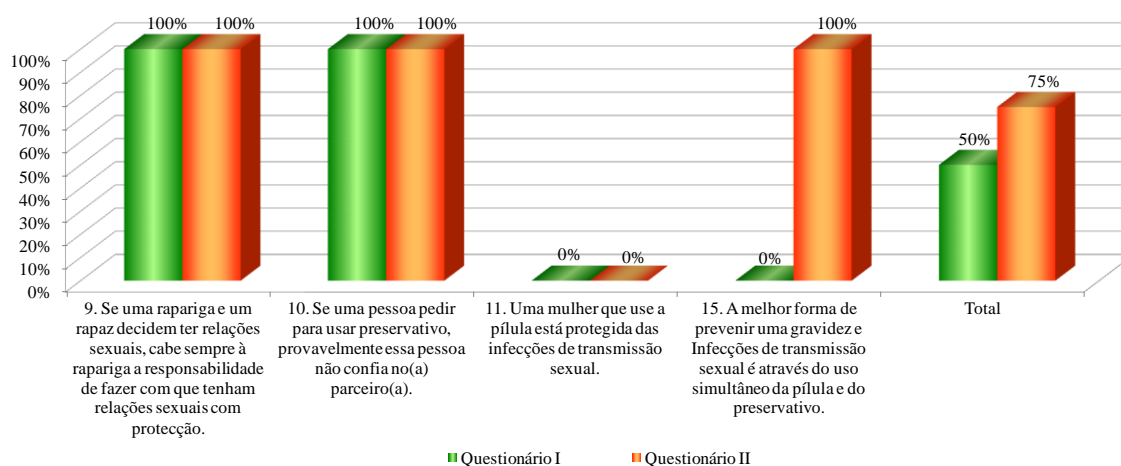


Gráfico 18 Taxa de respostas corretas relativas à temática Comportamentos preventivos: abstinência sexual, adiamento da 1.^a relação sexual, preservativo + anticoncepcional.

Verificamos que a aluna C tinha alguns conhecimentos sobre a temática da sexualidade aquando da realização do pré-teste, como se verificou anteriormente. Porém, das três participantes neste estudo foi a que adquiriu menos conhecimentos durante a aplicação do Projeto ESA. A aluna, após a aplicação do referido projeto, respondeu incorretamente às questões: “3. O trajeto seguido pelos espermatozoides desde o local de produção até ao exterior do corpo, é o seguinte: epidídimo, testículo, vesículas seminais, canais deferentes, próstata e uretra.” e “4. A ovulação acontece sempre 14 dias antes do início da menstruação seguinte.” da temática Sexualidade e Fisiologia do Sistema Reprodutor Humano; “6. Uma rapariga pode engravidar na 1.^a vez que tiver relações sexuais.” da temática: Comportamentos de risco (consequências): gravidez, ITSs, VIH; “11. Uma mulher que use a pílula está protegida das infeções de transmissão sexual.” da temática Comportamentos preventivos; “14. A seguinte frase

não pode ser considerada um exemplo de estereótipo: Os rapazes pressionam mais que as raparigas.” da temática Sexualidade, estereótipos e papéis sexuais; “18. *As decisões são mais fáceis de tomar quando se está envolvido(a) emocionalmente.*” e “19. *Os valores pessoais, familiares e dos amigos, influenciam as nossas decisões.*” da temática Sexualidade, decisões e comunicação eficaz.

Da análise feita ao gráfico 19 verificamos que aquando da realização do pré-teste as alunas do nosso estudo obtiveram as seguintes percentagens de respostas corretas: aluna A 25%, aluna B a 33% e aluna C a 38%, relativamente aos temas: sexualidade e fisiologia do sistema reprodutor humano; sexualidade estereótipos e papéis sexuais; técnicas de resistência às pressões; sexualidade, decisões e comunicação eficaz; comportamentos de riscos (consequências), gravidez/ITS, VIH e comportamentos preventivos (abstinência sexual, adiamento da 1º relação sexual e preservativo+ anticoncepcional). Após a aplicação do projeto ESA as alunas A, B e C passaram para um total de 83%, 83% e 67% de respostas corretas, como podemos observar no gráfico seguinte.

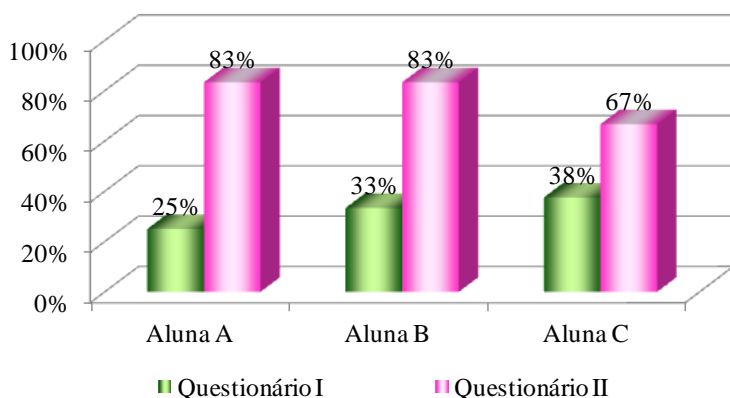


Gráfico 19 Taxa de respostas totais corretas aquando da aplicação do questionário I e II, respetivamente.

Relativamente aos resultados obtidos aquando da realização do pré-teste concluímos que as alunas do nosso estudo detinham poucos conhecimentos sobre os temas em estudo. Resultados semelhantes foram também descritos noutros estudos, onde se verificou que os jovens com deficiência intelectual possuem insuficientes conhecimentos acerca do seu corpo, reprodução e contraceção e incorretos

conhecimentos acerca das doenças sexualmente transmissíveis (Gomes & Fávero, 2011).

Igualmente, Ramos (*cit. in* Gabriel 2013) concluiu que as pessoas portadoras de deficiência intelectual apresentam conhecimentos mais deficitários nos temas: doenças sexualmente transmissíveis, métodos contraceptivos, gravidez, menstruação, fertilidade e abuso sexual.

Porém, após a aplicação das aulas do projeto ESA, aquando da realização do pós-teste, as alunas A, B e C foram capazes de assimilar parte dos conteúdos, pois responderam corretamente a um maior número de questões, comparativamente ao número que haviam acertado aquando da realização do pré-teste. No entanto, todas as alunas do nosso estudo apresentaram níveis díspares de aquisição de conhecimentos.

Os resultados obtidos pelas alunas A, B e C, relativamente à interiorização de conteúdos relacionados com a sexualidade, permitem-nos concluir que estas foram capazes de interiorizar conteúdos relacionados como tema em questão. Facto corroborado também por Morales e Batista (2010) em seus estudos, onde verificaram que os diferentes níveis de compreensão sobre sexualidade, de pessoas com deficiência intelectual contrastam com a visão mítica que os caracteriza por suas incapacidades. Verificando que estes, em especial os que apresentam menos comprometimento, manifestam interesse em compreender a sua sexualidade e apoderam-se de conhecimentos que lhes são transmitidos nesta e noutras áreas.

Os nossos resultados, tendo por base que as alunas conseguiram responder corretamente a um maior número de questões aquando da realização do pós-teste, vão também ao encontro de estudos que asseguram que as pessoas com deficiência devem receber informação sobre sexualidade, e que essa informação contribua para o aumento dos seus conhecimentos sobre o tema, a curto e a longo prazo e melhore a sua experiência na interação sexual (McCabe *cit. in* Pinto 2011). Assim, falar de sexualidade não é sinónimo de fomentar a prática sexual, mas antes de a normalizar entre as pessoas com deficiência, de as libertar de tabus, informar e prevenir de

situações nefastas para a saúde física e psicológica, abrindo-lhes portas para um maior bem-estar. (Félix 2003, Teixeira 2011, França 2012).

Estudos ressesentes dos autores Antunes e Glat (2013) efetuados junto de jovens com déficit intelectual permitiram-lhes concluir, tal como nós, que estes quando confrontados com assuntos relacionados com a sexualidade, ou outros, são capazes de se apoderarem dos mesmos, querendo para suas vidas vivências idênticas aos demais e desejando viver de forma autónoma. Estes autores salientam, no entanto, que cabe à escola mudar as práticas pedagógicas para que se deixe de promover a negação desses alunos como sujeitos da educação e protagonistas das suas próprias histórias, pois os seus relatos dizem muito das suas vidas e apontam caminhos para a atuação da escola e dos professores que possibilitariam um melhor desenvolvimento cognitivo, cultural e social dos mesmos.

Contudo, os nossos dados contrariam os resultados obtidos por Pereira (2013), quando afirma que os conhecimentos revelados pelos jovens do seu estudo, sobre o funcionamento do corpo, reprodução humana, métodos contraceptivos e infeções sexualmente transmissíveis, são francamente insuficientes, incorretos ou enviesados, mesmo após estes terem participado em projetos de educação sexual.

Tendo por base o nosso segundo objetivo: **Analisar os comportamentos dos alunos com déficit intelectual perante as estratégias utilizadas para a implementação do projeto na área da educação sexual**, as alunas A, B e C, do nosso estudo realizaram o questionário de autoavaliação, que consta no anexo 12, e cujos resultados se apresentam de seguida.

Nos dados, apresentados no Gráfico 20, relativamente às questões *Fui assíduo?*, *Cumpri as regras estabelecidas?* e *Respeitei as opiniões dos outros?*, as alunas A, B e C obtiveram 100% de respostas afirmativas. Verificou-se que as alunas do nosso estudo, foram sempre assíduas e cumpriram as regras inicialmente propostas. No que se refere ao respeito pela opinião dos colegas, mostraram-se também condescendentes com os demais. Facto que nos permite inferir que as alunas se mostraram colaborantes e interessadas aquando da implementação das aulas do projeto ESA.

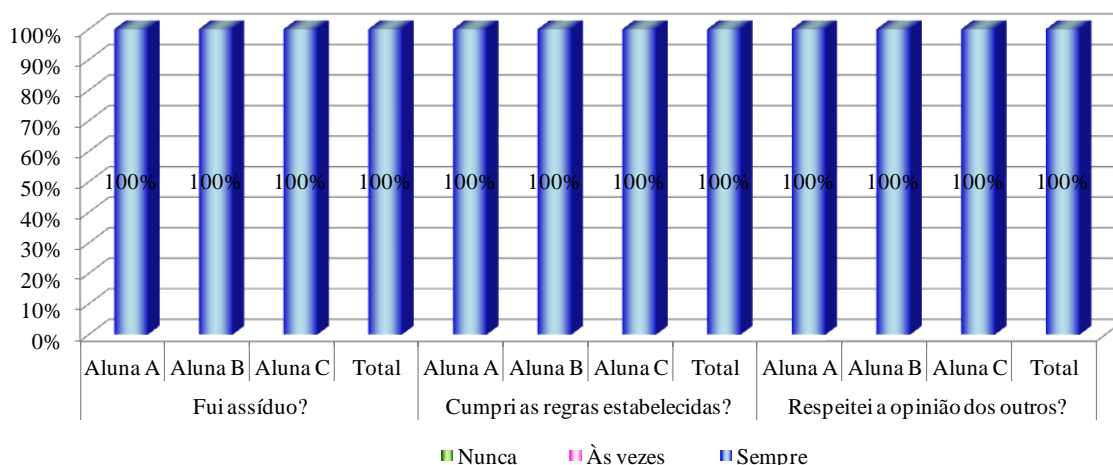


Gráfico 20 Assiduidade dos Participantes, Cumprimento de Regras e Respeito pela Opinião dos Outros.

Estes resultados equiparam-se aos efetuados por Morales e Batista (2010), que também constataram nos seus estudos que os alunos entendiam e seguiam as regras estabelecidas para o funcionamento do grupo, nas aulas de orientação sexual, as quais incluíam, entre outras, o respeito pelos colegas e pelo professor. Essas regras foram apreendidas, sendo raramente quebradas. Observaram, portanto, uma constante apropriação de valores e normas culturalmente estabelecidos, o que consideraram, também, um indicador de capacidades por parte destes jovens.

Igualmente, Pereira (2013) afirma que, na educação sexual de alunos com déficit intelectual ou outra qualquer deficiência, deve estar presente um enfoque educativo baseado no desenvolvimento de uma interação com o seu meio cultural, físico e social, perspetivando a melhoria das suas relações interpessoais, assim como o desenvolvimento da sua personalidade. Devendo estar também incluída, uma relação de respeito em relação aos outros, que lhes permita uma convivência salutar com os seus pares e a integração plena e efetiva na comunidade local. Ao perceber o que é um comportamento socialmente adequado, ajudá-lo-á no seu crescimento interpessoal e no seu processo de socialização.

No que se refere à participação nas atividades propostas, apenas a aluna B diz ter participado sempre nas mesmas, enquanto as alunas A e C referem apenas ter

participado algumas vezes. Quanto à partilha de ideias e opiniões e esclarecimento de dúvidas, a aluna A afirma tê-lo feito sempre sem receio, as alunas B e C nem sempre partilharam as suas ideias e opiniões. Todavia, a aluna B afirma ter colocado sempre as suas dúvidas sem qualquer receio. Todas as alunas foram unânimes em referir que sempre gostaram da forma como os assuntos foram abordados. Dados que podemos aferir através da análise ao Gráfico 21.

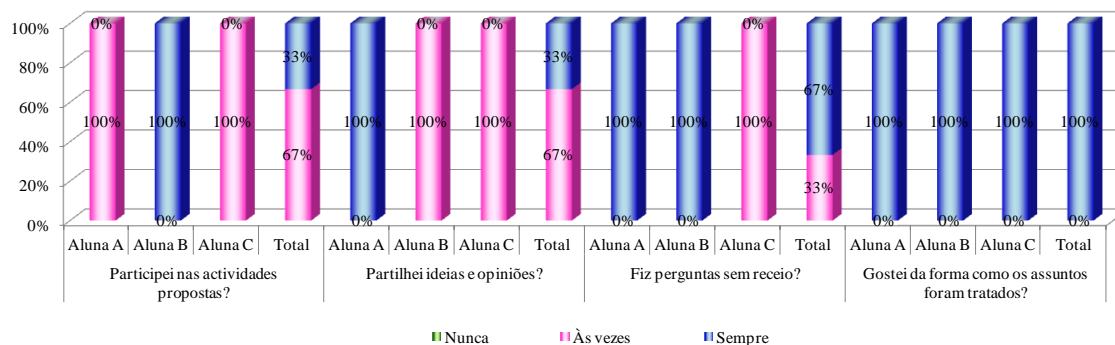


Gráfico 21 Participação nas Atividades Propostas, Partilha de Ideias e Opiniões, Questionamento Sem Receio e Forma como os Assuntos foram Abordados.

Relativamente à partilha de ideias e opiniões e ao seu incentivo, os autores Pereira e Martins (2012), em estudos sobre educação sexual para alunos com deficiência, reforçam a ideia que a sexualidade é muito mais que o ato sexual, ou seja, a sexualidade é também uma forma de expressão dos sentimentos, na qual se delimita a identidade sexual, identificando-se com o género masculino ou feminino e, sendo assim, com as suas características próprias. Esta constatação é por nós corroborada ao ser efetivada pelas alunas em questão, tendo em conta a *performance* destas no decorrer das aulas do projeto.

Morales e Batista (2010), nos estudos que levaram a cabo com jovens com diagnóstico de deficiência intelectual, verificaram que estes participaram nas atividades propostas manifestando interesse e alguns, embora com algum embaraço e inibição, partilharam ideias e opiniões. Verifica-se, assim, a aproximação dos nossos estudos com outros, nomeadamente os dos autores referidos.

De acordo com o Gráfico 22, os temas de que, em geral, as participantes mais gostaram foram: “1. Sistema reprodutor: órgãos sexuais e suas funções”; “3. Sistema reprodutor: factos e mitos”; “4. Comportamentos preventivos da gravidez na adolescência”; “7. Resistência às pressões – Saber dizer não” e “10. Utilização do preservativo”. De salientar que nenhuma elegeu as temáticas: “6. Sexualidade e tomada de decisão” e “8. Sexualidade e comunicação eficaz”.

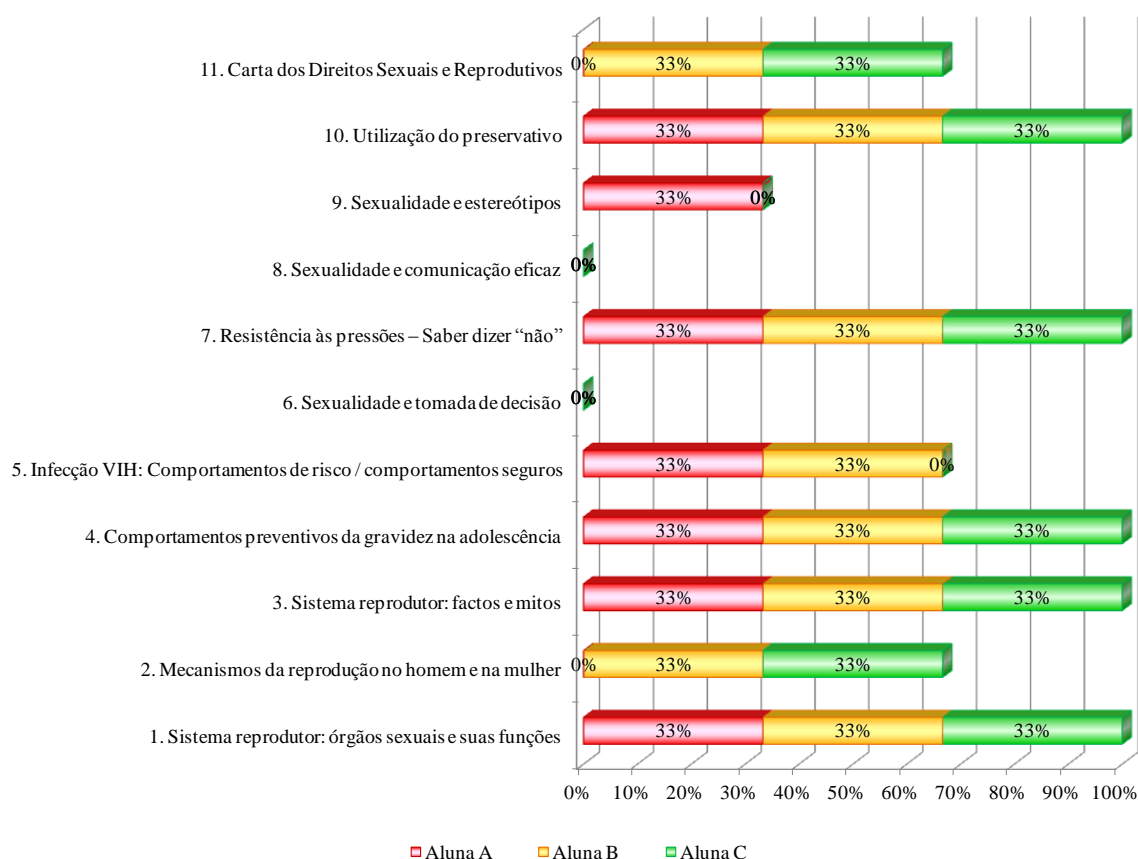


Gráfico 22 Temáticas de que os participantes mais gostaram.

Uma vez mais, referimos os autores Morales e Batista (2010), visto que os resultados obtidos por estes são semelhantes aos nossos, nomeadamente no que se refere às temáticas que os alunos mais gostaram. Salientamos aqui o interesse manifestado pela colocação do preservativo, resistência às pressões/abusos sexuais e prevenção da gravidez.

Através da observação do gráfico 23, que mostra a opinião das participantes do nosso estudo sobre o projeto ESA, podemos deduzir que as aulas foram importantes, que lhes permitiram compreender melhor a sua sexualidade, que se sentem mais informadas e que estas aulas vão ajudá-las a tomar decisões nas suas vidas.

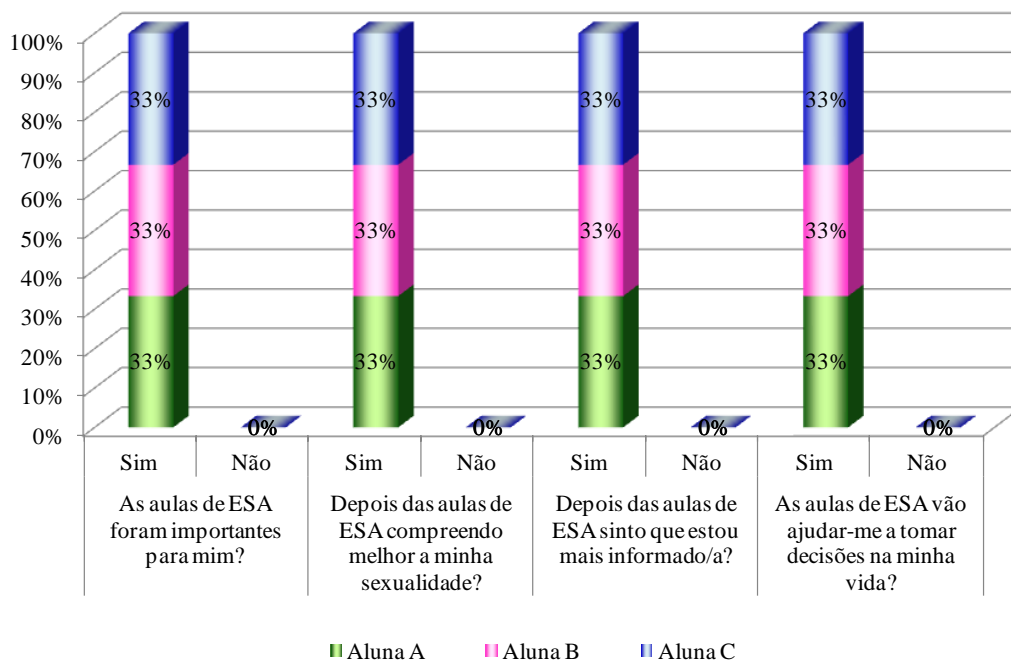


Gráfico 23 Opinião dos Participantes sobre o Projeto ESA.

Igualmente, e de acordo com os nossos resultados, também o autor Carvalho (*cit. in* Morales & Batista 2010), relata experiências de ensino, realizadas com jovens matriculados em escolas de educação especial, em que muitas possibilidades lhes foram oferecidas, e os jovens manifestaram a sua satisfação e expressaram a importância que experiências desta natureza têm nas suas vidas.

No que se refere aos resultados obtidos relativos à averiguação da importância atribuída às “aprendizagens formais” na área da sexualidade (aulas do projeto ESA) salientamos, também aqui, a questão 13. “*Este espaço serve para dizeres o que quiseres acerca do ESA.*”, Para esta pergunta aberta procedeu-se à análise do conteúdo (Tabela, 3), com agrupamento por temáticas construindo categorias a partir das quais procuramos compreender a opinião sobre o projeto, comparando as respostas dadas pelas alunas e analisando-as sob diferentes pontos de vista e referenciais teóricos. Através desta

análise procurou-se, igualmente, perceber possíveis semelhanças ou diferenças nos discursos das alunas.

TABELA 3 *Análise de conteúdo da questão 13*

Dimensão	Categorias	Aluna A	Aluna B	Aluna C
Perspetiva de Futuro	Preparação para o futuro	-----	Prepara-nos para o futuro. Para quando namorar.	-----
Consciência dos riscos: ITS, gravidez não desejada e abuso sexual	Consciência dos riscos	-----	Fico mais protegida.	O projeto ESA informa sobre os riscos que corremos.
Importância do projeto ESA/ Continuidade	Continuidade do projeto	-----	-----	Devemos continuar a ter estas aulas.
	Importância para a vida	É muito importante na vida.	O projeto ESA é muito importante na minha vida.	-----
	Aquisição de conhecimentos	-----	Estas aulas dão muitos conhecimentos.	-----
	Reflexão	Estas aulas levam-nos a refletir.	-----	-----
Vida sexual ativa	Relações sexuais	O ESA é importante, porque um dia vou fazer sexo e tenho de estar preparada.	-----	-----

Ao analisar a questão aberta, e de acordo com os relatos das alunas, apresentados na tabela anterior, verificou-se que estas consideram o projeto ESA importante, na

medida em que as prepara para o futuro, sendo que uma delas aponta “o namoro” e outra aponta o “fazer sexo” como acontecimentos futuros,

Assim, os nossos resultados corroboram com os resultados de outros autores, nomeadamente da autora Denari (*cit. in* Morales & Batista 2010), a qual verificou em seus estudos, efetuados numa escola de Educação Especial, que os adolescentes demonstraram interesse em relação aos temas de sexualidade e que muitos apresentavam expectativas de namoro, casamento e filhos. Um outro estudo de França (2012), refere também que adolescentes e adultos com déficit intelectual, principalmente os que apresentam menor comprometimento intelectual, costumam demonstrar interesse em desejar para suas vidas o namoro e até o casamento. Também, Fávero e Gomes (2011), bem como, Antunes e Glat (2013), referem, em seus estudos, que as pessoas portadoras de déficit intelectual manifestam desejos, necessidades, e vontade de expressar a sua sexualidade tal como as outras pessoas.

Um estudo recente efetuado por Gabriel (2013), ao inquirir pais e educadores de pessoas com deficiência intelectual revelam, igualmente, que a sexualidade destas pessoas ocorre de forma tão natural tal como ocorre nos demais, manifestando desejos e interesses no namoro, nas relações sexuais e nos relacionamentos mais duradouros. Deste modo, mais uma vez se comprovam os nossos resultados sobre as aspirações destes alunos em relação às perspectivas de manterem relacionamentos de caráter sexual e afetivo, expressando assim a sua sexualidade.

Quanto à relevância da implementação deste projeto, os alunos do nosso estudo salientam a importância deste para as suas vidas. Nesta sequência, e de acordo com as referências teóricas apresentadas por Félix (*cit. in* Gabriel 2013), a educação sexual é importante para todos os indivíduos por permitir que os mesmos vivenciem a sexualidade de forma positiva, gratificante e saudável, mas que para quem tem limitações ao longo da vida ainda mais essencial se torna. Estas afirmações são igualmente exteriorizadas pelos pais e profissionais de saúde inquiridos no estudo levado a cabo por este autor. No entanto, estes salientam que deverá existir envolvimento entre instituição/escola – família de modo a permitir consenso entre todos aqueles que fazem parte do contexto onde os indivíduos desta população se encontra inserida,

contribuindo assim para o aumento da eficácia da implementação de projetos desta natureza.

Relativamente às outras categorias apresentadas na tabela 3, nomeadamente quando as alunas referem que o projeto informa sobre os riscos que correm, que permite a aquisição de conhecimentos e levando-as à reflexão, verificou-se que em estudos similares, efetuados por Morales e Batista (2010), há referência aos Parâmetros Nacionais Brasileiros que mostram que os alunos das escolas onde se realiza orientação sexual manifestam uma diminuição da tenção e da preocupação com as questões da sexualidade, inferindo, para tal, o facto de estes alunos estarem mais informados. Os autores sublinham igualmente, que nas instituições onde houve explicações sistematizadas sobre sexualidade verificou-se uma diminuição da incidência de tentativa de atos sexuais nos corredores, o que se depreende que estas aulas permitiram uma reflexão/discussão sobre comportamentos e atitudes, permitindo a adoção, por parte destes indivíduos, de comportamentos e normas de vivência em sociedade. Importa salientar que, alguns autores fazem referência à importância da aplicação destes projetos nas escolas e que os mesmos devem ser implementados por pessoas formadas nesta área e que tratem dos temas sem tabus nem preconceitos, permitindo-lhes a vivência da sua sexualidade (Antunes & Glat 2013). Remetendo, igualmente, para a importância da família aceitar, também, que estes jovens têm necessidades na área da sexualidade deixando de tratá-los como eternas crianças.

A par das anteriores conclusões, os autores Moura e Cavalcanti (2010), relativamente à abordagem da orientação sexual na escola, afirmam que esta ao proporcionar informações atualizadas do ponto de vista científico e ao debater os diversos valores associados à sexualidade e aos comportamentos sexuais existentes na sociedade possibilita ao aluno desenvolver atitudes coerentes com os valores que ele próprio eleger como seus. Assim, uma vez mais se comprova que a reflexão, por parte dos alunos, é um ponto assente da implementação destes projetos em meio escolar ou nas instituições onde estas pessoas se encontram. Para finalizar, e de acordo com o autor França (2012), na contemporaneidade as pessoas com deficiência, em especial as que apresentam menos comprometimento, encontram espaço nas redes sociais, através de comunidades virtuais, para debater a sua sexualidade, pois estes não querem mais

aceitar que apenas os “outros” (os mais especializados) conversem e determinem sobre a sua sexualidade e seus amores. Lutam, assim, para que o seu corpo e a sua sexualidade não permaneçam proibidos e invisíveis. Novamente se reconhece aqui a importância da implementação de projetos no âmbito da sexualidade, nas escolas e/ou nas instituições onde estes se encontram.

No que respeita à continuidade deste projeto as alunas referem que deveriam continuar a ter aulas sobre o tema, considerando que apenas 10 aulas são muito poucas. Deste modo o nosso estudo reflete o mesmo que outros investigadores quando concluíram que estes temas não devem ser tratados apenas na adolescência mas também noutras fases do desenvolvimento, inclusive na idade adulta (Félix, 2003; Almeida & Albuquerque, 2010; Teixeira, 2011; Gabriel, 2013; Pereira, 2013).

CONCLUSÕES

A produção do presente trabalho abriu horizontes para uma melhor percepção e consciencialização da problemática que envolve as pessoas portadoras de déficit intelectual, nomeadamente no que se refere à vivência da sua sexualidade e à forma como a educação sexual formal pode ser efetivada em contexto de sala de aula.

Os resultados do presente estudo revelam, com sucesso, que foi possível efetivar um projeto de educação sexual junto de alunos com déficit intelectual. O nosso primeiro objetivo foi, também, alcançado, pois as alunas envolvidas no estudo interiorizaram parte dos conteúdos, facto constatado através dos resultados por nós obtidos no pré e pós teste. Inicialmente verificou-se que as alunas detinham poucos conhecimentos sobre os temas em estudo e, posteriormente, aquando da aplicação do projeto, foram capazes de assimilar alguns conteúdos, pois responderam corretamente a um maior número de questões.

Nesta sequência, e em resposta ao nosso segundo propósito, verificou-se que as alunas do estudo foram assíduas e cumpriram as regras inicialmente estipuladas. Quanto à sua participação na realização das atividades desenvolvidas nas aulas, foi possível aferir que as mesmas participaram na maioria das atividades implementadas, havendo, pontualmente, algum absentismo; manifestaram-se condescendentes para com os seus pares, no que se refere à expressão das suas opiniões, todavia referiram nem sempre tê-las partilhado. Importa, ainda, referir que as alunas do estudo foram unânimes em referir que gostaram da forma como foram abordados os conteúdos. No entanto, salienta-se que os temas que suscitaram maior interesse, da parte de todos os participantes do estudo, foram a colocação do preservativo, a resistência às pressões/abusos sexuais e a prevenção da gravidez.

Perante um estudo desta natureza, as alunas envolvidas expressaram a sua satisfação por fazerem parte do mesmo, afirmando que as aulas foram importantes, pois permitiram compreender melhor a sua sexualidade e facultaram-lhes mais informação. Asseveraram que este projeto as irá ajudar a tomar decisões nas suas vidas futuras, quando iniciarem a sua atividade sexual. Igualmente, citam a importância do projeto no

que se refere à prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, no uso de contraceptivos e perante situações de abuso sexual.

Diante as supracitadas constatações, esperamos ter dado o nosso contributo, enquanto profissionais da educação, para que estas jovens vivenciem cada vez melhor a sua sexualidade e se sintam mais incluídas na sociedade. Porém, sabemos que a sexualidade é algo que se constrói ao longo de toda a nossa vida e não apenas na adolescência e que, como também referem as alunas do estudo, o projeto deveria continuar, ou seja, consideramos que as dez aulas aplicadas poderão revelar-se insuficientes para a concretização dos nossos intentos.

Com a aplicação deste programa a alunos com Déficit Intelectual pretendeu-se, similarmemente, contribuir para uma melhoria das práticas pedagógicas dos professores e profissionais da educação, na área da educação sexual, os quais enfrentam hoje o desafio de uma escola inclusiva face a um mundo globalizante.

2. Limitações do estudo e pistas para investigações futuras

O trabalho de investigação que nos propusemos realizar foi, a par de uma grande motivação pessoal, amplamente enriquecedor enquanto objeto de pesquisa e enquanto tema bastante atual no nosso sistema educativo e, nomeadamente, na sociedade contemporânea.

Acreditamos que ao concretizá-lo tenhamos contribuído para o apuramento de dados que, em conjunto com estudos similares, permitam uma melhor reflexão sobre a efetivação da educação sexual em contexto escolar numa escola inclusiva a alunos com Déficit Intelectual ou a qualquer outro aluno.

Todavia, estamos cientes que este estudo apresenta as suas limitações, tal como qualquer outro que acaba limitado pelo tempo e pelos condicionalismos que um trabalho desta natureza enfrenta.

Podemos referir, como uma das limitações constatadas, o tamanho da amostra que por motivos óbvios reduziu-se ao número de alunas que apresentavam déficit intelectual, que frequentavam o respetivo curso. Seria importante que a nossa amostra contemplasse um maior número de alunos, para que as ilações tiradas pudessem ser mais representativas. A par disto, temos também o facto de os alunos pertencerem apenas ao género feminino, motivo pelo qual também se poderá ter resultados menos expressivos relativamente à aceitação e grau de satisfação dos alunos em geral, caso se possa extrapolar os resultados por nós obtidos no estudo.

Um outro entrave do nosso estudo poderá ter sido o questionário utilizado para a verificação da aquisição de conhecimentos, uma vez que, este era direccionado a alunos do ensino regular e que frequentam o 8.º ano de escolaridade. Razão suficiente para que as alunas, embora num curso de educação e formação equivalente ao 9.º ano, e com as especificidades apresentadas, déficit intelectual, pudessem não ter respondido corretamente a algumas perguntas não por não terem apreendido os conhecimentos, mas por dificuldades na perceção das questões que lhes foram apresentadas.

Para investigações futuras, consideramos que uma entrevista aos participantes do estudo, bem como aos seus encarregados de educação, onde fossem privilegiadas as questões abertas, seria um bom indicador para avaliar o grau de satisfação dos alunos e dos seus familiares relativamente à aplicação do referido projeto, que aborda uma área tão importante e tão sensível como é a educação sexual. Seria igualmente importante, que o questionário a aplicar como pré e pós teste, para aferir a aquisição de conhecimentos, fosse adequado para alunos com déficit intelectual.

BIBLIOGRAFIA

- Abenhaim, E. (2009). Deficiência mental, aprendizagem e desenvolvimento. In: Díaz, F. et alii. (Org.). *Educação Inclusiva, Deficiência e Contexto Social: questões contemporâneas*. Salvador, Universidade Federal da Bahia, pp. 237-244. [Em linha]. Disponível em <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ufba/170/1/Educacao%20Inclusiva.pdf> [Consultado em 15/12/2013].
- Albuquerque, P. P. e Almeida, M. A. (2010). Sexualidade e deficiência intelectual: um curso de capacitação para professores, *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*, Volume 91 (228), pp. 408-423. [Em linha]. Disponível em <http://rbep.inep.gov.br/index.php/RBEP/article/viewFile/1507/1345> [Consultado em 3/05/2013].
- Almeida, J. C. F. (2001). Em defesa da investigação-acção, *Sociologia, Problemas e Práticas*, Volume 37, pp. 175-176. [Em linha]. Disponível em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/spp/n37/n37a09.pdf> [Consultado em 17/05/2013].
- Almeida, P. A. (2009). *A educação sexual na deficiência mental*. Projeto de Investigação de Pós-graduação, Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti, Porto. [Em linha]. Disponível em <http://repositorio.esepf.pt/handle/10000/274> [Consultado em 17/05/2013].
- Amaral, R. et alii. (2010). Deficiência mental: Casuística da unidade de desenvolvimento do Hospital de Dona Estefânia, *Acta Médica Portuguesa*, Volume 23, pp. 993-1000. [Em linha]. Disponível em <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/750/427> [Consultado em 06/11/2013].

- Antunes, K. C. e Glat, R. (2013). História de vida de alunos com deficiência intelectual: percurso escolar e a constituição do sujeito. [Em linha]. Disponível em <<http://www.uel.br/eventos/congressomultidisciplinar/pages/arquivos/anais/2013/AT01-2013/AT01-001.pdf>> [Consultado em 08/02/2014].
- Assunção, M. S. (2010). *Educar para a sexualidade - um imperativo ético*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto, Porto. [Em linha]. Disponível em <<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/55339/2/Dissertao%20Educar%20para%20a%20Sexualidade%20Um%20Imperativo%20etico.pdf>> [Consultado em 26/08/2013].
- Bastos, O. M. e Fidry, D. (2007). Adolescente com deficiência mental: abordagem dos aspetos sexuais, *Adolescência & Saúde*, Volume 4 (3), pp. 29-32. [Em linha]. Disponível em <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=96> [Consultado em 15/12/2013].
- Belo, M. S. (2012). *Educação sexual em meio escolar: perspectivas dos professores*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa, Lisboa. [Em linha]. Disponível em <<http://repositorio.ul.pt/handle/10451/6931>> [Consultado em 05/11/2013].
- Bogdan, R. e Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Correia, L. M. (2008). *A Escola Contemporânea e a Inclusão de Alunos com NEE: Considerações para uma educação de sucesso*. Porto, Porto Editora.
- Costa, V. M. (2013). *A inclusão de uma criança com limitações cognitivas/deficiência intelectual em contexto educativo regular - Estudo Caso*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação João de Deus, Lisboa. [Em linha]. Disponível em < <http://comum.rcaap.pt/handle/123456789/4328> > [Consultado em 26/09/2013].

- Coutinho, C. P. *et alii.* (2009). Investigação-acção: metodologia preferencial nas práticas educativas, *Psicologia, Educação e Cultura*, Volume XIII (2), pp. 445-479. [Em linha]. Disponível em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10148/1/Investiga%C3%A7%C3%A3o_Ac%C3%A7%C3%A3o_Metodologias.PDF> [Consultado em 15/05/2013].
- Cunha, A. R. (2010). *A sexualidade e a deficiência mental em jovens adolescentes: atitudes dos pais e professores*. Projecto de Investigação de Pós-graduação, Universidade Fernando Pessoa, Ponte de Lima.
- Elliot, J. (1990). *La investigación-acción en educación*. Madrid: Ediciones Morata.
- Facion, J. R. (1990). A sexualidade nas doenças mentais infanto-juvenis, *Integração*, Volume 3 (6), pp. 5-7.
- Fávero, M., Meneses, J. e Bilimória, H. (2011). Atitudes dos professores e educadores face à implementação da educação sexual na escola, *Terapia Sexual*, Volume 14 (1), pp. 37-56.
- Félix, I. (1995). Evolução da sexualidade ao longo da infância e da adolescência. In: Félix, I. e Marques, A. (Org.). *E nós... somos Diferentes? Sexualidade e educação sexual na deficiência mental*. Lisboa, APF, pp. 29-52.
- Félix, I. (2003). As atitudes dos profissionais face à sexualidade das pessoas portadoras de deficiência mental, *Sexualidade e Planeamento Familiar*, Volume 37, pp. 18-25.
- Fernandes, J. F. (2011). Inclusão, Educação e Invenção do Social. In: Fontoura, H. A. e Silva, M. (Org.). *Práticas Pedagógicas, Linguagem e Mídias: Desafios à Pós-graduação em Educação em suas múltiplas dimensões*. Rio de Janeiro, ANPED, pp. 206-228. [Em linha]. Disponível em <<http://www.fe.ufrj.br/anpedinha2011/ebook1.pdf>> [Consultado em 15/12/2013].

- Fiúza, V. L. (2010). *Sexualidade no adolescente com síndrome de Down*. Projecto de Investigação de Pós-graduação, Universidade Fernando Pessoa, Ponte de Lima.
- Flick, U. (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*. Lisboa: Monitor - Projectos e Edições, Lda.
- Frade, A. et alii. (2010). *Educação sexual na escola: Guia para professores, formadores e educadores*. Lisboa, Texto Editora.
- Fuertes, A.; Martinez, J. L. e Ramos, M. (2002). Factores associados à las condutas sexuais de riesgo en la adolescência, *Infância y Aprendizaje*, Volume 25 (3), pp. 347-361.
- Gabriel, C. A. (2013). *Sexualidade da Pessoa com Deficiência Intelectual – Atitudes de Pais e Profissionais*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa. [Em linha]. Disponível em <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2516/1/17809.pdf> [Consultado em 05/12/2013].
- Gherpelli, M. H. B. V. (1995). *Diferente mas não desigual: sexualidade no deficiente mental*. São Paulo: Gente.
- Ghiglione, R. e Matalon, B. (2005). *O inquérito: teoria e prática*. Oeiras, Celta Editora.
- Glat, R & Freitas, R. C. (2002). *Sexualidade e deficiência mental: pesquisando, refletindo e debatendo sobre o tema*. Rio de Janeiro: Editora 7 Letras.
- Glat, R. (2004). *Saúde sexual, Deficiência & Juventude em risco*. Rio de Janeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

- Gomes, D. e Fávero, M. (2011). Os conhecimentos dos adolescentes portadores de deficiência intelectual ligeira sobre a sexualidade, *Terapia Sexual*, Volume 14 (2), pp. 41-66.
- Hill, M. M. e Hill, A. (2009). *Investigação por questionário*. Lisboa, Edições Sílabo.
- Littig, P. M. *et alii*. (2012). Sexualidade na deficiência intelectual: Uma análise das percepções das mães de adolescentes especiais, *Revista Brasileira da Educação Especial*, Volume 18 (3), pp. 468-486. [Em linha]. Disponível em <<http://www.readcube.com/articles/10.1590%2FS1413-65382012000300008>> [Consultado em 08/12/2013].
- López, F. e Fuertes, A. (1999). *Para Compreender a Sexualidade*. Lisboa, APF.
- Macedo, F. N. e Terrassi, E. P. (2009). Sexualidade de adolescentes portadores de diferentes deficiências. In: Díaz, F. *et alii*. (Org.). *Educação Inclusiva, Deficiência e Contexto Social: questões contemporâneas*. Salvador, Universidade Federal da Bahia, pp. 203-210. [Em linha]. Disponível em <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ufba/170/1/Educacao%20Inclusiva.pdf>> [Consultado em 15/12/2013].
- Marola, C. A., Sanches, C. S. e Cardoso, L. M. (2011). Formação de conceitos em sexualidade na adolescência e suas influências, *Psicologia da Educação*, Volume 33 (2.º semestre), pp. 95-118. [Em linha]. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psie/n33/n33a06.pdf>> [Consultado em 19/12/2013].
- Mattos, E. A. (2002). Deficiente mental: integração/inclusão/exclusão, *Vivetur*, Volume 13, pp. 13-20.
- Morales, A. S. e Batista, C. G. (2010). Compreensão da sexualidade por jovens com diagnóstico de deficiência intelectual, *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Volume 26 (2), pp. 235-244. [Em linha]. Disponível em

<<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n2/a05v26n2.pdf>> [Consultado em 15/11/2013].

Morato, P. e Santos, S. (2007). Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais. A Mudança de Paradigma na concepção da Deficiência Mental, *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, Volume 14, pp. 51- 55.

Moura, E. S. e Cavalcanti, T. S. (2010). Educação Inclusiva: Sexualidade e Deficiência Intelectual. [Em linha]. Disponível em <http://www.ufpe.br/ce/images/Graduacao_pedagogia/pdf/2010.1/educacao%20inclusiva%20sexualidade%20e%20deficiencia%20intelectual.pdf> [Consultado em 05/12/2013].

Oliveira, R. *et alii*. (2012). Avaliação e Investigação Etiológica do Atraso do Desenvolvimento Psicomotor / Déficit Intelectual, *Saúde Infantil*, Volume 34 (3), pp. 5-10. [Em linha]. Disponível em <<http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/1497/1/Avalia%C3%A7%C3%A3o%20e%20Investiga%C3%A7%C3%A3o%20Etiol%C3%B3gica%20do%20Atraso%20do%20Desenvolvimento%20Psicomotor.pdf>> [Consultado em 08/11/2013].

Pantaleão, M. (2011). A Sexualidade em Pessoas com Déficit Cognitivo. [Em linha]. Disponível em <<http://www.psicopedagogia.com.br/artigos/artigo.asp?entrID=1402>> [Consultado em 20/12/2013].

Pereira, J. A. e Martins, N. A. (2012). Sexualidade e atividade física em indivíduo com deficiência: Qual sua relação?. [Em linha]. Disponível em <<http://www.efdeportes.com/efd167/sexualidade-e-atividade-fisica-com-deficiencia.htm>> [Consultado em 04/09/2013].

Pereira, M. F. (2013). *A sexualidade na deficiência mental: mitos e tabús*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação João de Deus, Lisboa. [Em linha].

Disponível em <<http://comum.rcaap.pt/handle/123456789/4780>> [Consultado em 05/12/2013].

Pieczkowski, T. (2007). Educação: Educação Sexual de Pessoas com Deficiência Mental, *Educação Especial*, Volume 30. [Em linha]. Disponível em <<http://www.redalyc.org/toc.oa?id=3131&numero=27400>> [Consultado em 10/11/2013].

Pinto, J. C. (2011). *Saúde sexual e bem-estar nas pessoas com deficiência mental*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro, Aveiro. [Em linha]. Disponível em <<https://ria.ua.pt/bitstream/10773/7672/1/5222.pdf>> [Consultado em 12/10/2013].

Pinto, J. S. (2012). *Inclusão: utopia ou realidade - Perspectivas de professores e pais sobre práticas inclusivas*. Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Viseu. [Em linha]. Disponível em <<http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/11953/1/Inclus%C3%A3o%20-%20utopia%20ou%20realidade.pdf>> [Consultado em 23/08/2013].

Quivy, R. e Campenhoudt. L. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa, Gradiva.

Ribeiro, H. C. (2012). A Sexualidade e pessoas com deficiência intelectual: dos mitos às reflexões. In: Oliveira, A. A. (Coord.). *Referencial sobre Avaliação da Aprendizagem na área da Deficiência Intelectual do Ciclo II do Ensino Fundamental e da Educação de Jovens e Adultos*. São Paulo, Secretaria Municipal de Educação, pp. 34-47. [Em linha]. Disponível em <http://portalsme.prefeitura.sp.gov.br/Projetos/BibliPed/Documentos/Publicacoes/EDUC_ESPECIAL/Raadi%20baixa.pdf> [Consultado em 23/10/2013].

Ribeiro, I. M. (2008). *Educação inclusiva na escola básica pública portuguesa: perspectivas e práticas pedagógicas de professores de educação tecnológica, da Região Autónoma da Madeira, face à inclusão de jovens com NEE*. Dissertação

de Mestrado, Universidade Portucalense Infante D. Henrique, Porto. [Em linha]. Disponível em <<http://repositorio.uportu.pt/jspui/handle/11328/33>> [Consultado em 18/09/2013].

Samantha, T. (2012). *Crianças com Deficiência Intelectual: A aprendizagem e a Inclusão*. Dissertação de Mestrado, Centro Universitário Salesiano de São Paulo, São Paulo. [Em linha]. Disponível em <http://unisal.br/wp-content/uploads/2013/03/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Samantha-T%C3%A9de.pdf> [Consultado em 23/08/2013].

Sampaio, C. T. e Sampaio, S. M. (2009). Convivendo com diversidade: a inclusão escolar da criança com deficiência intelectual. *In: Díaz, F. et alii. (Org.). Educação Inclusiva, Deficiência e Contexto Social: questões contemporâneas*. Salvador, Universidade Federal da Bahia, pp. 71-78. [Em linha]. Disponível em <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ufba/170/1/Educacao%20Inclusiva.pdf>> [Consultado em 15/12/2013].

Sanches, I. (2005). Compreender, Agir, Mudar, Incluir. Da investigação-acção à educação inclusiva. *Revista Lusófona de Educação*, Volume 5, pp. 127-142. [Em linha]. Disponível em <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/rle/n5/n5a07>> [Consultado em 15/12/2013].

Santa Maria, M. R. e Linhares, M. B. M. (1999). Avaliação cognitiva assistida de crianças com indicações de dificuldades de aprendizagem escolar e deficiência mental leve, *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Volume 12 (2), pp. 395-417. [Em linha]. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79721999000200010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt> [Consultado em 3/05/2013].

Teixeira, R. C. (2011). *Concepção dos professores sobre a sexualidade do aluno nomeado como deficiente mental na escola inclusiva*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Tuckman, B. (2000). *Manual de Investigação em Educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

UNESCO (1994). [Em linha]. Disponível em <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001393/139394por.pdf> [Consultado em 15/12/2013].

Vieira, C. M. (2013). *Aspetos genéticos e sociais de sexualidade em jovens com síndrome de Down*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação João de Deus, Lisboa. [Em linha]. Disponível em <http://comum.rcaap.pt/handle/123456789/4778> [Consultado em 23/09/2013].

Xavier, A. T. (2011). *Aprendizagem da leitura em crianças com dificuldade intelectual e desenvolvimental*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação Almeida Garrett, Lisboa. [Em linha]. Disponível em <http://recil.grupolusofona.pt/xmlui/bitstream/handle/10437/1351/Dissertacao.pdf?sequence=1> [Consultado em 07/11/2013].

ANEXOS