

ANA MARIA FERREIRA PINTO

**CRENÇAS E ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO
FACE À SEXUALIDADE DOS ALUNOS COM INCAPACIDADE
INTELECTUAL NUM AGRUPAMENTO DE ESCOLAS DA MAIA**

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

PORTO 2016

ANA MARIA FERREIRA PINTO

**CRENÇAS E ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO
FACE À SEXUALIDADE DOS ALUNOS COM INCAPACIDADE
INTELECTUAL NUM AGRUPAMENTO DE ESCOLAS DA MAIA**

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

PORTO 2016

ANA MARIA FERREIRA PINTO

**CRENÇAS E ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO
FACE À SEXUALIDADE DOS ALUNOS COM INCAPACIDADE
INTELECTUAL NUM AGRUPAMENTO DE ESCOLAS DA MAIA**

Atesto a originalidade do presente trabalho

Dissertação apresentada à Universidade Fernando Pessoa, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Ciências da Educação: Educação Especial, Domínio Cognitivo e Motor, sob a orientação da Professora Doutora Fátima Paiva Coelho.

Sumário

A sexualidade é um dos aspetos essenciais para o equilíbrio psicossomático e o desenvolvimento integral do ser humano. No caso da sexualidade das pessoas com incapacidade intelectual, o preconceito, mitos, tabus e a discriminação colaboram para uma perspetiva de que a pessoa com incapacidade não tem direito a exercer a sua sexualidade. Neste contexto, esta investigação tem como objetivo descrever e compreender Crenças e Atitudes dos profissionais da educação face à sexualidade dos alunos com incapacidade intelectual num agrupamento de escolas da rede pública. Nesta pesquisa, de tipo descritivo, os dados foram recolhidos através de um questionário em formato digital com perguntas abertas e fechadas e analisados de forma qualitativa e quantitativa. Participaram neste estudo 106 docentes e 50 assistentes operacionais em funções num agrupamento de escolas da Maia. Globalmente, os resultados obtidos mostram que existe concordância elevada nos dois grupos de estudo relativamente ao facto de a sexualidade integrar as várias dimensões (Afetividade, Comunicação, Prazer e Reprodução), da necessidade de obterem informação no âmbito da Educação Sexual e concordância moderada no facto de ser difícil falar sobre o tema da sexualidade com os alunos com Incapacidade Intelectual. Tanto os docentes do sexo masculino, como os assistentes operacionais do mesmo género revelam níveis médios de atitudes positivas superiores relativamente aos pares do sexo feminino.

Palavras-chave: Sexualidade, Incapacidade Intelectual (II), Crenças, Atitudes

Abstract

Sexuality is one of the essential aspects of the psychosomatic equilibrium and full development of the human being.

In the case of sexuality of people with intellectual incapacity, prejudice, myths, taboos and discrimination cooperate towards the perspective that a person with such incapacity has no right to live his/ her sexuality. In this context, this investigation pursues the objective of describing and understanding Beliefs and Attitudes of the professionals of education concerning the sexuality of the students with intellectual incapacity in a Group of Schools of the public education net.

In this research, of a descriptive type, data has been gathered through a digital questionnaire with opened and closed questions and analyzed both qualitatively and quantitatively. 106 teachers and 50 operational assistants working in a group of schools in Maia have participated in this research. As a whole, the results show that there is high concurrence in both groups of study concerning the fact that sexuality integrates the various dimensions (Affection, Communication, Pleasure and Reproduction), the need for gathering information within the area of Sexual Education and moderate concurrence with the fact of it being difficult to speak about the theme of sexuality with students with Intellectual Incapacity. Both of the male sex as well as the operational assistants of the same gender reveal higher medium levels of positive attitudes when opposed to their pairs of the feminine gender.

Key words: Sexuality, Intellectual Incapacity (II), Beliefs, Attitudes.

Crenças e atitudes dos profissionais da educação face à sexualidade dos alunos com incapacidade intelectual num agrupamento de escolas da Maia

Agradecimentos

A todos aqueles que colaboraram e que fizeram com que fosse possível a realização desta dissertação de mestrado, que se tornou valiosa para o meu crescimento pessoal, profissional e intelectual, o meu muito obrigada:

À Professora Doutora Fátima Coelho pela competência científica, pelo acompanhamento, pela disponibilidade, paciência e sugestões construtivas demonstradas ao longo da execução da dissertação de mestrado;

Aos meus amigos, em especial ao André, pelo “apoio logístico” ao longo de todo o percurso;

Às minhas “colegas de carteira” pela ajuda, amizade, companheirismo e estímulo: Celina, Sara, Rute, Paula e Zé.

Por último, mas não menos importantes, às pessoas que sem elas este projeto não teria chegado ao fim: a minha irmã e cunhado!

Obrigada, irmã, por seres tão “chata”!

Índice

Sumário.....	I
Abstract.....	II
Agradecimentos	IV
Índice	V
Índice de Quadros	VII
Índice de Gráficos.....	VIII
Índice de Tabelas	IX
Lista de Abreviaturas.....	XII
Introdução.....	1
CAPÍTULO I - INCAPACIDADE INTELECTUAL.....	5
1. Conceito de Deficiência Mental/Incapacidade–Intelectual	6
1.1- Breve abordagem histórica.....	6
1.2-Terminologias e classificações internacionais	10
1.3- Mudança de paradigma	12
CAPÍTULO II - SEXUALIDADE E INCAPACIDADE INTELECTUAL	15
2. Sexualidade e Incapacidade Intelectual	16
2.1- Conceito de Sexualidade	16
2.2 – A Sexualidade da pessoa com Incapacidade Intelectual	17
2.3. A Educação para a sexualidade do jovem com II.....	23
2.4. Limitações à vivência da sexualidade do jovem com DM.....	27
CAPÍTULO III - CRENÇAS E ATITUDES.....	32
3. Crenças e Atitudes	33
3.1 – Abordagem conceptual.....	33
3.2 – Crenças e atitudes face à Sexualidade na Incapacidade Intelectual	37
CAPÍTULO IV - ESTUDO EMPÍRICO	41
4. Estudo Empírico	42
4.1 – Problemática	42
4.2 – Objetivos do estudo	44
4.3 – Hipóteses	45
4.4 – Método.....	46
4.5 – Caracterização da população e amostra.....	47

4.6 – Instrumentos e procedimentos	52
4.7– Apresentação e discussão de resultados	53
CAPÍTULO V - CONCLUSÕES	85
5. Conclusões.....	86
BIBLIOGRAFIA/WEBGRAFIA	90
ANEXOS	105

Índice de quadros

Quadro 1 - Níveis de Deficiência Mental, segundo Pereira (2013)..... 7

Quadro 3: Resumo de definições de atitudes (Coelho, 2012. P. 145)..... 36

Índice de gráficos

Gráfico 1 – Sexo dos professores	48
Gráfico 2 – Nível de Ensino que lecionam os professores	49
Gráfico 3 – Experiência dos professores com jovens com incapacidade intelectual	49
Gráfico 4 – Sexo dos assistentes operacionais	50
Gráfico 5 – Nível de ensino que trabalham os assistentes operacionais	51
Gráfico 6 – Experiência dos assistentes operacionais com jovens com Deficiência Mental.....	51
Gráfico 7 – Score médio das crenças dos professores.....	54
Gráfico 8 – Score médio das crenças dos assistentes operacionais.....	55
Gráfico 9 – Score médio das atitudes positivas dos professores	57
Gráfico 10 – Score médio das atitudes negativas dos professores	59
Gráfico 11 – Comparação das atitudes dos professores em relação à maioria dos colegas face às manifestações sexuais dos jovens com DM	60
Gráfico 12 – Opinião dos professores sobre como agir se o jovem com DM é encontrado na Escola a masturbar-se em público.....	61
Gráfico 13 – Score médio das atitudes positivas dos assistentes operacionais	62
Gráfico 14 – Score médio das atitudes negativas dos assistentes operacionais	63
Gráfico 15 – Comparação das atitudes dos assistentes operacionais em relação à maioria dos colegas face às manifestações sexuais dos jovens com DM.....	64
Gráfico 16 – Opinião dos assistentes operacionais sobre como agir se o jovem com DM é encontrado na Escola a masturbar-se em público	65

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Coeficiente de correlação de Pearson entre as atitudes positivas dos professores e a idade.....	66
Tabela 2 - Coeficiente de correlação de Pearson entre as atitudes negativas dos professores e a idade.....	67
Tabela 3 - Idade segundo a opinião dos professores sobre as manifestações sexuais dos jovens com DM, comparadas com as da maioria dos seus colegas e a atitude se o jovem com DM é encontrado na Escola a masturbar-se em público.....	67
Tabela 4 - Score médio das atitudes positivas dos professores segundo o sexo	67
Tabela 5 - Score médio das atitudes negativas dos professores segundo o sexo.....	68
Tabela 6 - Opinião dos professores sobre as manifestações sexuais dos jovens com DM, comparadas com as da maioria dos seus colegas e a atitude se o jovem com DM é encontrado na Escola a masturbar-se em público segundo o sexo	68
Tabela 7 - Score médio das atitudes positivas dos professores segundo o ciclo de	69
Tabela 8 - Score médio das atitudes negativas dos professores segundo o ciclo de	69
Tabela 9 - Opinião dos professores sobre as manifestações sexuais dos jovens com DM, comparadas com as da maioria dos seus colegas e a atitude se o jovem com DM é encontrado na Escola a masturbar-se em público segundo o ciclo de ensino	70
Tabela 10 - Coeficiente de correlação de Pearson entre as atitudes positivas dos professores e o tempo de exercício da atividade	71
Tabela 11 - Coeficiente de correlação de Pearson entre as atitudes negativas dos professores e o tempo de exercício da atividade	71
Tabela 12 - Tempo de exercício da atividade segundo a opinião dos professores sobre as manifestações sexuais dos jovens com DM, comparadas com as da maioria dos seus colegas e a atitude se o jovem com DM é encontrado na Escola a masturbar-se em público	71
Tabela 13 - Score médio das atitudes positivas dos professores segundo a experiência em lecionar jovens com DM.....	72

Tabela 14 - Score médio das atitudes negativas dos professores segundo a experiência em lecionar jovens com DM.....	73
Tabela 15 - Opinião dos professores sobre as manifestações sexuais dos jovens com DM, comparadas com as da maioria dos seus colegas e a atitude se o jovem com DM é encontrado na Escola a masturbar-se em público segundo a experiência em lecionar jovens com DM	73
Tabela 16 - Coeficiente de correlação de Pearson entre as atitudes positivas dos assistentes operacionais e a idade.....	74
Tabela 17 - Coeficiente de correlação de Pearson entre as atitudes negativas dos assistentes operacionais e a idade.....	74
Tabela 18 - Idade segundo a opinião dos assistentes operacionais sobre as manifestações sexuais dos jovens com DM, comparadas com as da maioria dos seus colegas e a atitude se o jovem com DM é encontrado na Escola a masturbar-se em público	74
Tabela 19 - Score médio das atitudes positivas dos assistentes operacionais segundo o sexo.....	75
Tabela 20 - Score médio das atitudes negativas dos assistentes operacionais segundo o sexo.....	75
Tabela 21 - Opinião dos assistentes operacionais sobre as manifestações sexuais dos jovens com DM, comparadas com as da maioria dos seus colegas e a atitude se o jovem com DM é encontrado na Escola a masturbar-se em público segundo o sexo.....	76
Tabela 22 - Coeficiente de correlação de Pearson entre as atitudes positivas dos assistentes operacionais e o tempo de exercício da atividade	76
Tabela 23 - Coeficiente de correlação de Pearson entre as atitudes negativas dos assistentes operacionais e o tempo de exercício da atividade	77
Tabela 24 - Tempo de exercício da atividade segundo a opinião dos assistentes operacionais sobre as manifestações sexuais dos jovens com DM, comparadas com as da maioria dos seus colegas e a atitude se o jovem com DM é encontrado na Escola a masturbar-se em público.....	77
Tabela 25 - Score médio das atitudes positivas dos assistentes operacionais segundo o nível de ensino.....	78
Tabela 26 - Score médio das atitudes negativas dos assistentes operacionais segundo a experiência em interagir com jovens com DM.....	78

Tabela 27 - Opinião dos assistentes operacionais sobre as manifestações sexuais dos jovens com DM, comparadas com as da maioria dos colegas e a atitude se o jovem com DM é encontrado na Escola a masturbar-se em público segundo o nível de ensino.....	78
Tabela 28 - Score médio das atitudes positivas dos assistentes operacionais segundo a experiência em interagir com jovens com DM.....	79
Tabela 29 - Score médio das atitudes negativas dos assistentes operacionais segundo a experiência em interagir com jovens com DM.....	80
Tabela 30 - Opinião dos assistentes operacionais sobre as manifestações sexuais dos jovens com DM, comparadas com as da maioria dos seus colegas e a atitude se o jovem com DM é encontrado na Escola a masturbar-se em público segundo a experiência em interagir com jovens com DM.....	80
Tabela 31 - Score médio das atitudes positivas segundo a categoria profissional	82
Tabela 32 - Score médio das atitudes negativas segundo a categoria profissional	82
Tabela 33 - Opinião sobre as manifestações sexuais dos jovens com DM, comparadas com as da maioria dos seus colegas e a atitude se o jovem com DM é encontrado na Escola a masturbar-se em público segundo a categoria profissional.....	83

Lista de abreviaturas

AAIDD – American on Intellectual and Developmental Disabilities

AAMR – American Association of Mental Retardation

AO – Assistentes Operacionais

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade

DM – Deficiência Mental

DP – Desvio Padrão

ICIDH – International Classification of Impairments Disabilities and Handicaps

II – Incapacidade Intelectual

NEE – Necessidades Educativas Especiais

OMS – Organização Mundial de saúde

Introdução

Este trabalho pretende abordar as crenças e atitudes dos profissionais da educação (professores e assistentes operacionais) perante a problemática da sexualidade dos jovens com Incapacidade Intelectual (II) numa escola da rede pública.

A temática escolhida para o desenvolvimento do presente estudo é fruto de uma inquietação, enquanto docente de educação especial, em compreender melhor a dimensão da sexualidade nos jovens portadores de II. Como diz Pereira (2013, p.14)

“é pertinente os docentes serem detentores de conhecimentos que lhes permitam compreender, aceitar e descobrir melhores metodologias a utilizar com alunos que possuem características e necessidades tão específicas que os tornam seres únicos, especiais mas, na maior parte das vezes, incompreendidos, segregados e desprezados tanto pelos seus pares como pelos próprios professores que os confundem com os “mal-educados” e incapacitados para desenvolver competências académicas”

Atualmente falar de sexualidade associada às pessoas portadoras de incapacidade intelectual ainda constitui um assunto envolto em mitos e tabus (Gabriel, 2013).

Tal como afirma ” (Mckenzie & Swartz, 2011, p. 363)

“The sexuality of people with disabilities has long been a subject of silence and taboo due to a societal perception that they are not, or should not be, sexually active”

Contudo, qualquer individuo é um ser sexuado, com ou sem deficiência/incapacidade. Glat (1992) refere que as pessoas ditas excepcionais não são obrigatoriamente excepcionais nos seus impulsos e desejos sexuais.

Assim, as manifestações sexuais não podem ser negadas aos jovens portadores de incapacidade intelectual à semelhança dos seus pares. Pereira (2013.P.91) considera que

“A problemática da sexualidade remete-nos, infalivelmente, para o desenvolvimento individual do ser humano e, concomitantemente, para a complexidade que o caracteriza. As manifestações sexuais fazem parte do desenvolvimento psico-emocional e psicosexual do indivíduo e, como tal, não pode ser negado às pessoas portadoras de deficiência mental a oportunidade de expressar e vivenciar a sua sexualidade, a qual não se resume exclusivamente ao ato e órgãos sexuais. A sexualidade é muito mais abrangente e deve ser entendida na sua amplitude, valorizando-se diferentes aspetos da conduta humana como os sentimentos de afeto, de amor, de amizade, de carinho, os relacionamentos afetivos e sexuais, e a própria expressão da identidade”.

Sendo a escola o local privilegiado para as interações sociais, os profissionais da educação assumem um papel crucial no desenvolvimento global dos seus alunos, sendo a afetividade e a sexualidade uma das dimensões mais importante na vida de todo o ser humano (Azevedo, 2012; Monteiro, 2011).

É neste sentido, que se torna tão importante continuar a desmistificar quais as crenças e atitudes que os profissionais têm relativamente à sexualidade das pessoas com incapacidade intelectual com o intuito de desvendar quais as necessidades prioritárias que têm no que concerne à forma como lidam com a sexualidade dos seus alunos (Gabriel, 2013).

Constitui igualmente preocupação para os professores e assistentes operacionais olhar para os jovens com incapacidade intelectual (II) como jovens com direito a experienciarem a sua afetividade e sexualidade, assim como os seus pares. Tal como afirma Mirão (2012.P.15)

“ A Escola, para além dos docentes, é imprescindível considerar a ação dos Assistentes Operacionais na educação das crianças, pois, este grupo de profissionais contacta diariamente com os alunos e as respetivas famílias, intervindo quando as situações o exigem e transmitindo informações aos familiares acerca dos seus educandos”.

Desta forma, Fernandes (2014.P.43, 52) considera que também aos assistentes operacionais das escolas lhes é imputado

“um papel de relevo no apoio de adolescentes com dificuldades de ajustamento emocional cabendo-lhes um papel de colaboradores no acompanhamento e integração dos alunos e de promotores de um bom ambiente na escola”.

Barroso (*cit.in* Gonçalves, 2010. P.56) considera que a sua participação é essencial, já que a estes são consignadas responsabilidades educativas e porque, cada vez mais, o âmbito do seu trabalho – “técnicos de apoio logístico às atividades de ensino” – se estende a novas competências reclamadas pelas organizações escolares de hoje. Conclui-se assim, que esta “profissão ganha um grau de importância cada vez maior no seio educativo” (Gonçalves, 2010. P.158).

Estas questões sobre sexualidade e deficiência/incapacidade têm frequentemente apresentado um desafio para as pessoas com deficiência/incapacidade, para com os seus pais e profissionais.

É nesta linha de base que pretendemos conhecer as atitudes que os professores e os assistentes operacionais têm acerca da sexualidade das pessoas com incapacidade intelectual, para que nos permita entender a existência ou ausência de anuência, perante a sexualidade desta população.

Existe uma grande variabilidade no que concerne às atitudes face à sexualidade desta população, sendo a mesma originada por fatores tais como a idade, sexo ou características dos prestadores de cuidados (Evans et al, 2008; Gabriel, 2013)

Este estudo tem como objetivo geral conhecer as crenças e atitudes dos profissionais de educação (professores e assistentes operacionais) perante a sexualidade dos alunos com incapacidade intelectual num agrupamento de escolas do conselho da Maia.

Com a exploração do tema pretende-se contribuir para a promoção de comportamentos assertivos por parte dos atores educativos perante a sexualidade dos jovens com II; neste caso, professores e assistentes operacionais, pelo facto de serem estes os que mais de perto interagem em contexto escolar com estes alunos.

Para responder à questão levantada definiram-se os seguintes objetivos específicos: 1) Identificar as crenças dos profissionais da educação perante a sexualidade dos jovens com II; 2) Descrever as atitudes dos profissionais perante a sexualidade dos alunos com II; 3) Compreender se a idade, o sexo, o nível de ensino em que lecionam, o tempo de serviço e a experiência com jovens com II influenciam as crenças e atitudes dos professores face à sexualidade dos jovens com II; 4) Compreender se a idade, o sexo, o nível de ensino em que lecionam, o tempo de serviço e a experiência com jovens com II influenciam as crenças e atitudes dos assistentes operacionais face à sexualidade dos jovens com II; 5) Reconhecer as necessidades de formação dos professores e assistentes operacionais perante esta problemática; 6) Verificar se existem diferenças significativas entre as atitudes dos professores e dos assistentes operacionais face à sexualidade do jovem com II.

Para que os objetivos supramencionados pudessem ser alcançados, recorreu-se a um estudo descritivo de uma situação específica cujos dados serão recolhidos de forma quantitativa com a aplicação de um questionário, como instrumento de recolha de

dados, numa população de 106 professores e 50 assistentes operacionais num Agrupamento de Escolas da Maia.

O trabalho encontra-se organizado em duas partes distintas, sendo a primeira direccionada à fundamentação teórica assente nas referências bibliográficas pesquisadas, e a segunda parte aborda a investigação empírica onde se salienta a apresentação e discussão dos resultados.

Em termos estruturais, nos primeiros três capítulos faz-se uma revisão da literatura, onde se aborda a evolução do conceito de deficiência mental/incapacidade intelectual, o conceito de sexualidade e a sua relação com os jovens com incapacidade intelectual e ainda a abordagem conceptual de crença e atitudes perante a sexualidade do jovem com II. No quarto capítulo, apresenta-se o estudo empírico do trabalho, onde se aborda a problemática, os objetivos e hipóteses, a metodologia, os participantes o instrumento de recolha de dados e o procedimento adotado. Apresentam-se, ainda, os resultados e efetua-se a respetiva discussão. No quinto capítulo, expõem-se as conclusões do estudo, identificam-se os limites da pesquisa e perspetivam-se futuras investigações. Por último, indica-se a bibliografia utilizada.

No presente trabalho serão apresentados os procedimentos gerais utilizados para a concretização do estudo em questão, bem como os instrumentos utilizados, a caracterização da amostra e os procedimentos estatísticos utilizados na apresentação e discussão dos dados.

Pretende-se que esta investigação seja um contributo para o aprofundamento dos conceitos teóricos da sexualidade do jovem com II e de reflexão sobre as práticas dos profissionais nesta temática proporcionando aos professores e assistentes operacionais olhar para os jovens com incapacidade intelectual como jovens com direito a experienciar a sua afetividade e sexualidade, assim como os seus pares.

Crenças e atitudes dos profissionais da educação face à sexualidade dos alunos com incapacidade intelectual num agrupamento de escolas da Maia

CAPÍTULO I
INCAPACIDADE INTELECTUAL

1. Conceito de Deficiência Mental/Incapacidade Intelectual

1.1- Breve abordagem histórica

A definição e classificação de incapacidade intelectual (II) são um objeto de estudo que tem produzido, ao longo dos tempos, inúmeros enunciados (Ramos, 2005).

A história da II regista inúmeras mudanças no nome da condição, desde imbecilidade, deficiência mental, oligofrenia, entre outros (Karam, 2014). As designações foram surgindo de acordo com as novas estruturas teóricas e, assim, as denominações antigas passaram a indicar um estigma (AAMR, 2006, *cit. por* Almeida, 2007).

No séc. XIX iniciaram-se efetivamente os estudos científicos sobre a *deficiência mental*. Segundo os historiadores, o que se tem do período anterior é inconsistente acerca da conceção e caracterização do fenómeno (Patton et al. 1990).

No final do séc. XIX a conceção de *deficiência mental* estava associada à perspetiva exclusivamente organicista, de natureza neurológica, identificada pelo atraso no desenvolvimento dos processos cognitivos e distinta da conceção de doença mental (Pereira, 2013). Esta herança ingressou o séc. XX, de maneira preponderante (Carvalho & Maciel 2003).

A OMS (*cit. in* Pereira, 2013.P.45) define os *deficientes mentais* como

“(...) indivíduos com uma capacidade intelectual sensivelmente inferior à média, que se manifesta ao longo do desenvolvimento e está associada a uma clara alteração dos comportamentos adaptativos.”

A Associação Americana para a Deficiência Mental (American Association of Mental Retardation – AAMR, *cit. in* Pereira, 2013. P.45) definiu *deficiência mental* da seguinte forma

“(...)um funcionamento intelectual geral significativamente inferior à média, surgido durante o período de desenvolvimento e associado a um défice no comportamento adaptativo.”

Os sistemas classificativos das Perturbações do Desenvolvimento apresentadas pela OMS (1993) e pela American Psychiatric Association (DSM-IV, 1994) mantêm a proposta apresentada da classificação da *DM* com base na psicometria.

A noção de inteligência é indissociável do conceito de *DM*, pois admite-se que a *DM* é essencialmente um defeito de inteligência. Para Pereira (2013, P. 45) convém perceber o que se entende por inteligência e como é avaliada, pois essas perspetivas vão influenciar a definição do conceito de *DM*

“Apesar de existirem divergências entre autores e organismos científicos no que concerne à definição de Deficiência Mental, as duas definições acima enunciadas são muito semelhantes, demonstrando que também existem alguns pontos de vista em comum. Assim, o diagnóstico da deficiência mental envolve a ocorrência simultânea de um défice cognitivo (funcionamento cognitivo ou intelectual claramente inferior à media para a idade) e de limitações no comportamento adaptativo. A *DM* revela-se durante o período de desenvolvimento, até aos 18 anos, interferindo na aprendizagem dos indivíduos. Depreende-se, assim, que a *DM* representa um estado particular do funcionamento, não um atributo da pessoa”.

Na primeira metade do século XX, o Quociente de Inteligência (QI) foi compreendido como o reflexo de uma inteligência unidimensional e inalterável, não permeável às influências educativas e socioculturais (Pereira, 2013). Paralelamente a *deficiência mental* foi perspetivada como um défice intelectual, de que o QI era a expressão numérica, de natureza individual e etiologia orgânica, imutável e incurável (Pereira, 2013).

Passou-se, então, a medir a inteligência utilizando o recurso a testes de nível mental para se caracterizar o indivíduo portador de *DM*. Foram Simon e Binet que estabeleceram pela primeira vez o conceito de QI, através de provas que estabeleciam uma correlação entre a idade cronológica e a idade mental, sendo da sua responsabilidade a introdução dos termos:

Quado 1 - Níveis de Deficiência Mental, segundo Pereira (2013)

Nível de DM	Nível de QI
Débeis Mentais	50-75
Imbecis	25-50
Idiotas	Abaixo de 25

Fonte: Pereira, 2013. P.47

Em 1992, a AAMR (*cit. in* Vieira & Pereira, 2010.P.43) procedeu a uma revisão e melhor especificação da definição de *DM*:

“Deficiência Mental refere-se a limitações substanciais no funcionamento atual. É caracterizada por um funcionamento intelectual significativamente abaixo da média, existindo concomitantemente com limitações em duas ou mais das seguintes áreas do comportamento adaptativo: comunicação, independência pessoal, vida em casa, comportamento social, utilização dos recursos da comunidade, tomada de decisões, cuidados de saúde e segurança, aprendizagens escolares (funcionais), ocupação dos tempos livres, trabalho. A deficiência mental manifesta-se antes da idade dos dezoito anos”.

A nova visão da AAMR baseia-se, essencialmente, na avaliação do comportamento adaptativo, e posterior definição do tipo e qualidade de oferta de serviços/apoios atribuídos a cada indivíduo para responder de uma maneira global e eficaz às necessidades apresentadas. Este sistema privilegia a intensidade dos apoios requeridos pelos indivíduos com *Deficiência Mental*, designadamente o apoio intermitente, limitado, extensivo ou permanente, em detrimento da ênfase dada a um sistema de classificação baseado no QI da pessoa. O deficit no funcionamento intelectual deixa de ser a principal característica do sujeito com *DM*, passa a ser um dos requisitos necessários no seu diagnóstico (Pereira, 2013).

O modelo proposto pela American Association on Mental Retardation – (AAMR, 2006, *cit. por* Almeida, 2007), consiste numa conceção multidimensional, funcional e bioecológica de *DM*, agregando sucessivas e inovações reflexões teóricas e empíricas em relação aos modelos anteriores. Luckasson *et al* (2002. P. 8) apresenta a seguinte expressão adotada pelos seus proponentes:

“Deficiência caracterizada por limitações significativas no funcionamento intelectual e no comportamento adaptativo, como expresso nas habilidades práticas, sociais e conceituais, originando-se antes dos dezoito anos de idade”.

Depreende-se desta definição que a *deficiência mental* não representa um atributo do indivíduo, mas o funcionamento desse indivíduo.

Na perspetiva de Carvalho e Maciel (2003. P.150)

“O processo de diagnóstico requer, assim, a observância de três critérios: (a) o funcionamento intelectual, (b) o comportamento adaptativo e (c) a idade de início das manifestações ou sinais indicadores do atraso no desenvolvimento”.

Apesar da pluralidade de concepções, a concordância dos estudos tem impulsionado a uniformização de conceitos, promovendo um maior entendimento entre os investigadores (Ramos, 2005) o que tem permitido clarificar e objetivar a concepção levando a comunidade científica à convergência de ideias, no sentido da adoção da definição da American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD), proposta pelo *Sistema 2002* (cit in Carvalho & Maciel, 2003. P.1):

“A deficiência intelectual é caracterizada por limitações significativas tanto no funcionamento intelectual como no comportamento adaptativo, expressos nas habilidades conceituais, sociais, práticas e adaptativas. Esta deficiência aparece antes de idade dos 18 anos”.

Neste modelo teórico proposto pela Associação Americana de Retardo Mental (AAMR, 2006, cit. por Almeida, 2007) para a conceptualização desta deficiência, existem cinco dimensões que se consideram como afetadas nos indivíduos com deficiência intelectual: as habilidades intelectuais; o comportamento adaptativo; a participação, interação e papéis sociais; a saúde (física e psicológica) e o contexto (ambiente e cultura).

Segundo Pereira (2013. P. 49) “... o adjetivo *mental* está a tornar-se obsoleto em educação, dando lugar ao termo *intelectual*”. Esta atualização terminológica ocorreu num evento realizado pela Organização Pan-Americana da Saúde e a OMS, em Montreal, no Canadá, em Outubro de 2004, onde foi aprovado o documento *Declaração de Montreal Sobre Deficiência Intelectual* (Pereira, 2013).

Atualmente, a definição de *Incapacidade Intelectual* (II) (DSM-V) é caracterizada por uma redução na função intelectual geral, associada a limitações em, pelo menos, uma área do comportamento adaptativo, conceptual, social e prática, e que deve ocorrer antes dos 18 anos de idade (DSM-V, 2013).

A II envolve limitações na habilidade mental geral, que afetam, pelo menos, uma das três áreas do comportamento adaptativo. Estas áreas ou domínios determinam como um individuo lida com as atividades diárias. O *domínio conceitual* inclui habilidades de leitura, escrita, linguagem, matemática, raciocínio, conhecimento e memória. O *domínio social* refere-se à empatia, julgamento social, comunicação interpessoal, capacidade de fazer e manter amizades. O *domínio prático* refere-se aos cuidados pessoais, à

responsabilidade no trabalho, ao manejo monetário, lazer e organização de tarefas escolares ou de trabalho (DSM-V, 2013).

Sintetizando, verificamos um percurso concetual da *Deficiência Mental* que evolui até à terminologia de *Incapacidade Intelectual*, incorporando a perspetiva ecológica, incidindo sobre a relação e interação do indivíduo/ambiente, focada na funcionalidade e no comportamento adaptativo e não pelos valores de QI do sujeito (DSM-V, 2013).

1.2-Terminologias e classificações internacionais

Preocupada com o desenvolvimento de uma linguagem universal sobre a deficiência e as consequências daí resultantes, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou em 1980 a *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH)* que, desde então, tem sido utilizada como instrumento clínico, estatístico, educacional, de investigação e de política social.

Na disposição de pôr fim às confusões terminológicas e conceptuais, a OMS definiu três conceitos chave:

- a) Deficiência – qualquer perda ou alteração de uma estrutura ou de uma função psicológica, fisiológica ou anatómica;
- b) Incapacidade – qualquer restrição ou falta de capacidade, resultantes de uma deficiência, para realizar uma atividade dentro dos limites considerados normais para o ser humano;
- c) Desvantagem (Handicap) – desvantagem sofrida por um dado indivíduo, resultante de uma deficiência ou de uma incapacidade, que limita ou impede o desempenho de uma atividade considerada normal para esse indivíduo, tendo em conta a idade, o sexo, e os fatores socioculturais.

Enquanto os dois primeiros conceitos remetem fundamentalmente para a natureza individual da problemática da deficiência, associados à sua classificação médico-funcional, o conceito de desvantagem reenvia para o campo das barreiras sociais, culturais, económicas e políticas com que se confrontam muitos dos portadores de deficiência na sua plena integração.

Relativamente ainda à ICIDH, constata-se que uma sistematização que se pretendia universal, acabou por não ser eficaz no que concerne à tradução e

equivalência semântica da terminologia originalmente em inglês (Jablensky, 2000), tornando-se evidente que a maioria das línguas carece de termos exatos que permitam uma correspondência fiável. Assim, nenhuma das três categorizações pode ser utilizada em rigor, quando isolada do contexto social e cultural.

A constatação destas limitações e, sobretudo, a pressão exercida pelos defensores do modelo social, conduziram a que a OMS (1997, *cit in* Pereira, 2013) propusesse uma revisão da ICIDH, tentando os seus autores tudo fazer para que o seu conteúdo funcional não “sucumbisse ao peso de desacordos semânticos e dificuldades linguísticas” (Bury, 2000).

Posteriormente, uma resolução do Conselho Executivo da OMS (2001), propôs que a versão final se denominasse *International Classification of Functioning (ICF)* – Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) – tendo sido aprovada para uso internacional em 22 de maio de 2001.

A CIF agrupa todos os aspetos da funcionalidade humana, bem como as restrições que lhe podem estar associadas, organizando a informação em duas dimensões:

- a) Funcionalidade e Incapacidade;
- b) Fatores ambientais.

A funcionalidade e a incapacidade são concebidas numa interação dinâmica entre as condições de saúde e os fatores contextuais, que agregam quer os aspetos ambientais, quer os aspetos pessoais, não categorizados em virtude da grande variabilidade social e cultural que lhes está associada.

A CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade) veio responder às pretensões dos defensores do modelo social, tentando integrar dois paradigmas opostos numa conceptualização única, “ não sobre pessoas com incapacidades mas sobre todas as pessoas” (OMS, 2000, *cit. In* Pereira, 2013. P. 10).

1.3- Mudança de paradigma

Nas ciências humanas não é fácil situar numa data precisa as mudanças de paradigma, isto é, quando uma corrente de pensamento deixa de ser predominante na explicação dos fenómenos para dar lugar a uma outra. Pode-se caracterizar esse processo como uma confluência de contributos e variáveis que se vão articulando entre si na descrição e explicação da *deficiência* e da *incapacidade* (Ferreira et al, 2012).

Nas últimas décadas, as questões em torno da deficiência, da capacidade e da funcionalidade tornaram-se um importante foco de discussão e de elaboração conceitual, com a produção de saberes que legitimam cientificamente uma visão dignificante e positiva das condições de deficiência e de incapacidade. A produção desse conhecimento baseia-se na premissa da reciprocidade das relações indivíduo/meio, onde a incapacidade é encarada como o resultado do desajustamento entre as funcionalidades do indivíduo e as solicitações dos diversos ambientes onde se desenrola a sua vida. Assim, com a alteração de paradigma, a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (ICIDH), publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1980, e sujeita a várias revisões posteriores, deu lugar, em 2001 à Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). A nova classificação utiliza o conceito de “incapacidade” para designar um fenómeno multidimensional, que resulta da interação entre as pessoas e o seu ambiente físico e social (Organização Mundial de Saúde, 2004). O conceito de “incapacidade” inclui deficiências, limitações na atividade e restrições na participação sendo a funcionalidade de um indivíduo, num domínio específico, uma interação ou relação complexa entre a condição de saúde e os fatores contextuais (fatores ambientais e pessoais) (Ferreira et al, 2012). Há uma interação dinâmica entre estas entidades: uma intervenção num elemento pode, potencialmente, modificar um ou vários elementos. Ao incluir os fatores físicos, sociais e do meio a interagirem com as condições de saúde, o modelo da OMS admite a importância potencial da *manipulação* do ambiente ao nível das atitudes, das condições físicas, das políticas legislativas e sociais. Por outras palavras, propõe uma responsabilidade social, no sentido de uma verdadeira equidade (Ferreira et al, 2012).

A adoção dos modelos funcionais na explicação do funcionamento humano está patente nas definições que a então *American Association on Mental Retardation*

(AAMR) produziu em 1992 e, posteriormente, em 2002 ao introduzir mudanças significativas na definição operacional de deficiência mental. Assim, segundo Ferreira et al (2012), o sistema de definição e de classificação na proposta de 1992 da AAMR é como que um *olhar ao espelho* caracterizado pela eliminação dos quatro níveis de deficiência mental – leve, moderado, severo e profundo – e pela identificação de quatro níveis de intensidade de suporte necessário à funcionalidade do indivíduo, tendo como norma os pares da sua idade. Assim, a partir de então, não faz sentido, centrar a avaliação *na pessoa*, mas sim, na participação, isto é, na interação entre o indivíduo e o meio.

Então, face a esta mudança de paradigma, o modo como pensamos a deficiência mental alterou-se radicalmente. Luckasson et al. (2002) mostram eloquentemente esta alteração no modo de pensar e explicar a deficiência mental ao definir como "um estado particular de funcionamento que existe baseado na relação entre as limitações funcionais da pessoa e os contextos em que esta existe ou funciona" e ao acrescentar que deficiência mental não é "algo que a pessoa tenha - olhos azuis, uma doença - nem algo que a pessoa seja - alta ou magra - nem uma desordem médica nem mental".

Para Ferreira et al (2012), o termo *incapacidade intelectual*, desde logo conotado semanticamente com a função da *inteligência*, parece responder ao requisito da especificidade. A mesma asserção é, aliás, problemática relativamente ao uso da expressão *deficiência mental* já que o universo da palavra *mental* tem uma abrangência na qual não se incluem, apenas, as atividades ditas intelectuais, mas praticamente todas as outras dimensões do psiquismo humano. A *incapacidade* concebida enquanto manifestação de uma limitação do funcionamento do indivíduo dentro de um contexto social, leva-nos a olhar para a *incapacidade intelectual* como ocorrência que implica a unidade de análise indivíduo-meio com o conseqüente reconhecimento da importância dos sistemas de suporte no favorecimento da funcionalidade. Falarmos em *incapacidade intelectual* significa a assunção de terminologias associadas que comunicam valores importantes. É o caso de *condição de saúde* – e não doença ou patologia – *estruturas e funções do corpo, atividade, participação* – e não deficiência.

Como tal, o termo proposto parece responder de modo mais apropriado à exigência dos critérios acima enunciados. De acordo com o DSM-V (2013, p.38) a *Incapacidade Intelectual* (perturbação do desenvolvimento intelectual) é:

Crenças e atitudes dos profissionais da educação face à sexualidade dos alunos com incapacidade intelectual num agrupamento de escolas da Maia

“ uma perturbação com início durante o período do desenvolvimento que inclui défices de funcionamento intelectual e adaptativo nos domínios conceptual, social e prático. Os seguintes três critérios têm de ser cumpridos:

A-défices em funções intelectuais

B-défices no funcionamento adaptativo

C-início dos défices intelectuais e adaptativos durante o período de desenvolvimento”.

A tónica para o especificador de gravidade da *Incapacidade Intelectual* (ligeira, moderada, grave e profunda) é colocada no funcionamento adaptativo e não pelos valores de QI, “já que é o funcionamento adaptativo que determina qual o nível de suporte requerido” (DSM-V. P.38).

Os critérios para Incapacidade Intelectual enfatizaram que, além da avaliação cognitiva é fundamental avaliar a capacidade funcional adaptativa (Araújo & Neto, 2014).

Em síntese, assiste-se a uma mudança de paradigma em que a designação *Deficiência Mental* se torna obsoleta não só ao nível terminológico, mas sobretudo ao nível conceptual, dando origem a um novo olhar para o funcionamento intelectual adotando a denominação *Incapacidade Intelectual (Perturbação do Desenvolvimento Intelectual)* (DSM-5).

CAPÍTULO II

SEXUALIDADE E INCAPACIDADE INTELECTUAL

2. Sexualidade e Incapacidade Intelectual

2.1- Conceito de Sexualidade

A sexualidade é culturalmente definida e influenciada por familiares, amigos, religião, leis costumes, conhecimentos e economia (Roy, 2006).

A sexualidade não se restringe ao ato sexual, envolve também o que as pessoas sentem, fazem e pensam sobre si e as pessoas com quem se relacionam. No entanto, para controle da conduta sexual, muitas vezes, a sociedade procurou incutir sentimentos de culpa e vergonha em relação à vivência da mesma (Bastos & Deslandes, 2005). Tal como afirma Pereira (2013. P. 67)

“Gradualmente a sociedade apercebe-se e aceita que a sexualidade é mais do que o simples ato sexual, ela engloba a amizade e o afeto, a palavra e o gesto, o prazer e a descoberta, a satisfação e o sofrimento, é, no fundo, a expressão da nossa existência”.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (*cit, in Frade, 1999. P. 16*) define sexualidade como:

“(...) uma energia que nos motiva para encontrar o 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”.

Neste sentido, a OMS reconhece aos portadores de deficiência as mesmas necessidades de Saúde Sexual e Reprodutiva que reconhece a todas as pessoas. Todavia, as barreiras impostas pela sociedade, pela sua tolerância e ignorância, a esse grupo minoritário de população que, por si só, perfaz o maior obstáculo ao acesso a esse tipo de conhecimento (OMS, 2009).

A sexualidade deve ser compreendida como um atributo de qualquer ser humano, sendo parte integrante das relações estabelecidas com os outros e consigo próprio. A sexualidade torna-se assim, uma característica intrínseca da vida humana: sem sexualidade, não há vida humana; então a sexualidade deve, portanto, ser considerada um direito essencial e um aspeto central da identidade de cada indivíduo (Cuskelly & Gilmore, 2007). Nesta linha de pensamento Gomez e Noonan (2011. P. 175) afirmam:

“Sexuality is the lens of being a male or female through which a person views and responds to the world”.

Atualmente, a ideia restritiva que afirmava que a sexualidade se encontra apenas ligada à genitalidade e ao sexo vem sendo superada, dando lugar às mudanças sociais e políticas que se vão impondo na sociedade relativamente ao conceito de sexualidade (Gabriel, 2013). Nesta perspetiva, Silva (2013. P.25) afirma

“(...) sexualidade é um domínio da nossa existência que merece especial atenção, sendo que o seu desenvolvimento saudável é imprescindível para o equilíbrio psicossocial de qualquer ser humano, independentemente da sua condição de vida”.

2.2 – A Sexualidade da pessoa com Incapacidade Intelectual

Historicamente, a questão da sexualidade da pessoa com deficiência foi negada, negligenciada ou omitida. Partimos de condições em que as pessoas com qualquer tipo de deficiência eram sacrificadas, posteriormente, toleradas, mas não consideradas como seres humanos e, por isso, destituídas de todos os direitos. Não possuindo cidadania, não tinham direito à herança e não podiam casar-se. Num momento em que a sociedade determinou que a condição para que houvesse uma conduta sexual seria o casamento, não ter direito ao mesmo era sinónimo de ser assexuado (Januzzi, 1992). Referindo-se à realidade atual, Azevedo (2012. P. 3) verifica

“Na atualidade pode constatar-se que o tema da sexualidade é ainda polémico, e que atinge maior controvérsia quando justaposto ao tema da deficiência intelectual. É evidente a resistência em aceitar que os indivíduos com deficiência intelectual vivenciem e manifestem a sua sexualidade”.

No entanto, sendo a sexualidade um dos aspetos inegáveis no que concerne ao equilíbrio psicossomático e ao desenvolvimento integral do ser humano, torna-se relevante enfatizar e desmistificar a existência da mesma nas pessoas com incapacidade intelectual (Gabriel, 2013).

Uma das dificuldades para discussão da sexualidade das pessoas com deficiência é a ausência de relatos sobre o assunto, conforme apontado por Bastos & Deslandes (2005). Não falar sobre o assunto é uma forma de sustentar a ideia de que eles não

teriam direito a sexualidade. Maia (2006) apontou que não se questiona a sexualidade das pessoas com incapacidade negando a sua existência, como se a simples negação tornasse o facto verdadeiro. No entanto, a sexualidade é inerente a todo o ser humano, com ou sem deficiência/incapacidade, como atesta Sakellariou (2012): “Sexuality refers to sexual desires, choices and behaviors”.

Como afirma Félix (2003), não faz sentido questionar se as pessoas com *DM* têm ou não sexualidade. Essa resposta aparece como evidência nos seus comportamentos, nas suas perguntas, nas suas paixões e necessidades e nas suas angústias. De acordo com Gomez e Noonan (2011. P. 175)

“Sexuality is an integral part of a person’s adult life and often a part which is inaccessible or denied to adults with intellectual disability”.

Para Boyle (1994), a sexualidade é fundamental na experiência humana, é, uma parte central de quem somos e auxilia a construir a visão de nós mesmos. Contudo, segundo Giami (2000, *cit. in* Bastos & Deslandes, 2005), a sociedade cria uma visão ilusória da sexualidade da pessoa portadora de *DM* a partir de um leque de representações relativas à monstruosidade e à anormalidade, sendo da responsabilidade das famílias e dos profissionais o controlo da sua manifestação. A sexualidade das pessoas com ou sem *II*, difere das condições cognitivas e adaptativas que por sua vez, irão determinar a capacidade do indivíduo para aprender, compreender e elaborar códigos sociais para a adaptação social e emocional do seu comportamento sexual (Almeida, 2009).

Se a sexualidade é inerente a todos os seres humanos como já referido anteriormente, torna-se relevante explicitar e desmistificar como a mesma existe e emerge nas pessoas com incapacidade intelectual. Para isso, toma lugar de relevo conhecer essa incapacidade e as necessidades e desejos que as pessoas com incapacidade intelectual têm (Gabriel, 2013).

A conduta sexual das pessoas com *II* é variável, visto que depende do nível do seu comprometimento intelectual, do apoio familiar e da estrutura social. Como referem Bastos e Fidry (2007. P. 30)

“(…) indivíduos com comprometimento intelectual grave, de modo geral, têm uma conduta sexual predominantemente indiferenciada, sem o estabelecimento de relações interpessoais, com o objetivo apenas da satisfação dos seus impulsos sexuais. A manifestação da sua sexualidade restringe-se à manipulação dos genitais. Os que apresentam deficiência moderada podem ter um relacionamento interpessoal, mas sem que existam conteúdos afetivos e culturais que caracterizam uma relação adulta. Aqueles com DM ligeira estabelecem relações de amizade, podem ter relações íntimas e, em algumas situações, até mesmo constituir famílias”.

Contudo, as mesmas autoras (Bastos & Fidry, 2007) mencionam que embora a possibilidade de constituição de família seja referida, não estão disponíveis trabalhos sobre o tema.

Para Melo e Rodrigues (1989, *cit. in* Bastos & Fidry, 2007. P. 30)

“(…) estabelecimento de relações sexuais afetivas só atinge aqueles cuja deficiência compromete muito pouco suas competências, pois, geralmente, nessa área eles sofrem interdições dos seus familiares e da sociedade em geral. Essas restrições resultam em menor autonomia e poucas possibilidades de escolhas”.

Assim, e continuando a citar Bastos e Fidry (2007), as manifestações sexuais dos adolescentes com deficiência mental preocupam os seus pais e a sociedade, que ora infantilizam essa sexualidade, ora têm o receio de que ela se manifeste de forma socialmente inadequada. Uma melhor adaptação social interferirá no seu comportamento sexual, favorecendo a sua inclusão. Para que isso ocorra, deve ser incentivada a participação em atividades que favoreçam a inclusão social, com destaque para as que promovam a capacitação para o trabalho, o desporto e o lazer. Essas atividades, associadas à frequência escolar, contribuem para que “os adolescentes adquiram conceitos de responsabilidade e limites e autoestima” (Bastos & Fidry, 2007).

Ribeiro (2001) defende que se reveste de extrema importância para a saúde mental dos indivíduos portadores de deficiência sentirem-se como homens e como mulheres, constituindo-se como o ponto essencial para a aquisição das funções de gênero, e conseqüentemente do conhecimento dos atributos e características de cada sexo.

De acordo com diversas investigações realizadas (Aranha & Maia, 2005; Glat, 2004; Maia, 2001; Silva, 2012), tem-se verificado que, independentemente do tipo de incapacidade física, sensorial ou cognitiva, o desenvolvimento sexual é um marco presente em qualquer indivíduo, sendo que a sexualidade é intrínseca à condição

humana. De acordo com esta perspectiva o desenvolvimento da sexualidade na pessoa portadora de incapacidade não se distingue qualitativamente das ditas normais, observando-se as mesmas necessidades, emoções e experiências (Camossa & Maia, 2003; Franco, 2012; Maia, 2001; Pinheiro, 2004; Silva, 2012). Refira-se no entanto, que o que poderá surgir são os limites estabelecidos socialmente para a expressão da sexualidade (Maia, 2001).

De facto, em estudos realizados (Camossa & Maia, 2003; Batista & Morales, 2010; Morales, 2008; Ribeiro, 2001; Silva, 2012), no âmbito da sexualidade na incapacidade, tem-se observado que em situações de quocientes de inteligência mais baixos, nomeadamente no caso de deficiência intelectual severa e profunda, a maturação sexual é inexistente. No entanto, verifica-se que a maioria dos portadores de incapacidade intelectual é de tipo leve e moderado e que estes desenvolvem os seus caracteres sexuais como qualquer outro ser humano (Pereira, 2013). O mesmo se verifica também ao nível da capacidade reprodutora, com exceção de algumas síndromes específicos (Martins, 1995). Estes indivíduos expressam ainda interesse pela sexualidade e manifestam desejos e expectativas relativamente às relações e ao domínio afetivo e sexual (Camossa & Maia, 2003; Batista & Morales, 2010; Morales, 2008; Ribeiro, 2001; Silva, 2012). Neste sentido, torna-se extremamente relevante explorar as capacidades que os jovens portadores de incapacidade intelectual possuem ao nível da sexualidade, de acordo com a gravidade das suas limitações (Pereira, 2013).

Os jovens portadores de incapacidade intelectual ligeira, sexualmente apresentam algumas vezes instabilidade emocional e alguns desvios na conduta o que dificulta os vínculos interpessoais (Silva, 2012). Têm compreensão e consciência das potencialidades sexuais e da capacidade de atingir o prazer, manifestando-se com a intencionalidade dos outros adolescentes (Pereira, 2013). Durante a adolescência utilizam a masturbação com objetivos concretos, como seja o reconhecimento corporal, a fantasia de uma relação sexual e a busca de prazer (Félix, 1997), tal como os adolescentes sem incapacidade intelectual. De acordo com Neponucemo e Ribeiro (1992), a pessoa com incapacidade intelectual leve ou moderada apresenta capacidades que a levam a compreender e adquirir padrões para discriminar o que é adequado ou não, o que é privado ou público, se tem permissão para a autossatisfação e entender as consequências do ato sexual.

Na incapacidade intelectual moderada, no que se refere ao domínio sexual, estes jovens conseguem beneficiar da estimulação recebida pelas figuras afetivas e a auto-estimulação, e desta forma o contacto com o prazer é favorecido, devido ao seu favorável desenvolvimento sensório-motor (Silva, 2012; Pereira, 2013). Podem elaborar e compreender os comportamentos associados aos papéis femininos e masculinos. Identificam-se muitas vezes com as pessoas a quem estão ligados afetivamente, mais do que à figura do seu sexo (Félix, 1997).

Os jovens com incapacidade intelectual grave, relativamente à sexualidade e ao nível do desenvolvimento biológico não diferem da incapacidade intelectual profunda, embora possam apresentar os caracteres sexuais e um corpo mais desenvolvido (Silva, 2012, Pereira, 2013). A masturbação é um comportamento sexual bastante comum nestes adolescentes, utilizando a mão ou um objeto para se friccionar (Félix, 1997). Estas manipulações permitem-lhe um maior conhecimento do seu corpo e muitas vezes fazer de forma elementar a diferenciação entre os dois sexos. No entanto, não conseguem por vontade própria estabelecer em relacionamento afetivo-sexual (Spiecker & Steutel, 2002).

No que diz respeito à sexualidade dos jovens portadores de incapacidade intelectual profunda, verifica-se que até à puberdade os processos de desenvolvimento processam-se de forma muito lenta dificultando a sua perceção, aspeto que é atenuado pelo seu reduzido nível de comunicação (Silva 2012, Pereira, 2013). Os adolescentes desenvolvem todos os caracteres sexuais secundários, com a presença de menstruação e de produção de sémen. No que concerne à estimulação sexual, o que se verifica é que esta só se realiza através da autoestimulação, não possuindo condições para chegar a um relacionamento afetivo-sexual (Félix, 1997).

De acordo com diversos autores, o jovem portador de incapacidade intelectual, poderá partir para a descoberta do corpo e do prazer tardiamente, quando o corpo já se encontra desenvolvido (Edwards,1995; Gherpelli, 1995; Júnior & Sprovieri, 1987; Pinel, 1993). Neste sentido, apesar do défice intelectual influenciar a capacidade destes jovens de exteriorizarem e vivenciarem a sua sexualidade, a maior dificuldade é acentuada pela sociedade pela forma como lidam com as manifestações, influenciada pelos preconceitos e tabus sociais (Almeida, 2010; Amaral, 2004; Camossa & Maia, 2003; Glat, 1992; Maia, 2001; Ribeiro, 1995). Assinale-se contudo que em

consequência do défice intelectual apresentado, estes jovens evidenciam uma grande necessidade de apoio de modo a perceberem as alterações físicas e psicológicas a que estão sujeitos durante a puberdade e adolescência (Ribeiro, 2001).

Os problemas que mais frequentemente podem surgir ao nível do desenvolvimento da sexualidade são do domínio psicossocial e não de causa orgânica, sendo que esta problemática é comum a todos os adolescentes, com ou sem incapacidade (Gherpelli, 1995; Pinel, 1993). Na maioria dos casos, não é a incapacidade o elemento perturbador, mas sim, as barreiras psicológicas e físicas que estas podem causar, nomeadamente baixa autoestima, depressão, isolamento social, limitações físicas ou insegurança, ausência de aptidão verbal e estereotípias (Maia, 2001).

Como foi assinalado anteriormente, o desenvolvimento sexual ocorre desde o nascimento, e é a partir deste momento que se começa a exhibir os papéis sexuais às crianças através do processo de educação sexual, e que são demonstrados por elas nas brincadeiras e atividades que realizam nos diversos contextos (Camossa & Maia, 2003). Nesta perspetiva, a manifestação dos papéis sexuais e a identidade sexual estão estreitamente relacionados com expectativas da sociedade, considerando os comportamentos sexuais desejáveis e adequados ou inadequados (Silva, 2012).

É este importante processo do desenvolvimento sexual na incapacidade intelectual que poderá estar comprometido, uma vez que a criança cresce num ambiente social segregador, o que pode originar papéis sexuais incompatíveis com a identidade de género (Maia, 2001). No entanto, na adolescência, os jovens portadores de incapacidade, através do processo de socialização começam a despertar em si o desejo de estabelecer uma relação amorosa, assim como o interesse em relacionamentos afetivos e sexuais (Gherpelli, 1995; Amaral, 2004; Pan, 1997; Edwards, 1995; Aranha & Maia, 2005). É neste sentido, que se defende que o adolescente com incapacidade, independentemente das limitações que possa apresentar, deve beneficiar de uma boa interação social, tanto em contexto escolar como noutras atividades, de modo a desenvolver um maior interesse em estabelecer relações amorosas à semelhança dos outros colegas, sem a condenação social muitas vezes associada à incapacidade (Buscaglia, 1997).

Assinale-se contudo que, em consequência da repressão e da negação da sexualidade aos jovens portadores de deficiência intelectual, do acesso a uma educação adequada, e na ausência de experiências de vida significativas, estes jovens comportam-

se por vezes de forma desajustada tanto ao nível da expressão da sexualidade, como nos vários contextos de vida que integram (Franco, 2012; Glat, 2004; Silva, 2012).

2.3. A Educação para a sexualidade do jovem com II

Para o ser humano, o processo de socialização é um processo longo, intenso, interativo e multidimensional, influenciado por agentes sociais significativos. A socialização tem, então, uma função regularizadora dos comportamentos humanos, o que implica também os relacionados com a sexualidade. Assim, consideramos que a sexualidade é o produto da socialização a que todos estamos sujeitos, quer formal quer informalmente (Azevedo, 2012). Tal como afirma Silva (2013. P. 5)

“A educação sexual assume-se como uma importante influência no desenvolvimento de atitudes e comportamentos relativos à manifestação da sexualidade e à forma como se está no mundo, como nos percebemos e como percebemos o outro, exercendo elevado impacto no modo de interagir com o meio”.

Para Sánchez (2008. P.168) “los jóvenes con discapacidad tienen las mismas preguntas e inquietudes que aquellos que no la tienen”. É relevante constatar como a II interfere no desenvolvimento psicossocial, na capacidade do adolescente apreender acerca da sua sexualidade e na necessidade de informação adicional. O mesmo autor (2008. P. 168) ainda enfatiza a linguagem empregue, no momento em que abordamos assuntos de sexualidade com crianças e jovens com DI; que deverá ser «*un lenguaje adecuado y concreto, que inspire respeto, franqueza y libertad de expresión.*», assente na verdade e que permita a promoção da comunicação. Como afirma Azevedo (2012. P. 21):

“É indubitavelmente constatado que as dificuldades a nível da comunicação e da inteligência prática e social inerentes aos indivíduos com DI afetam o comportamento adaptativo, o que se repercute no desenvolvimento da personalidade. No entanto, não são impeditivas de se lhes potencializar uma maior competência adaptativa, bem como uma vida o mais normalizada possível, o que tem subjacente a vivência da sua sexualidade”.

De facto, a sexualidade está sempre presente, inclusive quando não é programada nem planeada, e assume três perspetivas distintas, educação sexual informal, formal ou não formal (Silva, 2013). A educação sexual informal é definida por uma intervenção não planificada e sistémica, ocorrendo ao longo de todo o desenvolvimento humano e através das experiências do dia-a-dia. A presente via de educação sexual envolve um modo incidental, não intencional e espontâneo e pode ocorrer tanto no sistema educativo ou no seu exterior, no entanto é no seio familiar, que na maioria das vezes, ganha forma (Silva, 2013). Esta forma de educação sexual está associada a uma forte influência dos modelos sexuais familiares, uma vez que é na família que surgem as primeiras atitudes relativas ao domínio afetivo e sexual, e onde a criança realiza as primeiras aprendizagens através da observação e da experimentação (Collins & Sprinthall, 1999; Ribeiro, 2001).

Apesar das aprendizagens adquiridas por meio de um processo não intencional e não planeado, surge a necessidade de se realizarem ações intencionais com base em princípios e objetivos definidos para a aceitação, compreensão e para a vivência plena da sexualidade (Marques, 1995). Na educação sexual formal ou não formal verifica-se uma educação sexual intencional e estruturada, ou seja são “processos de aprendizagem sistemática desenvolvidos por profissionais” (Cardoso et al. 1996, p.21). A educação sexual formal distingue-se da não formal uma vez que se desenvolve no seio de uma estrutura curricular, lecionada por professores habilitados e desenvolvida num tempo pré-estabelecido, caracterizado por um espaço aberto, integrador e flexível de modo a proporcionar conhecimentos diversificados envolvendo alunos e professores de forma ativa e dinâmica. No que respeita à educação sexual informal, esta realiza-se através de atividades extracurriculares, no exterior do contexto curricular, e surge como uma alternativa de complementar ou mesmo colmatar a inexistência de educação sexual no contexto escolar, podendo compreender a colaboração de profissionais de saúde e de educação especializados para tal (Cardoso et al., 1996).

Vilar (2003) define o conceito de educação sexual formal, afirmando que se trata de uma intervenção profissional e intencional, com enfoque nas diversas temáticas relacionadas a atitudes, práticas e conhecimentos acerca da sexualidade, dirigindo-se a diversos grupos-alvo.

A educação sexual formal deverá ser percebida como um processo de transmissão de conhecimentos referentes ao desenvolvimento de corpo humano e promotora de comportamentos responsáveis e atitudes positivas que ajudem o jovem na tomada de decisões de uma forma informada e ponderada para uma vida sexual consciente e com menos riscos (Almeida, 2010; Figueiredo, 2010; Franco, 2012).

Os jovens com incapacidade intelectual raramente são ouvidos a respeito dos seus anseios, desejos, dúvidas e experiências em relação à vida ativa e sexual. Provavelmente, um dos motivos poderá situar-se na omissão de uma educação sexual suficiente e ajustada às suas características. Diversos estudos (Pinheiro, 1996; Abramson et al., 1988, *cit in* Almeida, 2009. P. 3) referem que

“(…) as pessoas com DM não recebem uma educação adequada e apropriada às suas dificuldades cognitivas o que impede o desenvolvimento de uma sexualidade plena e harmoniosa. Não lhes sendo proporcionada esta educação, a pessoa com DM nem sempre expressa e entende a sua sexualidade de modo adequado às normas e contextos sociais em que está inserida”.

Maia (2006, p.79) confirma

“(…) há uma necessidade de que estas pessoas também recebam informações adequadas sobre sexualidade para autoconhecimento e, também, esclarecimentos e orientações sobre as questões que possam gerar dúvidas e angústias para auxiliá-los na efetivação de relacionamentos afetivos e sexuais, se assim forem desejados”

Félix e Marques (1995. P. 11) atestam que

“(…) ao proibirem-se comportamentos afetivo-sexuais à população com deficiência, estamos a impedi-la da satisfação de necessidades fundamentais para o seu crescimento e desenvolvimento enquanto pessoas (…)”.

Os profissionais exercem um papel fundamental na educação sexual do indivíduo com II. Contudo, estes sentem-se muitas vezes despreparados e condicionados pelas regras institucionais ou pela falta delas. Por esse motivo, decidem agir conforme as suas próprias ideias (Ramos, 2005). Deste modo, as atitudes dos profissionais são o reflexo das suas crenças e dos seus valores (Félix & Marques, 1995).

Os profissionais debatem-se, também, com a falta de normas claras que definam que atividades sexuais podem e devem permitir-se dentro das instituições, o que leva a

que a educação sexual, quando existe, seja mais fruto das disposições pessoais do que das necessidades reais dos jovens que atendem (Félix, 2003).

Aizpurua (1985 *cit. in* Félix, 2003) refere que os profissionais denotam uma predisposição para o conservadorismo, o que pode dever-se à sua perceção da responsabilidade delegada pelos pais, para que sejam os responsáveis pela implementação de programas de educação sexual. Na opinião de Delville e Mercier (1997. P. 59), é necessário reforçar os laços entre as famílias e os profissionais

“ É necessário instaurar o diálogo entre os profissionais e os pais, de modo a evitar que a ação junto das pessoas portadoras de DM esbarre nas contradições entre aqueles que procuram melhorar a vida destas pessoas. Se os pais e os profissionais procurarem ter uma ação em comum, seria bom que em conjunto tomassem consciência das suas diferentes opiniões, atitudes e representações”

Félix (2003) defende que a sexualidade e a sua manifestação se encontra presente no quotidiano escolar, uma vez que esta é uma componente do desenvolvimento psicossocial de crianças e adolescentes, nomeadamente num ambiente de socialização, independente da existência de deficiência ou não. É neste sentido que o processo de educação sexual preconiza o envolvimento e a participação de todos (Silva, 2012), com no intuito de esclarecer dúvidas, ouvir e ser ouvido. A implementação da educação sexual deve reconhecer e respeitar a realidade social, cultural e local dos participantes, considerando quotidiano dos participantes e assim recorrer a atividades dinâmicas em grupo, metodologias ativas e partilha de experiências pessoais a partir da criatividade, sem censura nem julgamentos (Figueiredo, 2010; Franco, 2012). Neste sentido, a família assume um papel importantíssimo no processo educativo das crianças, no entanto a escola é caracterizada como o espaço educativo privilegiado, na sua função formativa e informativa, para complementar o papel da família de forma equilibrada na construção de um ser humano consciente da sua própria sexualidade (Almeida, 2010; Carvalho, 2002; Franco, 2012; Macário, 2010; Maia, 2001;).

A educação sexual poderá mediar preconceitos e medos quer da família, quer da escola, e contribuir para a descoberta do valor da sexualidade e para a reflexão do seu significado de modo a integrar-se na estruturação emocional e posteriormente no estabelecimento de relações interpessoais mais satisfatórias (Ministério da Educação 2000). Defende-se assim que a educação sexual, à semelhança da educação geral, deve

promover a formação das crianças e adolescentes no sentido de os auxiliar no desenvolvimento e crescimento psicossocial de modo a viver a sua sexualidade e dos demais ajustadamente (Franco, 2012; Vitiello, 1995; Silva, 2012).

De acordo com a Lei nº60/2009, artigo 2º, a educação sexual tem como finalidades a valorização da sexualidade e afetividade; o desenvolvimento de competências que permitam escolhas informadas e seguras nível da sexualidade; a melhoria dos relacionamentos; a redução dos comportamentos sexuais de risco; a capacidade de proteção perante exploração e o abuso sexual; a valorização de uma sexualidade responsável e informada; o conhecimento do funcionamento do sistema reprodutor; e o reconhecimento da importância de participação no processo educativo de encarregados de educação, alunos, professores e técnicos de saúde. A educação sexual é uma área sensível da intimidade de um ser humano, revestindo-se de elevada importância na construção pessoal de realização pelo amor, e deste modo deverá realizar-se com responsabilidade e sempre em colaboração com as famílias, constituindo-se um aspeto fundamental a avaliação do impacto da sua intervenção nos diversos públicos (Sousa, 2006). A educação sexual não se baseia somente em fornecer informações acerca da sexualidade, pois deste modo não será possível alterar comportamentos, neste sentido é bastante relevante a modificação de atitudes relativas à sua vivência (Franco, 2012; Vitiello, 1995, Silva, 2013).

Assim, a educação sexual dirigida a jovens deve ser abordada, como um todo, ou seja, deve-se ter em consideração a realidade de cada jovem de modo a responder às dúvidas e necessidades de cada um, em detrimento da informação que pode considerada importante e que se pense que os jovens gostariam de ouvir, de modo a que os jovens se sintam envolvidos e agentes participativos de todo o processo educativo (Silva, 2013).

2.4. Limitações à vivência da sexualidade do jovem com DM

A conduta sexual difere conforme o nível de incapacidade apresentado pelos adolescentes (Silva, 2013). Aqueles que apresentam um grau profundo e severo não possuem uma autonomia e independência (Assumpção & Sprovieri, 2005; Silva, 2012;

Pereira, 2013), logo tal como em outras áreas, também no aspeto sexual os seus comportamentos e aquisições são limitados (Félix & Marques, 1995). De acordo com estes autores, as pessoas com II profunda têm manifestações sexuais simples e auto satisfatório, e, por outro lado, mais desinibidos. Os jovens com II moderada, possuem alguma possibilidade de relacionamentos interpessoais, porém, normalmente, com pouca duração e pouco específicos. Já aqueles que estão num nível mental ligeiro, parecem possíveis de ter relações interpessoais com uma duração considerada normal e estável (Assumpção & Sprovieri, 2005).

Apesar do nível de II poder influenciar a competência de manifestar e experienciar vínculos afetivos-sexuais (Silva, 2013), o problema não se encontra na sua condição biológica ou na sua incapacidade intelectual, mas sim no modo como a sociedade se comporta com a sexualidade no portador de II. Assim, o fator chave é a maneira como as pessoas são vistas e tratadas pelas pessoas sem II (Shakespeare, 2003). Estas conclusões são expressas por Mckenzie e Swartz (2011. P. 364), no seu estudo

“People with disabilities are often erroneously regarded as childlike, asexual, and in need of protection. Conversely, they may be viewed as inappropriate sexual or as having uncontrollable urges”.

Na opinião de Silva (2012), as pessoas portadoras de II são “obrigadas” a depararem-se muitas vezes com limitações de ordem social. Como a pessoa com deficiência mental se distancia dos padrões normalizados estabelecidos pela sociedade, é-lhe vedado o direito à sua sexualidade, uma vez que este comportamento só é “digno” daqueles que se inserem nessas categorias sociais; preferem separar ou retirar a sexualidade deste indivíduo do que tentar perceber que esta manifestação é abrangente a todo o ser humano, é um processo integrante de cada um de nós. Crescem, assim, sentimentos de repulsa, e receio envolvidos em preconceitos, que conseqüentemente irão repercutir-se no desenvolvimento psicosexual da pessoa com II (Silva, 2012).

Segundo Duh (1999), os indivíduos com deficiência enfrentam mais dificuldade em conseguir a intimidade do que a população em geral, uma vez que são escassos os momentos de privacidade que lhes permitem criar vínculos afetivos com os demais. Devido ao facto de serem submetidos à superproteção dos Pais e alvo de permanente vigilância por parte dos Profissionais no meio escolar, apresentam interações e relações

sociais limitadas. Pelo facto de serem permanentemente acompanhadas, sendo poucos os momentos em que estão sozinhas, não criam a capacidade de estabelecer barreiras entre o que é público e privado, pelo que, desde muito precocemente, esta deve ser uma questão a treinar (Félix & Marques, 1995).

Há um reconhecimento de que as pessoas com II são particularmente vulneráveis ao abuso sexual (Levy & Packman, 2004; Eastgate, 2005; Akbas et al., 2009). Estima-se que mais de 90% de indivíduos com II irão sofrer algum tipo de abuso sexual durante as suas vidas (Furey, 1994; Morano, 2001).

As pessoas com II são mais suscetíveis a este tipo de violência devido a vários fatores, tais como: as limitações físicas que limitam a legítima defesa; as limitações cognitivas que dificultam a avaliação da situação (segura ou perigosa); a vulnerabilidade, devido ao escasso conhecimento sobre a sexualidade e sobre as relações humanas, incluindo a noção dos conceitos público e privado; a informação limitada sobre o abuso sexual; a impulsividade, a reduzida auto estima, e fracas capacidades no poder de decisão, assim como a falta de momentos sociáveis e conduzem ao isolamento e há fragilidade. Contudo, as pessoas com II podem apresentar dificuldades adicionais para referir o abuso sexual, nomeadamente: dificuldades de comunicação, sentimentos de culpa, ameaça de abandono, separação potencial da família e tolerância de abuso a fim de ser aceite, receber recompensas ou, simplesmente, afeição (Furey, 1994; Tharinger, 1990). Citando Bastos e Deslandes (2005. P. 390)

“(…) um dos entraves para a discussão da sexualidade das pessoas com DM deve-se à quase inexistência de relatos de experiência sobre o assunto. Esta ausência talvez se relacione aos preconceitos e à discriminação ainda presentes, que muitas vezes sustentam a ideia de que eles não têm o direito de exercer a sua sexualidade”

Na opinião de Pereira (2012), a sociedade tem dificuldade em aceitar as manifestações de sexualidade desta população, não a reconhecendo como sexuada e ignorando a dificuldade que o indivíduo com II pode ter em apreender as normas dominantes, contudo, também não se empenha em educá-lo neste domínio, de forma a habilitá-lo com a informação necessária para a sua compreensão e ajuste na canalização da sua energia sexual.

Bazzo et al. (2007) destacam também que a vivência da sexualidade de pessoas com deficiência intelectual é muito complexa por um lado, devido às limitações cognitivas, sendo por vezes ainda reforçada pelas opções apresentadas nos serviços sociais. Na generalidade as políticas sociais não atendem a este aspeto da vida destas pessoas, sendo esta vertente decidida muitas vezes por profissionais sem formação na área, possibilitando que as crenças pessoais assumam um papel decisivo, não tendo em conta os direitos humanos, dificultando o pedido de ajuda e promovendo pouca habilidade para estas pessoas se defenderem.

Almeida (2010) acrescenta que estes jovens raramente têm oportunidade de partilhar as suas dúvidas e desejos no que diz respeito à sua vida sexual e afetiva, verificando-se a ausência de espaços e tempos privados, o que contribui para permanecerem com conhecimentos desajustados em relação à sexualidade. Efetivamente, ainda se pode constatar que o reconhecimento dos direitos da manifestação da sexualidade das pessoas com deficiência é quase inexistente, sendo-lhes dadas poucas possibilidades de compreender as emoções experimentadas, e consequentemente, dificultando a exploração da sua curiosidade sexual (Horton, Millea & Tharinger, 1990, *cit. in* Bastos & Deslandes, 2005). Como consequência deste ambiente segregador e pouco estimulante, a maioria destes jovens entendidos como “assexuados” manifestam um elevado nível de afetividade perante os seus pais, assim como para o seu grupo de pares, com os quais tem oportunidade de se relacionar (Albuquerque & Ramos, 2007; Franco, 2012; Silva, 2012).

A inexistência de orientação sexual em contexto familiar, escolar ou institucional agrava os preconceitos e as atitudes destes jovens face à sexualidade (Glat, 2004). De facto, a maior parte dos jovens relata que os conhecimentos obtidos ao nível da sexualidade são transmitidos por amigos, e por meio da televisão, o que se traduz num reduzido acesso a informação correta e credível (Cunha, Pires & Vilar, 2011).

Um outro fator limitante refere-se ao facto de estas pessoas não terem a mesma facilidade em aceder a locais sociais que as restantes pessoas sem II. As suas vidas são limitadas às condições familiares e institucionais, dificultando a sua normal integração na comunidade que resulta em comportamentos sociais impróprios, ou seja, como não têm as mesmas oportunidades e facilidades que os demais no estabelecer de convivências sociais, a própria socialização não é realizada de um modo correto, pelo que assumem posturas que podem não ser as adequadas publicamente (Silva, 2013).

Importa assim ter em atenção que o início da adolescência é uma época privilegiada para se encetar o movimento de garantia desses direitos. Nesta etapa do desenvolvimento é importante a inserção em atividades que promovam maiores habilidades e competências, que resultarão na formação de indivíduos mais autónomos, com maior responsabilidade e possibilidades de escolhas, contribuindo para que o exercício da sexualidade se dê de forma mais satisfatória e protegida (Silva, 2012).

Crenças e atitudes dos profissionais da educação face à sexualidade dos alunos com incapacidade intelectual num agrupamento de escolas da Maia

CAPÍTULO III
CRENÇAS E ATITUDES

3. Crenças e Atitudes

3.1 – Abordagem conceptual

A noção de atitude tem evoluído ao longo do tempo, mas tem à partida um conteúdo que lhe é atribuído espontaneamente que decorre da palavra existir na linguagem corrente. Será, assim necessário definir o conceito de atitude, como refere Gabriel (2013.P.18)

“Quando nos debruçamos sobre o conceito de atitude, toma lugar de destaque compreender ao que o mesmo alude”.

Para Anastasi (1990. P. 405) uma atitude é definida como

“(…) uma tendência para reagir relativamente a uma designada classe de estímulos tais como um grupo étnico ou nacional, um hábito ou uma instituição. (...) Na prática atual, o termo ‘atitude’ é frequentemente associado ao estímulo social e às respostas matizadas emocionalmente. Também envolve frequentemente juízos de valor”.

A atitude é um constructo que se tenta avaliar através da expressão favorável ou desfavorável, o que indica que as atitudes não são diretamente observáveis (Lima, 2000). Por trás do observável escondem-se por vezes as verdadeiras razões e atitudes dos sujeitos e por isso se desenvolveram várias técnicas (umas mais deontológicas do que outras) para se ter acesso a esse mundo que insistimos em preservar do olhar dos outros (Garcia-Marques, 2000). Como afirma Coelho (2012. P. 141)

“De uma certa forma, qualquer um de nós tem uma ideia mais ou menos aproximada do conceito de “atitudes”. O que é difícil é tentar circunscrever as nossas intuições sobre o que significam as atitudes e os pressupostos que afinam o próprio conceito, distinguindo-o de outros conceitos. Mais difícil se torna ainda tentar estabelecer uma relação entre atitudes e comportamentos observáveis, porque as atitudes não são propriamente uma entidade observável, são sim construções teóricas obtidas indiretamente por deduções lógicas, através de algumas formas de comportamento normalmente verbal”.

As atitudes desempenham um papel importante na vida das pessoas e na forma como se relacionam.

Segundo Lacey (1998, p:184), as crenças são “atitudes proposicionais que desempenham papéis causais (junto com desejos, intenções, etc.) na geração de crenças”. O autor considera que o papel causal das crenças é representada em “silogismos práticos em que as ações de um agente (indivíduo) são representadas como decorrentes (racionalmente) do facto de ele ter metas (desejos) e crenças” (p:13).

As crenças para Fernandes (1963. P. 13), constituem uma estrutura de percepções e cognições em torno de configurações do mundo individual, réplica do mundo grupal projetada pelos processos educativos próprios a cada cultura. Uma crença é

“(…) um padrão de conduta do pensamento, podendo significar opinião, conhecimento e fé, embora isoladamente opinião e conhecimento possam não chegar a constituir uma crença”.

Segundo Insko e Schopler (1980, *cit. in* López & Fuertes, 1999, p:22), atitudes são “predisposições para avaliar favorável ou desfavoravelmente os objectos”. Elas vão sendo formadas ao longo da vida como resultado de experiências e comportamentos aprendidos com outros.

As opiniões, ideias ou crenças sobre questões discutíveis para as quais o indivíduo não possui fundamento científico são acompanhadas de sentimentos. Citando novamente López e Fuertes (1999, p:22)

“(…) os sentimentos são reações fisiológicas que se manifestam através de mudanças biológicas internas e interpretações subjetivas e sociais dessas mesmas mudanças”.

Para além das opiniões e sentimentos, as atitudes envolvem uma predisposição para se comportar de uma determinada forma (López & Fuertes, 1999). Sentimos rejeição em relação a algo que consideramos negativo ou perigoso. Assim, as três componentes das atitudes (cognitiva, afetiva e comportamental) reforçam-se mutuamente.

Segundo Rosenberg e Hovland (1960), referidos por Moliner e Tafani (1997), as respostas de um sujeito sobre um objeto de atitude podem ser divididas em três classes:

- *Cognitivo*: as respostas referem-se às informações ou crenças que o sujeito tem sobre o objeto da atitude;

- *Afetivo*: as respostas referem-se aos sentimentos ou emoções que desperta no sujeito,

- *Comportamental*: as respostas referem-se aos comportamentos ou às intenções comportamentais que o sujeito exhibe com respeito a ele.

Assim, a atitude é construída por três aspetos: pelo sujeito que manifesta a atitude, pelo objeto perante o qual a atitude é manifestada, e pelo contexto em que a atitude é manifestada (Ramos, 2005). Por exemplo, quando um sujeito expressa a sua opinião sobre determinado objeto, Moscovici (1961, *cit. in* Moliner & Tafani, 1997), refere que o sujeito já construiu, antecipadamente, algum tipo de representação sobre o objeto.

A atitude é uma tendência, relativamente estável e duradoura, que possibilita que a pessoa tenha um certo comportamento em relação a pessoas, objetos, instituições ou acontecimentos (Chaplin, 1981), ou seja, é uma espécie de avaliação criada pelo indivíduo em que irá reagir positiva ou negativamente, em relação a determinado assunto.

As atitudes também podem ser favoráveis ou desfavoráveis relativamente a pessoas, objetos ou acontecimentos. Todo o juízo ou valor que desenvolvemos estão ligados a factos antecedentes (Albuquerque, 2007).

As origens das atitudes são culturais, familiares e pessoais, ou seja, cada indivíduo tende a assumir as atitudes que prevalecem na cultura em que se cresce, passando de geração em geração dentro da estrutura familiar (Chaplin, 1981).

As atitudes sociais, moldadas pelo preconceito e pela ignorância, suportam todo um conjunto de comportamentos que negam os mais elementares direitos do indivíduo, direitos esses que dizem respeito à sua qualidade de vida, com particular incidência no domínio afetivo-sexual (Craft, 1987; Félix & Marques, 1995; Kempton, 1983).

De acordo com Coelho (2012. P.143)

“ (...) as atitudes são construções teóricas, que se inferem, partindo da observação do comportamento, porque não são só por si observáveis. Por este motivo é tão difícil medi-las”.

Segundo a mesma autora, “não existem definições completas sobre esta temática” (Coelho, 2012. P.144).

Resumindo as várias definições sobre o conceito de *atitudes*, Coelho (2012) elaborou um quadro onde situa ao longo das décadas as seguintes concepções:

Quadro 3: Resumo de definições de atitudes (Coelho, 2012. P. 145)

Ano	Autor	Definição
1954	Alport	“A atitude é um estado mental, ou neuronal, organizado através de experiências, que exerce uma influência direta e ou dinâmica, sobre a resposta do individuo a todos os objetos e situações com os que está relacionado”.
1960	Rosenberg J. Hovland	“As atitudes são predisposições a responder de uma determinada forma face a uma classe específica de objetos”
1971	Triandis	“Atitude é uma ideia prevista de uma carga emocional que predispõe a uma série de ações perante um determinado tipo de situações sociais”.
1982	Rajecki	“As atitudes implicam juízos avaliativos que a pessoa efetua através de uma avaliação prévia e deliberada de objetos de atitude. Não se limitam a perceber o objeto e efetuar uma descrição narrativa do mesmo”.
1988	Ajzen	“Atitude é uma predisposição para responder de forma favorável ou desfavorável a um objeto, pessoa, instituição ou acontecimento”.
1989	Lamberth	“Atitudes é uma resposta avaliativa, relativamente estável, em relação a um objeto, que tem componentes e consequências cognitivas, afetivas e provavelmente comportamentais”.
1997	Aronson Wilson e Akert	“São constructos hipotéticos que, nesse caso, permitem a integração conceptual de três dimensões que formam uma estrutura relativamente estável: a dimensão cognitiva, afetiva e comportamental”
2000	Marques	“A atitude poderá ser definida como a posição ou comportamento que revela uma maneira de estar com os outros e de se posicionar perante as outras pessoas”.
2008	Monteiro	“Um conceito estável, que se perspetiva enquanto um sistema de avaliações positivas ou negativas, o que permite, deste modo, predizer a reação do sujeito em condições conhecidas”.

Fonte: Coelho (2012. P.145)

Pela análise do quadro 3, e citando Coelho (2012. P. 145) verifica-se que

“ (...) muitos teóricos ficaram-se por uma definição restritiva do conceito de atitude. Uns realçam a componente cognitiva, outros a afetiva ou social, outros entendem-na como algo que não se pode separar e outros como um conceito que engloba diferentes componentes”.

Em síntese, a mesma autora (Coelho, 2012. P. 146) afirma:

“ (...) as atitudes constituem-se como um constructo diretamente relacionado com os aspetos comportamentais e cognitivos e, referem-se a um sentimento pró ou contra um determinado objeto atitudinal, que pode ser uma pessoa, um acontecimento social, ou qualquer outro produto da atividade humana”.

3.2 – Crenças e atitudes face à Sexualidade na Incapacidade Intelectual

Os valores influenciam as atitudes, e estas, naturalmente, influenciam o comportamento (Kahle, 1988), e consequentemente, podem influenciar o estilo de supervisão e as decisões tomadas das pessoas que trabalham com indivíduos com DM (Brantlinger, 1988).

Ao longo dos tempos e até aos nossos dias, os conceitos relativos à II continuam impregnados por um conjunto de crenças e valores que conduzem a atitudes algo negativas face às pessoas com II (Félix, I., 2003), tal como afirma Pereira (2013. P. 19)

“O processo evolutivo das atitudes face às pessoas ditas “diferentes” sofreu ténues modificações no decorrer da existência humana, remetendo-nos aos primórdios dos tempos históricos e a sociedades com práticas quotidianas de exclusão que permaneceram durante séculos. Todavia, a perspetiva social face aos indivíduos portadores de deficiência evoluiu à medida das necessidades do ser humano e à própria estruturação das sociedades”.

Apesar de existir, hoje, um vasto leque de informação acerca das pessoas portadoras de II, estas, continuam a enfrentar dificuldades a nível social e a ser alvo de marginalização e exclusão por parte de outros (Félix, I., 2003).

A sexualidade é um assunto social polémico e, por isso, é envolvido por atitudes que enviesam e dificultam a vivência gratificante da mesma (Félix, I., 2003).

Kempton (1983) agrupa as atitudes face à sexualidade das pessoas com II em três categorias:

- 1- As pessoas portadoras de II são consideradas como eternas crianças. Esta atitude paternalista considera a sexualidade destas pessoas como inexistente; se existe, apesar de tudo, há que nega-la e sublimá-la;
- 2- As pessoas portadoras de II são consideradas como “engendros infra-humanos”, mais próximos dos instintos animais do que dos seres humanos e devem, por isso, permanecer encerradas;
- 3- A terceira atitude considera as pessoas portadoras de II como pessoas em desenvolvimento. Valoriza os comportamentos sexuais e propõe plenos direitos em todas as áreas da vida, incluindo a sexual.

Os profissionais – professores, educadores, terapeutas, psicólogos, assistentes operacionais desempenham um papel preponderante na formação das crianças e jovens portadores de II, dado que se inserem em diversas instituições nos quais estes passam grande parte do seu tempo (Silva, 2012).

Ao debruçar-nos numa temática tão controversa como a sexualidade da pessoa com incapacidade intelectual, as atitudes pessoais perante a mesma podem traduzir-se em dois tipos: “a atitude conservadora” e a “atitude liberal” (Albuquerque, 2007, *cit. in* Gabriel, 2013, p.20). Na atitude conservadora, a sexualidade é observada visando a reprodução tendo os indivíduos que partilham esta atitude, opiniões contraditórias em temas como o aborto, a homossexualidade, a sexualidade na deficiência, entre outros (Albuquerque, 2007, *cit. in* Gabriel, 2013, p.20). Analogamente, a atitude liberal, a visão da sexualidade é mais ampla, não se resumindo apenas à reprodução e abarcando outras valências da sexualidade tais como o prazer, a afetividade e a comunicação (Albuquerque, 2007, *cit. in* Gabriel, 2013, p.20).

Diversos estudos (Brown, 1994; Owen et al., 2000; Olivier et al., 2002; Bryde & Cuskelly, 2004; Bazzo et al., 2007) têm considerado as atitudes dos Pais e dos Profissionais face à sexualidade dos jovens com II concluíram que as atitudes dos Pais e dos Profissionais são diferentes. Os Profissionais apresentam comportamentos razoavelmente liberais (Bazzo et al., 2007; Bryde & Cuskelly, 2004), enquanto os Pais têm opiniões mais conservadoras.

Alguns estudos (McCarthy e Thompson, 1997; Walcott, 1997; Wilcox 2001 *cit. in* Swango-Wilson,2008) identificam os Profissionais como importantes para as experiências sociais e de identidade sexual formada pelo indivíduo com II. A maioria

dos profissionais aceitam certos comportamentos sexuais nos indivíduos com II, nomeadamente: a masturbação, abraços e beijos breves (Owen et al., 2000). Contudo, o mesmo autor, refere que a desaprovação aumenta quanto maior o grau de intimidade do contacto sexual das pessoas com II. Apesar de existir certa “permissão” nos comportamentos sexuais, em geral, os profissionais consideram que as pessoas com II não devem ser encorajadas para a prática sexual (Craft & Craft, 1981, *cit in* McConkey & Ryan, 2001), uma vez que temem um comportamento sexual inadequado e a incapacidade de cumprir com os padrões sociais do comportamento sexual (Lumley & Scotti, 2001).

As práticas sociais dos Profissionais possibilitam que as pessoas com II limitem o seu espaço pessoal, em que aprendem a distinguir quias os comportamentos certos e errados que podem transgredir essa linha pessoal (McConkey & Ryan, 2001). Apesar disso, Craft (1994, *cit. in* McConkey & Ryan, 2001), considera que os Profissionais podem influenciar de um modo inconsciente o comportamento da pessoa com II (através do ambiente social que é estabelecido).

Alguns estudos (Murray & Minnes, 1994; Olivier et al., 2002; Bryde & Cuskelly, 2004) referem que as atitudes dos Profissionais em relação à sexualidade das pessoas com II parecem estar relacionadas com fatores como: a idade, sendo encontradas atitudes mais conservadoras nas pessoas com mais idade; a sua profissão, em que as atitudes mais liberais estão relacionadas com o maior nível de formação e também naqueles que não têm contacto direto com os jovens com II; a religião (Auno & Feldman, 2002) e o tipo de instituição. As atitudes dos Profissionais foram consideradas mais desfavoráveis no que diz respeito à sexualidade das pessoas com II do que para a sexualidade das pessoas com outros tipos de limitação (Dupras et al., 1984; Trudel & Desjardins, 1992, citados por Aunos & Feldman, 2002). Homens e mulheres apresentam atitudes praticamente semelhantes face à sexualidade e incapacidade intelectual (Bryde & Cuskelly, 2004; Cuskelly & Gilmore, 2007).

As crianças com II aprendem o comportamento sexual apropriado através da repetição de modelos (Ballan, 2001), e como resultado, as pessoas com II tendem a refletir as atitudes negativas/positivas dos Pais e Profissionais (Bryde & Cuskelly, 2004).

O papel do professor é o de criar condições para que os alunos aprendam. A sua principal função é ser um organizador e disponibilizador de recursos, deixando de ser o transmissor de conhecimentos aos alunos (Gonçalves, 2010).

No seu estudo, Gonçalves (2010) expõe a valorização que os professores atribuem aos assistentes operacionais como sendo elementos importantíssimos nas transformações das práticas das escolas, considerando um apoio fundamental e em quem se pode confiar; enfatizando, assim, a importância da participação destes atores nas decisões da escola. É neste sentido, que se torna tão importante continuar a desmistificar quais as atitudes que professores e assistentes operacionais têm relativamente à sexualidade das pessoas com incapacidade intelectual com o intuito de desvendar quais as necessidades prioritárias que têm no que concerne à forma como lidam com a sexualidade dos seus alunos.

CAPÍTULO IV
ESTUDO EMPÍRICO

4. Estudo Empírico

4.1-Problemática

De acordo com a literatura, as atitudes face à sexualidade das pessoas com incapacidade intelectual possuem um papel preponderante na disponibilização de oportunidades de vivências e experiências sexuais, bem como na passagem de informação correta acerca da sexualidade para as pessoas com incapacidade intelectual (Brown & Pirtle, 2008).

Sabendo que toda a investigação nasce a partir de um problema inicial e que o investigador tenta revelar o mais exatamente possível aquilo que procura saber, esclarecer e compreender melhor (Gonçalves, 2011), a pergunta de partida da investigação deve apresentar qualidades a nível da clareza, de exequibilidade e de pertinência (Quivy & Campenhoudt, 1997). Assim, esta investigação parte da seguinte questão «*Como os profissionais de uma escola pública “olham” para as manifestações sexuais dos alunos com II?*», uma vez que atualmente a sala de aula é considerada um espaço privilegiado de aprendizagem, troca de saberes, de inclusão e integração do aluno no meio escolar (Gonçalves, 2011).

A sexualidade é um assunto social polémico e envolvido por atitudes que enviesam e dificultam a vivência gratificante da mesma (Félix, 2003). Talvez, por isso, a questão da sexualidade na incapacidade intelectual é pouco discutida e permeada de preconceitos, mitos e tabus (Bastos & Fidry, 2007). Contudo, é um dos aspetos essenciais para o equilíbrio psicossomático e o desenvolvimento integral do ser humano. Bastos e Deslandes (2005, *cit. in* Almeida, 2010. P.1) referem que no caso das pessoas com deficiência mental

“(…) Não existe um reconhecimento dos direitos de manifestação da sexualidade das pessoas com deficiência mental, sendo-lhes dadas poucas possibilidades de compreender as emoções despertadas por ela, consequentemente, dificultando a exploração da sua curiosidade sexual”.

Vários autores (Buscaglia, 1997; Glat, 1992; Maia, 2001; Pinel, 1993) defendem que as pessoas com incapacidade intelectual têm um desenvolvimento sexual dentro da

normalidade, e que, conseqüentemente, ninguém se torna assexuado em função de uma incapacidade física, sensorial ou mental.

Apesar da sua incapacidade intelectual, Kijak (2011) menciona que as pessoas com deficiência mental continuam “*seres sexuais*”.

Diversos estudos (Pinheiro, 1996; Wolf & Zarfes, 1982) referem que as pessoas com deficiência mental não recebem uma educação adequada e apropriada às suas dificuldades cognitivas o que impede o desenvolvimento de uma sexualidade plena e harmoniosa (Pinheiro, 2004).

As atitudes sociais, moldadas pelo preconceito e, também pela ignorância, traduzem-se num conjunto de comportamentos que negam alguns dos mais elementares direitos das pessoas com deficiência, principalmente, no que respeita ao seu aspeto afetivo e sexual (Albuquerque, 2007).

Abordar a questão da sexualidade do jovem com incapacidade intelectual e relacioná-la com as crenças e atitudes daqueles com diretamente e diariamente trabalham, não se evidenciou uma tarefa fácil. No entanto considera-se relevante aprofundar esta realidade para encontrar evidências que possam ajudar a refletir sobre esta problemática, dada a importância que esta tem para a escola inclusiva, onde se preconiza que todos devem ter um lugar por direito. A escola e a sociedade exigem cada vez mais dos profissionais da educação, pelo que todos os contributos para a melhoria da sua formação são necessários e pertinentes (Vargem, 2013).

Frias (2013, P.51) menciona que

“(...) as atitudes (quer positivas ou negativas) manifestadas pelos docentes e assistentes operacionais estarão diretamente relacionadas com a formação de valores, de conceitos ou preconceitos, das gerações futuras. Para podermos analisar essas atitudes,... bem como o que as determina, é necessário dispor de instrumentos fiáveis e válidos que nos ajudem a efetuar essa avaliação”.

Craft (1994, *cit in* McConkey & Ryan, 2001) considera que os Profissionais podem influenciar de um modo inconsciente o comportamento da pessoa com II (através do ambiente social que é estabelecido).

Perante o exposto na revisão da literatura e face à experiência prática acumulada, formulou-se a seguinte questão de investigação: *“quais as crenças e atitudes dos profissionais de educação perante as manifestações sexuais dos jovens com Incapacidade Intelectual?”*.

Neste estudo optou-se por abranger os professores e assistentes operacionais de um agrupamento de escolas da rede pública – Agrupamento de escolas de Águas Santas, situado no conselho da Maia, distrito do Porto.

4.2 – Objetivos do estudo

Este estudo tem como objetivo geral **conhecer as crenças e atitudes dos profissionais da educação, nomeadamente professores e assistentes operacionais, de acordo com a sua formação profissional, relativamente à dimensão afetiva e sexual dos alunos com II num Agrupamento de Escolas da Maia.**

Nesta linha, foram equacionados os seguintes objetivos específicos:

- **Identificar as crenças dos profissionais da educação perante a sexualidade dos jovens com II;**
- **Descrever as atitudes dos profissionais perante a sexualidade dos alunos com II;**
- **Compreender se a idade, o sexo, o nível de ensino em que lecionam, o tempo de serviço e a experiência com jovens com II influenciam as crenças e atitudes dos professores face à sexualidade dos jovens com II;**
- **Compreender se a idade, o sexo, o nível de ensino em que exercem a sua atividade profissional, o tempo de serviço e a experiência com jovens com II influenciam as crenças e atitudes dos assistentes operacionais face à sexualidade dos jovens com II;**
- **Reconhecer as necessidades de formação dos professores e assistentes operacionais perante esta problemática;**
- **Verificar se existem diferenças significativas entre as atitudes dos professores e dos assistentes operacionais face à sexualidade do jovem com II.**

4.3 – Hipóteses

Quivi e Campenhoudt (1992) assumem que uma verdadeira investigação estrutura-se em torno de uma ou várias hipóteses. Defendem que a organização de uma investigação em torno de hipóteses de trabalho constitui a melhor forma de a conduzir com ordem e rigor sem por isso sacrificar o espírito de descoberta e de curiosidade que caracteriza qualquer esforço intelectual digno desse nome. Frias (2013. P.49) refere que

“As hipóteses podem ser definidas como uma relação lógica obtida através da relação conjeturada entre duas ou mais variáveis expressas sob a forma de afirmação testável. As relações são conjeturadas com base na rede de associações estabelecidas no quadro teórico conceptual formulado para o estudo da pesquisa.”

Freitas (2015) acrescenta que o objetivo fundamental de toda esta pesquisa é descobrir respostas para o problema levantado.

Tomando como base a questão de investigação e os objetivos delineados, formularam-se as seguintes hipóteses de investigação:

-H1. Os professores mais jovens e do sexo feminino têm atitudes mais positivas do que os professores mais velhos e do sexo masculino perante a sexualidade dos jovens com II;

-H2. Os professores que lecionam o 1º ciclo têm atitudes menos positivas do que os professores que lecionam os ciclos seguintes, perante a sexualidade dos jovens com II;

-H3. Os professores com mais tempo de serviço têm atitudes mais positivas do que os professores com menos tempo de serviço, perante a sexualidade dos jovens com II;

-H4. Os professores com experiência em lecionar a alunos com II têm atitudes mais positivas do que os professores sem experiência, perante a sexualidade dos jovens com II;

-H5. Os assistentes operacionais mais jovens, do sexo feminino e com mais tempo de serviço, têm atitudes mais positivas do que os assistentes operacionais mais velhos, do sexo masculino e com menos tempo de serviço, perante a sexualidade dos jovens com II;

-H6. Os assistentes operacionais que trabalham no 1º ciclo têm atitudes menos positivas do que os assistentes operacionais que trabalham nos ciclos seguintes, perante a sexualidade dos jovens com II;

-H7. Os assistentes operacionais com experiência em trabalhar com alunos com II têm atitudes mais positivas do que os assistentes operacionais sem experiência, perante a sexualidade dos jovens com II;

-H8. Os professores têm atitudes mais positivas do que os assistentes operacionais, perante a sexualidade dos jovens com II.

4.4 – Método

O método é “o conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos adaptados para se atingir o conhecimento” (Gil, *cit. in* Carmo & Ferreira, 1998. P.216), tendo por base uma orientação teórica. Esta pesquisa insere-se num estudo descritivo de cariz misto de uma situação específica, cujos dados serão recolhidos de forma qualitativa e quantitativa.

Uma investigação descritiva obedece às seguintes etapas: definição do problema, revisão da literatura, formulação de hipóteses e ou questões de investigação, definição da população alvo e da forma de recolha de dados, tratamento e análise dos dados, interpretação dos resultados, formulação das conclusões e sua avaliação e tem em conta as limitações contextuais e do processo.

De acordo com Fortin (2003) o modelo de análise para o estudo descritivo tem como principal finalidade desenvolver e esclarecer conceitos e ideias. Salienta-se ainda que as pesquisas descritivas, bem como as exploratórias, são normalmente realizadas por investigadores preocupados com a sua prática do dia-a-dia.

Relativamente ao estudo em questão, optar-se-á por uma metodologia quantitativa. No método quantitativo, a investigação orienta-se para a produção de proposições generalizáveis e estaticamente comprovadas (Fortin, 2003).

A estratégia metodológica a adotar passará pela recolha de dados através de inquérito por questionário do qual constarão perguntas fechadas e abertas.

A escolha do questionário, quase na sua maioria, de perguntas fechadas prende-se com o facto de a sua aplicação possibilitar uma economia de tempo e de trabalho de campo ao investigador. Tem, também, a vantagem do investigador não influenciar a recolha de dados (Quivy & Campenhoudt, 1997). Assim, as respostas obtidas poderão ser, ainda, apresentadas em formato de gráficos, tabelas e percentagens simples, possibilitando melhores condições para efetuar análises comparativas.

4.5 Caracterização da população e amostra

A população alvo deste estudo, que foi autorizado pelo Exmo. Senhor Diretor do Agrupamento de Escolas de Águas Santas (anexo I), é constituída por 284 professores que lecionam os vários ciclos escolares e 62 assistentes operacionais das várias escolas que integram o Agrupamento. Todos foram contactados, podendo ter a possibilidade de aceder ao questionário através de um link criado para o efeito. Os instrumentos utilizados foram respondidos de forma voluntária, tendo sido constituída a maior amostra possível, de tipo não probabilístico.

Para se manter o anonimato dos inqueridos, os dados pessoais e profissionais recolhidos foram: género, idade, formação e tempo de serviço.

Na caracterização global da amostra as variáveis numéricas são resumidas através da média e desvio padrão (DP), sendo apresentadas no texto através da média \pm DP. Para as variáveis qualitativas recorre-se às frequências absolutas e relativas, e no caso de existirem não respostas as frequências relativas foram determinadas com base nos casos válidos. Para uma melhor explicitação visual dos resultados utilizaram-se gráficos (circular e barras).

A caracterização da amostra é composta por dois grupos, a primeira referente aos professores inqueridos, que denominaremos *Grupo A* e a segunda alusiva aos assistentes operacionais que designaremos por *Grupo B*.

Crenças e atitudes dos profissionais da educação face à sexualidade dos alunos com incapacidade intelectual num agrupamento de escolas da Maia

O Grupo A é constituída por 106 professores. Os docentes inquiridos têm uma média etária de 45.9 ± 8.6 anos, tendo o mais novo 22 anos e o mais velho 64.

No que diz respeito ao género, apresentam-se no gráfico seguinte os resultados:

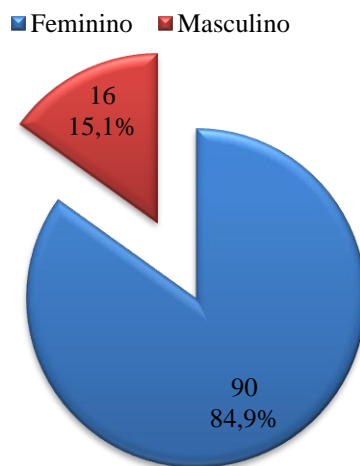


Gráfico 1 – Sexo dos professores

No **gráfico 1** pode ver-se que perante os docentes inquiridos, no que diz respeito ao sexo, 84,9% era do sexo feminino.

Relativamente à variável nível de ensino, o gráfico 2 revela os resultados obtidos:

Crenças e atitudes dos profissionais da educação face à sexualidade dos alunos com incapacidade intelectual num agrupamento de escolas da Maia

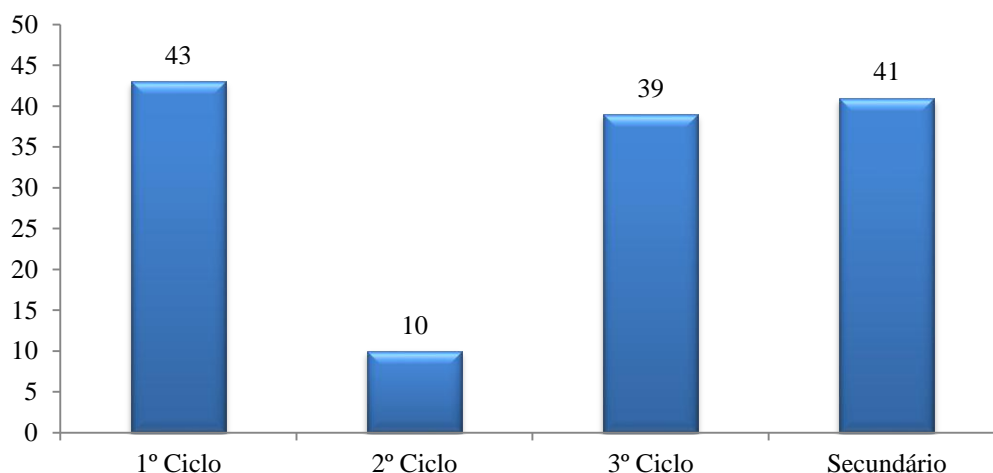


Gráfico 2 – Nível de Ensino que lecionam os professores

No **gráfico 2**, observa-se que dos professores inquiridos, 40.6% (n=43) lecionava ao 1º Ciclo e 38.7% (n=41) e 36.8% (n=39) lecionava no ensino Secundário e no 3º Ciclo respetivamente. É pertinente referir que a soma dos docentes apresentada no gráfico 2 é superior à amostra inquirida, uma vez que alguns lecionavam a mais de um nível de ensino, nomeadamente os docentes de Educação Especial e Religião e Moral.

No que concerne à análise dos dados relativos à experiência dos professores com jovens com deficiência mental, podem ser notados no **gráfico 3**:

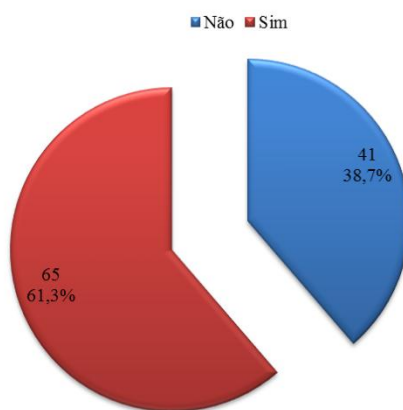


Gráfico 3 – Experiência dos professores com jovens com incapacidade intelectual

O **gráfico 3** atesta que 61.3% dos professores tinham experiência em lecionar a jovens com incapacidade intelectual.

Relativamente ao tempo de exercício da atividade profissional, em média os docentes lecionavam há 21.8 ± 8.8 anos, variando este tempo entre 1 e 39 anos.

De seguida, passamos a caracterizar o Grupo *B*.

Relativamente ao Grupo *B*, este é constituída por 50 Assistentes Operacionais. Os assistentes operacionais inquiridos têm uma média etária de 47.0 ± 7.4 anos, tendo o mais novo 31 anos e o mais velho 63.

O **gráfico 4** revela a percentagem mais elevada dos inquiridos relativamente ao género:

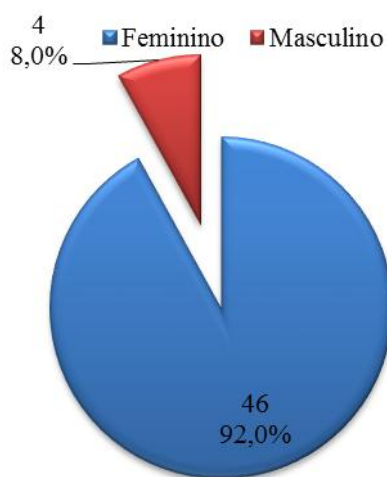


Gráfico 4 – Sexo dos assistentes operacionais

O **gráfico 4** indica, no que diz respeito ao sexo, que 92.0% dos assistentes operacionais inquiridos eram do sexo feminino, demonstrando menor representatividade o sexo masculino.

O **gráfico 5** revela o nível de ensino em que trabalham os assistentes operacionais

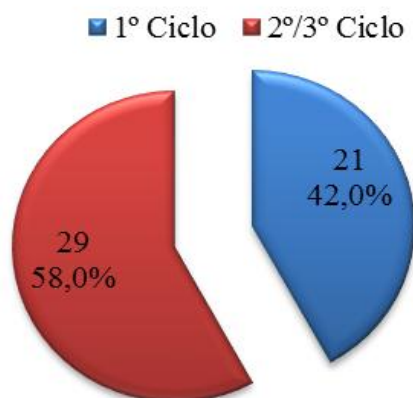


Gráfico 5 – Nível de ensino que trabalham os assistentes operacionais

Quanto ao nível de ensino em que trabalham os assistentes operacionais, o **gráfico 5** atesta que 42.0% trabalhava com o 1º Ciclo e 58.0% trabalhava com o 2º Ciclo/3º Ciclo.

Em relação à experiência dos assistentes operacionais em relacionarem-se com jovens com incapacidade intelectual, o **gráfico 6**, apresenta os seguintes resultados:



Gráfico 6 – Experiência dos assistentes operacionais com jovens com deficiência mental

Como é visível no **Gráfico 6**, 42.0% referiu essa mesma experiência, sendo nestes o tempo médio de experiência com jovens com incapacidade intelectual de 8.1 ± 5.8 anos, com um mínimo de 1 ano e o máximo de 20 anos.

Relativamente ao tempo de exercício da atividade profissional, em média os assistentes operacionais trabalhavam há 11.1 ± 9.4 anos, variando este tempo entre 1 e 40 anos.

4.6– Instrumentos e procedimentos

Inicialmente foi definida e operacionalizada a problemática em estudo na presente investigação. Prosseguiu-se com a revisão de estudos existentes na literatura científica que abordassem as temáticas que pretendíamos desenvolver ao longo do trabalho. Após este processo conceptual, deu-se início à fase metodológica, tornando-se necessário delimitar o percurso a seguir. De acordo com o problema definido fez-se sentir a necessidade de recolher os dados nos locais privilegiados para o acesso e contacto com a população que se pretendia estudar.

Após pesquisa bibliográfica, constatou-se a existência de poucos instrumentos que respondessem aos objetivos do estudo, nomeadamente um questionário destinado a aferir as crenças e atitudes dos assistentes operacionais em contexto escolar. O que se encontrou mais próximo do desejado foi a Escala de Atitudes – Sexuality and Mentally Retarded Attitudes Inventory (SMRAI), adaptada à população portuguesa por Félix (2001), a quem se solicitou autorização (anexo II) para a sua utilização.

Desta forma, os dados foram recolhidos através de um questionário para averiguar as crenças e atitudes dos professores (Anexo III) perante a sexualidade dos jovens com incapacidade intelectual e um outro para averiguar as crenças e atitudes dos assistentes operacionais perante a sexualidade dos jovens com incapacidade intelectual (Anexo IV). Utilizamos o questionário como instrumento de investigação por nos parecer mais adequado a este tipo de estudo.

Nos itens alusivos às escalas de Likert de Crenças, Atitudes Positivas e Atitudes Negativas, foram utilizados scores entre 1 e 5, em que um score inferior (1) implica que máxima discordância um score máximo (5) está associado ao nível máximo de concordância. Caso esses scores sejam inferiores a três implicam discordância, valores

superiores a três estão associados concordância e valores próximos dos três estão associados a concordância moderada.

Para a análise das hipóteses do estudo utilizou-se o teste de Mann-Whitney (comparação dos scores entre dois grupos), o teste à significância da correlação de Pearson (correlação entre variáveis quantitativas e o os scores) e o teste de independência do Qui-Quadrado (comparação de proporções entre grupos). Consideraram-se diferenças estatisticamente significativas nos casos em que $p < 0.05$. A análise estatística foi realizada com o software IBM SPSS versão 22.0 (IBM Corporation, New York, USA).

4.7– Apresentação e discussão de resultados

Como indicado anteriormente, os dados foram recolhidos a partir de um questionário ao qual responderam professores e assistentes operacionais.

Para uma leitura mais clara, optou-se por apresentar os dados obtidos relacionando-os com os objetivos traçados, ao mesmo tempo que se vão discutindo os resultados deste estudo com outros já efetuados. Os dados serão apresentados por tipologia de participantes. Por último, proceder-se-á a uma apresentação descritiva pormenorizada dos resultados globais.

Para responder ao *primeiro objetivo* “**Identificar as crenças dos profissionais da educação perante a sexualidade dos jovens com II**” e iniciando com a apresentação dos dados referentes aos professores pode ver-se no gráfico seguinte o score médio das crenças dos professores.

Crenças e atitudes dos profissionais da educação face à sexualidade dos alunos com incapacidade intelectual num agrupamento de escolas da Maia

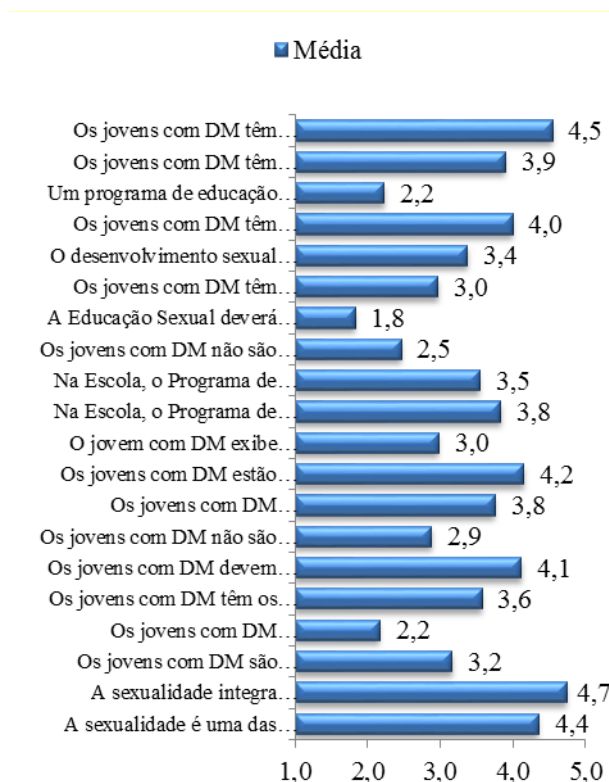


Gráfico 7 – Score médio das crenças dos professores

(1 - Discordo totalmente; 2 – Discordo; 3 - Indeciso/a; 4 – Concordo; 5 - Concordo totalmente)

Pela análise do **Gráfico 7**, verifica-se que foram obtidos níveis médios muito elevados de concordância nos itens “A sexualidade integra várias dimensões: Afetividade, Comunicação, Prazer e reprodução” (4.7 ± 0.6), “Os jovens com DM têm direito à sua própria orientação sexual” (4.5 ± 0.8), “A sexualidade é uma das áreas mais importantes da vida de todo o ser humano” (4.4 ± 0.8), “Os jovens com DM estão mais sujeitos à pressão social e à opinião dos outros, relativamente à sua sexualidade” (4.2 ± 0.9) e “Os jovens com DM têm poucas oportunidades de falarem sobre relacionadas sobre a sua sexualidade” (4.0 ± 0.8). Os itens “Os jovens com DM interessam-se menos que os seus pares sobre questões sexuais” (2.2 ± 0.9), “Um programa de educação sexual provocaria mais atividade sexual entre os jovens com DM” (2.2 ± 1.1) e “Os jovens com DM não são capazes de estabelecer uma relação afetiva estável” (2.5 ± 1.1) apresentavam níveis médios de discordância.

Crenças e atitudes dos profissionais da educação face à sexualidade dos alunos com incapacidade intelectual num agrupamento de escolas da Maia

No que se refere aos assistentes operacionais, obtivemos 50 respostas, cujos dados obtidos apresentamos no gráfico seguinte:

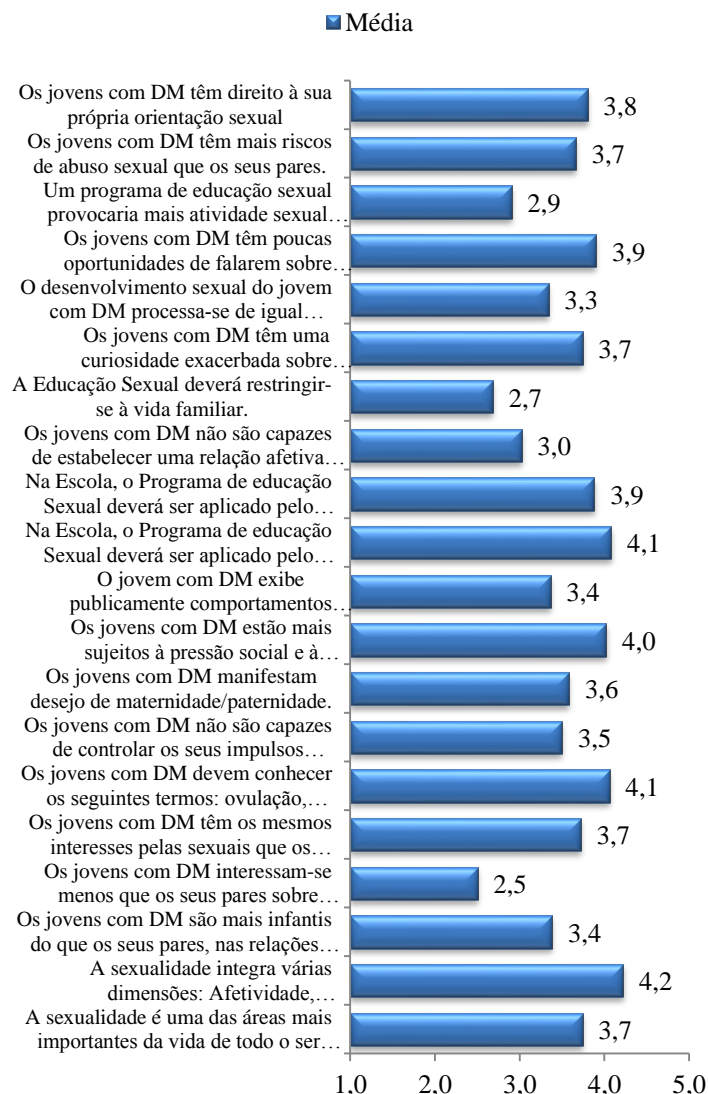


Gráfico 8 – Score médio das crenças dos assistentes operacionais

(1 - Discordo totalmente; 2 – Discordo; 3 - Indeciso/a; 4 – Concordo; 5 - Concordo totalmente)

No **Gráfico 8** é apresentado o score médio das crenças dos assistentes operacionais. Os níveis médios de concordância muito elevados foram obtidos nos itens “A sexualidade integra várias dimensões: Afetividade, Comunicação, Prazer e reprodução” (4.2 ± 1.0), “Na Escola, o Programa de educação Sexual deverá ser aplicado pelo psicólogo escolar e/ou médicos/enfermeiros” (4.1 ± 1.2), “Os jovens com

DM devem conhecer os seguintes termos: ovulação, menstruação, ejaculação, contraceção” (4.1 ± 1.0), “Os jovens com DM estão mais sujeitos à pressão social e à opinião dos outros, relativamente à sua sexualidade” (4.0 ± 0.9). Os itens “Os jovens com DM interessam-se menos que os seus pares sobre sexuais” (2.5 ± 1.0) e “A Educação Sexual deverá restringir-se à vida familiar (2.7 ± 1.2) apresentavam níveis médios de discordância.

Em síntese e no que se refere às crenças dos profissionais/professores, obteve-se uma concordância elevada como o facto de a sexualidade integrar várias dimensões: Afetividade, Comunicação, Prazer e reprodução, os jovens com II terem direito à sua própria orientação sexual, estão mais sujeitos à pressão social e à opinião dos outros relativamente à sua sexualidade, terem poucas oportunidades de falarem sobre relacionadas sobre a sua sexualidade e a sexualidade ser uma das áreas mais importantes da vida de todo o ser humano.

No seu estudo, intitulado “Educators’ Attitudes and Beliefs Towards the Sexuality of Individuals with Developmental Disabilities, Balan e Wilkenfeld (2011, P.354) partilham da mesma opinião, atestando que

“(…) sexuality is a normal and natural part of being human and a definitive need to achieving intimacy and fulfilment for individuals with developmental disabilities”.

Observou-se discordância sobre os jovens com II interessarem-se menos que os seus pares sobre questões sexuais, não serem capazes de estabelecer uma relação afetiva estável e que a existência de um programa de educação sexual provocaria mais atividade sexual entre os jovens com II (**Gráfico 7**). No mesmo estudo, Balan e Wilkenfeld (2011, p. 179) afirmam que

“(…) people with intellectual disability experience the same range of sexual needs and desires as other people...With appropriate education and good social support, people with intellectual disability are capable of safe, constructive sexual expression and healthy relationships”.

Quanto às crenças dos profissionais/assistentes operacionais, observou-se concordância elevada com o a sexualidade integrar várias dimensões: Afetividade, Comunicação, Prazer e reprodução, o Programa de Educação Sexual na escola deveria ser aplicado pelo psicólogo escolar e/ou médicos/enfermeiros e que os jovens com II

deveriam conhecer os seguintes termos: ovulação, menstruação, ejaculação, contraceção e que estão mais sujeitos à pressão social e à opinião dos outros, relativamente à sua sexualidade. Os assistentes operacionais discordaram com a restrição à vida familiar da educação sexual e que os jovens com II interessam-se menos que os seus pares sobre sexuais questões (**Gráfico 8**).

Como comprovado no acervo bibliográfico (Maia, 2010; Cardoso et al, 2011; Pereira, 2013), os autores assumem que os jovens com II apresentam a sexualidade e as suas potenciais expressões, como o desejo, o erotismo, as relações afetivas e sexuais, existem e revelam-se em todo o ser humano, tendo ele, ou não, alguma espécie de incapacidade intelectual. Para Sánchez (2008, p.168) “los jóvenes con discapacidad tienen las mismas preguntas e inquietudes que aquellos que no la tienen”.

Relativamente ao *segundo objetivo* “**Descrever as atitudes dos profissionais perante a sexualidade dos alunos com II**”, demonstra-se no **Gráfico 9** o score médio das atitudes positivas dos professores.

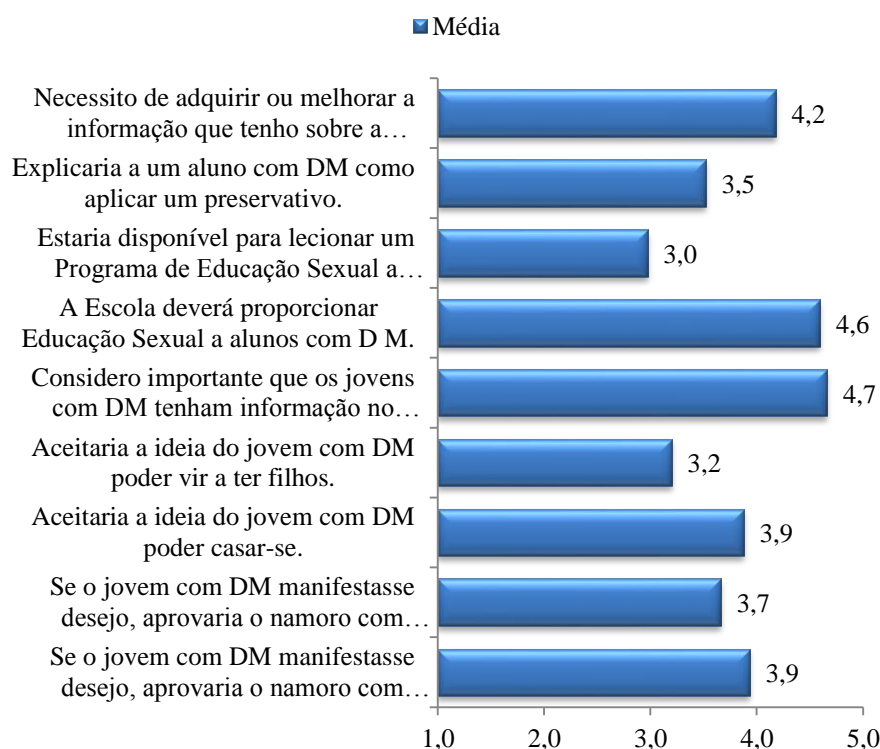


Gráfico 9 – Score médio das atitudes positivas dos professores

(1 - Discordo totalmente; 2 – Discordo; 3 - Indeciso/a; 4 – Concordo; 5 - Concordo totalmente)

Constata-se que, em geral, os docentes concordavam com todos os itens, no entanto os scores médios muito elevados de concordância foram relatados nos itens “Considero importante que os jovens com DM tenham informação no âmbito da Educação Sexual” (4.7 ± 0.7), “A Escola deverá proporcionar Educação Sexual a alunos com DM” (4.6 ± 0.7) e “Necessito de adquirir ou melhorar a informação que tenho sobre a sexualidade do jovem com DM” (4.2 ± 1.0). Níveis menos elevados de concordância foram obtidos nos itens “Estaria disponível para lecionar um Programa de Educação Sexual a alunos com DM” (3.0 ± 1.2) e “Aceitaria a ideia do jovem com DM poder vir a ter filhos” (3.2 ± 0.9).

Em resumo e no que diz respeito às atitudes positivas dos professores, estes, em geral, concordavam com todos os itens, mas os níveis mais elevados de concordância aludiam à importância de os jovens com II terem informação no âmbito da Educação Sexual, à Escola dever proporcionar Educação Sexual a alunos com II e à necessidade de aquisição ou melhoria da informação que têm sobre a sexualidade do jovem com II (**Gráfico 9**). Neste sentido, Freitas, (2013. P33) refere que

“(…) todos os profissionais ao longo da sua carreira vão tendo consciência das suas dificuldades, lacunas e desejos, originando assim os mais diversos e variados interesses. Estes interesses originam a procura de formação, de forma a poder satisfazer as suas necessidades....”.

A eficácia do processo de formação depende da adesão e empenho do formando, implicando um investimento pessoal, para uma construção da identidade profissional (Gonçalves, 2011; Simões, 2011).

Relativamente às atitudes negativas dos professores, no **gráfico 10** podem ser observados os seguintes resultados:

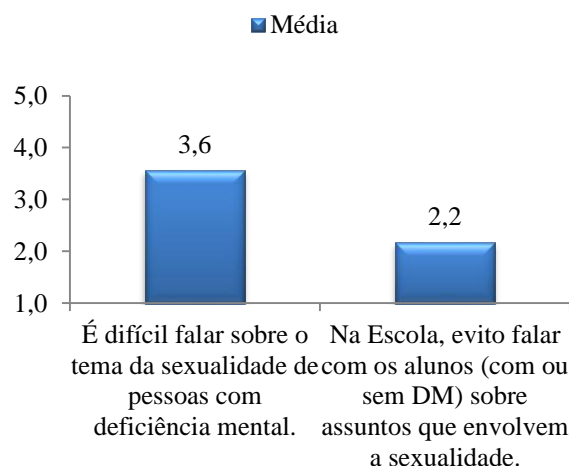


Gráfico 10 – Score médio das atitudes negativas dos professores

(1 - Discordo totalmente; 2 – Discordo; 3 - Indeciso/a; 4 – Concordo; 5 - Concordo totalmente)

No que respeita às atitudes negativas dos professores (**Gráfico 10**), observa-se a existência de concordância com o item “É difícil falar sobre o tema da sexualidade de pessoas com deficiência mental” (3.6 ± 1.1) e de discordância com o item “Na Escola, evito falar com os alunos (com ou sem DM) sobre assuntos que envolvem a sexualidade” (2.2 ± 1.1).

Relativamente às atitudes negativas dos professores os docentes concordaram moderadamente ser difícil falar sobre o tema da sexualidade de pessoas com incapacidade intelectual e discordaram que evitavam falar com os alunos (com ou sem II) sobre assuntos que envolvem a sexualidade (**Gráfico 10**). Esta posição é confirmada em vários estudos (Maia, 2001; Maia & Aranha, 2003; Silva, 2012), em que se verifica que os professores não sabem lidar com as manifestações sexuais dos alunos portadores de deficiência, tal como beijos, abraços ou masturbação em público. Katz e Lazcano-Ponce (2008 *cit in* Vargem, 2010) afirmam que, com uma educação sexual adequada ainda enquanto jovens, os indivíduos com II aprendem a adequar o seu comportamento de acordo com as expectativas sociais, e melhor ainda, alguns indivíduos podem demonstrar ser capazes de casar e de viverem uma vida sexualmente ativa.

Para a comparação das atitudes dos professores em relação à maioria dos colegas face às manifestações sexuais dos jovens com incapacidade intelectual, o **Gráfico 11** apresenta os resultados obtidos:

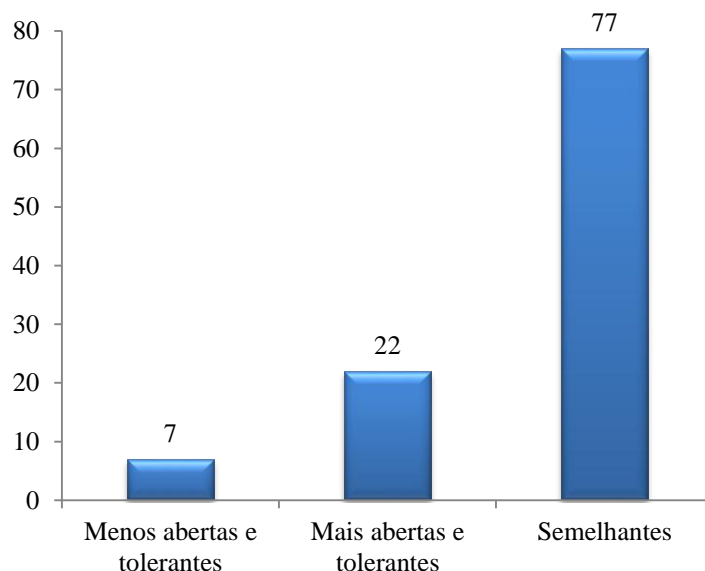


Gráfico11 – Comparação das atitudes dos professores em relação à maioria dos colegas face às manifestações sexuais dos jovens com DM

Observa-se (**Gráfico11**) que 6.6% (n=7) dos docentes responderam ser menos abertos e tolerantes que os colegas.

Relativamente à opinião dos professores sobre como agir se o jovem com DM é encontrado na Escola a masturbar-se em público o **Gráfico 12** apresenta os dados imediatos:

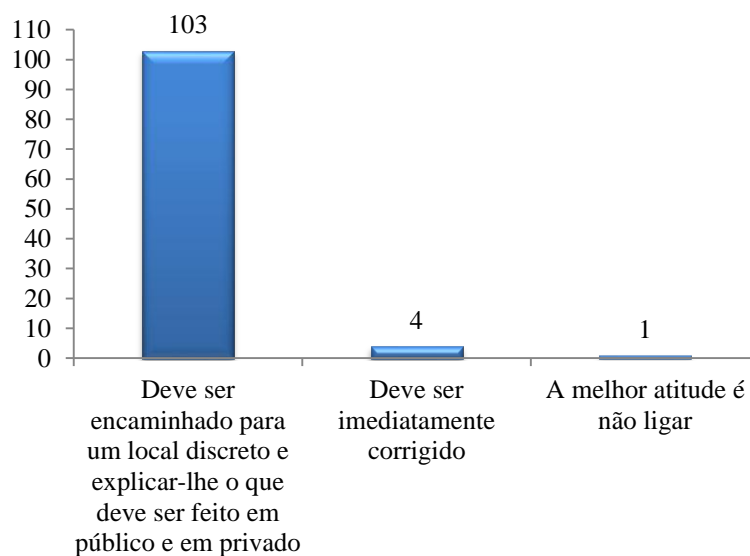


Gráfico 12 – Opinião dos professores sobre como agir se o jovem com DM é encontrado na Escola a masturbar-se em público

Em relação à opinião dos professores sobre como agir se o jovem com DM é encontrado na Escola a masturbar-se em público (**Gráfico 12**), 97.2% (n=103) responderam que deve ser encaminhado para um local discreto e explicar-lhe o que deve ser feito em público e em privado.

No presente estudo, a grande maioria dos docentes referiu ser tão ou mais aberto e tolerante que os colegas face às manifestações sexuais dos jovens com II, e a quase totalidade dos professores respondeu à questão “se o jovem com II é encontrado na Escola a masturbar-se em público”, este deve ser encaminhado para um local discreto e explicar-lhe o que deve ser feito em público e em privado.

Já no que diz respeito às atitudes positivas dos assistentes operacionais, apresentamos no **Gráfico 13** os resultados obtidos:

Crenças e atitudes dos profissionais da educação face à sexualidade dos alunos com incapacidade intelectual num agrupamento de escolas da Maia

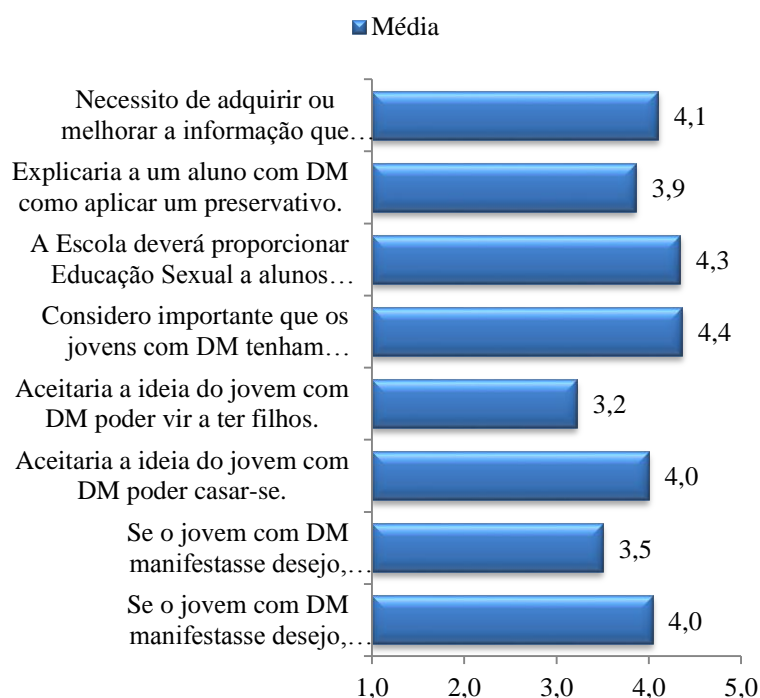


Gráfico 13 – Score médio das atitudes positivas dos assistentes operacionais

(1 - Discordo totalmente; 2 – Discordo; 3 - Indeciso/a; 4 – Concordo; 5 - Concordo totalmente)

Quanto ao score médio das atitudes positivas dos assistentes operacionais (**Gráfico 13**), em termos globais os assistentes operacionais concordavam com todos os itens, sendo os scores médios muito elevados de concordância foram relatados nos itens “Considero importante que os jovens com DM tenham informação no âmbito da Educação Sexual” (4.4 ± 0.8), “A Escola deverá proporcionar Educação Sexual a alunos com DM” (4.3 ± 0.8), “Necessito de adquirir ou melhorar a informação que tenho sobre a sexualidade do jovem com DM” (4.1 ± 1.0), “Se o jovem com DM manifestasse desejo, aprovaria o namoro com alguém do sexo oposto” (4.0 ± 0.8) e “Aceitaria a ideia do jovem com DM poder casar-se” (4.0 ± 0.8). Níveis menos elevados de concordância foi obtido no item “Aceitaria a ideia do jovem com DM poder vir a ter filhos” (3.2 ± 1.2).

Em relação às atitudes positivas dos assistentes operacionais, em termos globais também houve concordância com todos os itens, no entanto maior de concordância foi referida sobre a importância que os jovens com II terem informação no âmbito da Educação Sexual, que a Escola deve proporcionar Educação Sexual a alunos com II, a

necessidade de adquirir ou melhorar a informação sobre a sexualidade do jovem com II. Relativamente a este aspeto, Freitas (2013, P1) atesta que “a maioria dos auxiliares de ação educativa identificou a formação geral como a sua principal necessidade, seguindo-se a formação base e por fim a formação pedagógica”. Continuando a referir as atitudes positivas dos assistentes operacionais, estes mencionaram, ainda, a aprovação do namoro com alguém do sexo oposto se o jovem com II manifestar desejo e a aceitação da ideia do jovem com II poder casar-se. A maioria dos assistentes operacionais respondeu ser tão ou mais aberto e tolerante que os colegas face às manifestações sexuais dos jovens com II e que se o jovem com II for encontrado na Escola a masturbar-se em público deve ser encaminhado para um local discreto e explicar-lhe o que deve ser feito em público e em privado.

Relativamente às atitudes negativas dos assistentes operacionais, o **Gráfico 14** evidencia os resultados:

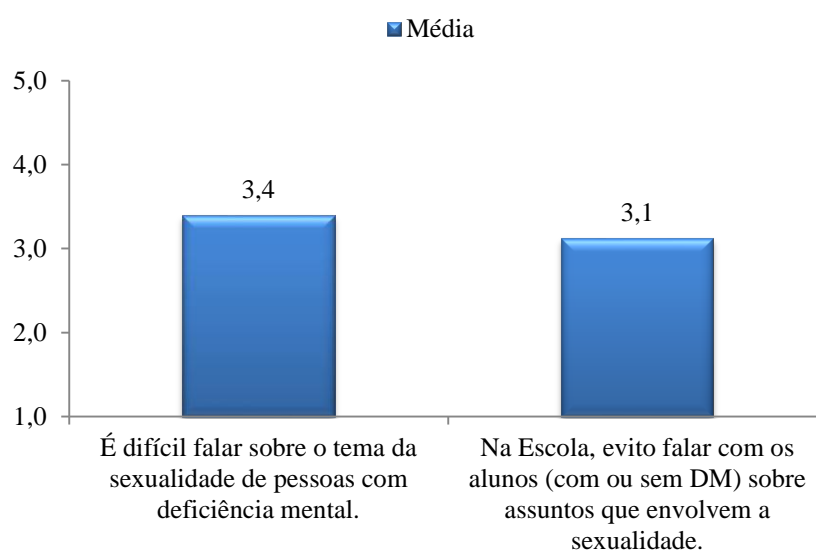


Gráfico 14 – Score médio das atitudes negativas dos assistentes operacionais

(1 - Discordo totalmente; 2 – Discordo; 3 - Indeciso/a; 4 – Concordo; 5 - Concordo totalmente)

No **Gráfico 14** observa-se a existência de concordância moderada, mas sendo mais elevada no item “É difícil falar sobre o tema da sexualidade de pessoas com deficiência mental” (3.4 ± 1.0) e mais baixa no item “Na Escola, evito falar com os alunos (com ou sem DM) sobre assuntos que envolvem a sexualidade” (3.1 ± 1.2).

No que respeita às atitudes negativas, os assistentes operacionais concordaram moderadamente ser difícil falar sobre o tema da sexualidade de pessoas com deficiência mental e que evitavam falar com os alunos (com ou sem II) sobre assuntos que envolvem a sexualidade.

Relativamente à comparação das atitudes dos assistentes operacionais em relação à maioria dos colegas face às manifestações sexuais dos jovens com DM, no **Gráfico 15** visualizam-se os resultados adquiridos:

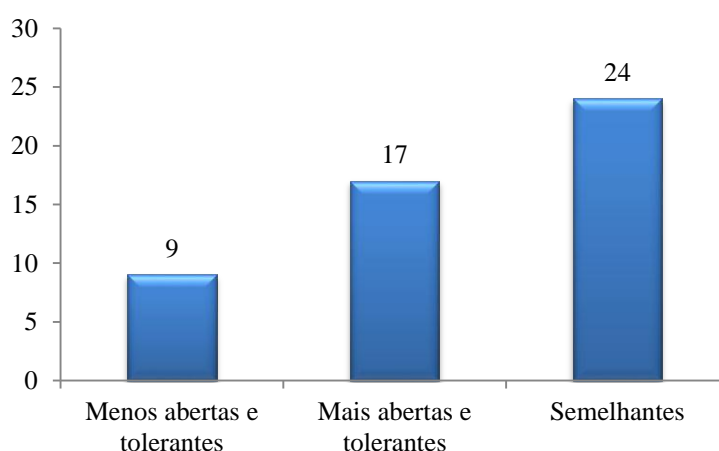


Gráfico 15 – Comparação das atitudes dos assistentes operacionais em relação à maioria dos colegas face às manifestações sexuais dos jovens com DM

Observa-se (**Gráfico 15**) que 18.0% (n=9) dos assistentes operacionais responderam ser menos abertos e tolerantes que os colegas.

Quanto à opinião dos assistentes operacionais sobre como agir se o jovem com DM é encontrado na Escola a masturbar-se em público, o **Gráfico 16** aponta os resultados:

Crenças e atitudes dos profissionais da educação face à sexualidade dos alunos com incapacidade intelectual num agrupamento de escolas da Maia

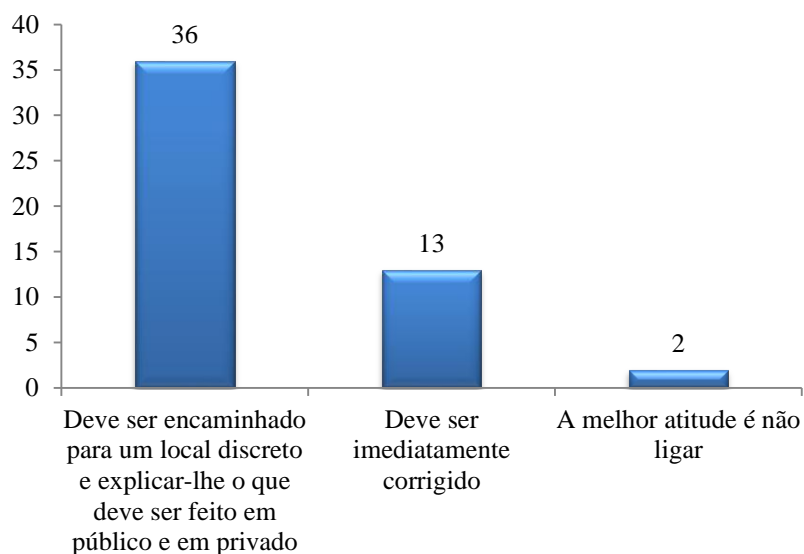


Gráfico 16 – Opinião dos assistentes operacionais sobre como agir se o jovem com DM é encontrado na Escola a masturbar-se em público

O **Gráfico 16** demonstra que 72.0% (n=36) responderam que deve ser encaminhado para um local discreto e explicar-lhe o que deve ser feito em público e em privado.

Os resultados obtidos indicam que os dois grupos inquiridos evidenciam condordância quanto à importância de os jovens com II terem informação no âmbito da Educação Sexual, à Escola dever proporcionar Educação Sexual a alunos com II e à necessidade de aquisição ou melhoria da informação que têm sobre a sexualidade do jovem com II. Apesar do défice intelectual influenciar a capacidade destes jovens de exteriorizarem e vivenciarem a sua sexualidade, a maior dificuldade é acentuada pela sociedade pela forma como lidam com as manifestações, influenciada pelos preconceitos e tabus sociais (Almeida, 2010; Amaral, 2004; Camossa & Maia, 2003; Glat, 1992; Maia, 2001; Ribeiro, 1995).

No mesmo sentido, Deboutte et al (2010), realizaram um estudo com um grupo de adolescentes portadores de deficiência intelectual e autismo do sexo masculino que veio reforçar mais uma vez que a maioria dos adolescentes apresenta interesse sexual, assim como exibem uma grande variedade de comportamentos sexuais (Silva, 2013). Realçam ainda a necessidade e importância de programas de educação sexual para que estes possam aprender a lidar com os problemas sexuais (Atkinson, Ward & Windson,

2012; Glat, 2004; Silva, 2012). Almeida (2010, *cit in* Silva, 2013) refere que estes jovens raramente têm oportunidade de partilhar as suas dúvidas e desejos no que diz respeito à sua vida sexual e afetiva, verificando-se a ausência de espaços e tempos privados, o que contribui para permanecerem com conhecimentos desajustados em relação à sexualidade. Defende-se que a educação sexual deverá ser implementada o mais precocemente possível, assegurada pelos pais numa fase inicial e posteriormente complementada pela escola e pelos profissionais de saúde, abrangendo todas as crianças e jovens apesar das suas limitações ou características (Félix, 2003; Almeida 2010; Silva, 2012). O tema sexualidade deve ser abordado e esclarecido desde a infância, prevenindo a conceptualização de mitos e atitudes erróneas transferidas de geração em geração (Silva, 2013). Balan e Wilkenfeld (2011, p. 356), perante os resultados obtidos num estudo, constataram que

“(...) all educators acknowledged approval of sexual intercourse and marriage for this population as long as capacity to consent was determined and sexual activities occurred in an appropriate place, at an appropriate time”.

No que diz respeito ao **“terceiro objetivo Compreender se a idade, o sexo, o nível de ensino em que lecionam, o tempo de serviço e a experiência com jovens com II influenciam as crenças e atitudes dos professores face à sexualidade dos jovens com II”** apresentamos os dados obtidos, demonstrando para cada hipótese a possível validação da mesma.

Relativamente à **H1. Os professores mais jovens e do sexo feminino têm atitudes mais positivas do que os professores mais velhos e do sexo masculino perante a sexualidade dos jovens com II**, apresentamos os dados obtidos.

Nas Tabelas 1, 2 e 3 podemos ver as correlações obtidas relativamente à variável **idade**:

Tabela 1 - Coeficiente de correlação de Pearson entre as atitudes positivas dos professores e a idade

		Idade
Se o jovem com DM manifestasse desejo, aprovaria o namoro com alguém do sexo oposto.	r	-0.130
	p	0.185
Se o jovem com DM manifestasse desejo, aprovaria o namoro com alguém do mesmo sexo.	r	0.021
	p	0.832
Aceitaria a ideia do jovem com DM poder casar-se.	r	-0.175
	p	0.072
Aceitaria a ideia do jovem com DM poder vir a ter filhos.	r	0.030
	p	0.761
Considero importante que os jovens com DM tenham informação no âmbito da Educação Sexual.	r	0.135
	p	0.168

Crenças e atitudes dos profissionais da educação face à sexualidade dos alunos com incapacidade intelectual num agrupamento de escolas da Maia

A Escola deverá proporcionar Educação Sexual a alunos com DM.	r	0.098
	p	0.317
Estaria disponível para lecionar um Programa de Educação Sexual a alunos com DM.	r	-0.038
	p	0.700
Explicaria a um aluno com DM como aplicar um preservativo.	r	-0.045
	p	0.645
Necessito de adquirir ou melhorar a informação que tenho sobre a sexualidade do jovem com DM.	r	0.067
	p	0.493

Tabela 2 - Coeficiente de correlação de Pearson entre as atitudes negativas dos professores e a idade

		Idade
É difícil falar sobre o tema da sexualidade de pessoas com deficiência mental.	r	0.074
	p	0.453
Na Escola, evito falar com os alunos (com ou sem DM) sobre assuntos que envolvem a sexualidade.	r	-0.039
	p	0.691

Tabela 3 - Idade segundo a opinião dos professores sobre as manifestações sexuais dos jovens com DM, comparadas com as da maioria dos seus colegas e a atitude se o jovem com DM é encontrado na Escola a masturbar-se em público

		Idade		p
		Média	DP	
Deve ser encaminhado para um local discreto e explicar-lhe o que deve ser feito em público e em privado	Não	39.7	9.0	0.633
	Sim	46.0	8.6	
As suas atitudes face às manifestações sexuais dos jovens com DM, comparadas com as da maioria dos seus colegas são:	Menos abertas e tolerantes	46.6	12.4	0.164
	Mais abertas e tolerantes ou semelhantes	45.8	8.4	

Não se observa qualquer associação estatisticamente significativa ($p > 0,05$) entre a idade dos professores e as atitudes positivas e negativas.

Nas Tabelas 4, 5 e 6 apresentam-se os resultados obtidos no que diz respeito à variável **sexo**:

Tabela 4 - Score médio das atitudes positivas dos professores segundo o sexo

	Sexo:				p
	Feminino		Masculino		
	Média	DP	Média	DP	
Se o jovem com DM manifestasse desejo, aprovaria o namoro com alguém do sexo oposto.	3.9	0.8	4.3	0.6	0.022*
Se o jovem com DM manifestasse desejo, aprovaria o namoro com alguém do mesmo sexo.	3.6	0.8	3.8	1.0	0.574
Aceitaria a ideia do jovem com DM poder casar-se.	3.9	0.8	4.0	1.0	0.366
Aceitaria a ideia do jovem com DM poder vir a ter filhos.	3.2	0.9	3.3	0.9	0.519
Considero importante que os jovens com DM tenham	4.6	0.7	4.9	0.3	0.040*

Crenças e atitudes dos profissionais da educação face à sexualidade dos alunos com incapacidade intelectual num agrupamento de escolas da Maia

informação no âmbito da Educação Sexual.					
A Escola deverá proporcionar Educação Sexual a alunos com DM.	4.5	0.7	4.9	0.5	0.019*
Estaria disponível para lecionar um Programa de Educação Sexual a alunos com DM.	2.9	1.2	3.1	1.0	0.767
Explicaria a um aluno com DM como aplicar um preservativo.	3.4	1.1	4.3	0.8	0.003*
Necessito de adquirir ou melhorar a informação que tenho sobre a sexualidade do jovem com DM.	4.1	1.0	4.4	0.7	0.520

* p < 0,05

Tabela 5 - Score médio das atitudes negativas dos professores segundo o sexo

	Sexo				p
	Feminino		Masculino		
	Média	DP	Média	DP	
É difícil falar sobre o tema da sexualidade de pessoas com deficiência mental.	3.5	1.1	3.7	1.3	0.552
Na Escola, evito falar com os alunos (com ou sem DM) sobre assuntos que envolvem a sexualidade.	2.2	1.1	2.2	1.2	0.958

Tabela 6 - Opinião dos professores sobre as manifestações sexuais dos jovens com DM, comparadas com as da maioria dos seus colegas e a atitude se o jovem com DM é encontrado na Escola a masturbar-se em público segundo o sexo

		Sexo				p
		Feminino		Masculino		
		N	%	N	%	
Deve ser encaminhado para um local discreto e explicar-lhe o que deve ser feito em público e em privado	Não	2	2.2%	1	6.3%	0.371
	Sim	88	97.8%	15	93.8%	
As suas atitudes face às manifestações sexuais dos jovens com DM, comparadas com as da maioria dos seus colegas são:	Menos abertas e tolerantes	5	5.6%	2	12.5%	0.303
	Mais abertas e tolerantes ou semelhantes	85	94.4%	14	87.5%	

Nas tabelas anteriores observa-se a existência de diferenças significativas ($p < 0,05$) entre os professores do sexo feminino e do sexo masculino no nível de concordância dos itens de atitudes positivas alusivos a “Se o jovem com DM manifestasse desejo, aprovaria o namoro com alguém do sexo oposto” (Feminino: 3.9 ± 0.8 ; Masculino: 4.3 ± 0.6), “Considero importante que os jovens com DM tenham informação no âmbito da Educação Sexual” (Feminino: 4.6 ± 0.7 ; Masculino: 4.9 ± 0.3), “A Escola deverá proporcionar Educação Sexual a alunos com DM” (Feminino: 4.5 ± 0.7 ; Masculino: 4.9 ± 0.5) e “Explicaria a um aluno com DM como aplicar um preservativo” (Feminino: 3.4 ± 1.1 ; Masculino: 4.3 ± 0.8). Em todos estes itens, os elementos do sexo masculino apresentam scores médios mais elevados denotando níveis médios de atitudes positivas superiores. Estes resultados **não permitiram validar a hipótese 1.**

Alguns estudos (Murray & Minnes, 1994; Olivier et al., 2002; Bryde & Cuskelly, 2004) referem que as atitudes dos Profissionais em relação à sexualidade das pessoas com II parecem estar relacionadas com fatores como: a idade, sendo encontradas atitudes mais conservadoras nas pessoas com mais idade. Coelho (2012), nas conclusões do seu estudo, afirma que os professores mais jovens têm atitudes mais positivas face à inclusão de alunos com necessidades educativas especiais na sala de aula. Outros autores (Cuskelly & Gilmore, 2007) atestam que tanto homens como mulheres apresentam atitudes praticamente semelhantes face à sexualidade na incapacidade intelectual.

H2. Os professores que lecionam o 1º ciclo têm atitudes menos positivas do que os professores que lecionam os ciclos seguintes perante a sexualidade dos jovens com II.

Nas Tabelas 7, 8 e 9 apresentam-se os resultados com vista à avaliação da hipótese H2.

Tabela 7 - Score médio das atitudes positivas dos professores segundo o ciclo de ensino

	1º Ciclo		Outros níveis		p
	Média	DP	Média	DP	
Se o jovem com DM manifestasse desejo, aprovaria o namoro com alguém do sexo oposto.	4.0	0.7	3.9	0.8	0.236
Se o jovem com DM manifestasse desejo, aprovaria o namoro com alguém do mesmo sexo.	3.6	0.8	3.7	0.9	0.967
Aceitaria a ideia do jovem com DM poder casar-se.	3.9	0.9	3.9	0.8	0.731
Aceitaria a ideia do jovem com DM poder vir a ter filhos.	3.2	0.9	3.2	0.9	0.748
Considero importante que os jovens com DM tenham informação no âmbito da Educação Sexual.	4.6	0.7	4.7	0.7	0.174
A Escola deverá proporcionar Educação Sexual a alunos com DM.	4.4	0.8	4.7	0.6	0.008*
Estaria disponível para lecionar um Programa de Educação Sexual a alunos com DM.	3.1	1.1	2.9	1.3	0.296
Explicaria a um aluno com DM como aplicar um preservativo.	3.6	1.1	3.5	1.1	0.341
Necessito de adquirir ou melhorar a informação que tenho sobre a sexualidade do jovem com DM.	4.0	1.0	4.3	0.9	0.136

* p < 0,05

Tabela 8 - Score médio das atitudes negativas dos professores segundo o ciclo de ensino

	1º Ciclo		Outros níveis		p
	Média	DP	Média	DP	

Crenças e atitudes dos profissionais da educação face à sexualidade dos alunos com incapacidade intelectual num agrupamento de escolas da Maia

É difícil falar sobre o tema da sexualidade de pessoas com deficiência mental.	3.7	1.0	3.5	1.2	0.611
Na Escola, evito falar com os alunos (com ou sem DM) sobre assuntos que envolvem a sexualidade.	2.0	1.0	2.3	1.2	0.210

Tabela 9 - Opinião dos professores sobre as manifestações sexuais dos jovens com DM, comparadas com as da maioria dos seus colegas e a atitude se o jovem com DM é encontrado na Escola a masturbar-se em público segundo o ciclo de ensino

		1º Ciclo		Outros níveis		p
		N	%	N	%	
Deve ser encaminhado para um local discreto e explicar-lhe o que deve ser feito em público e em privado	Não	2	4.7%	1	1.6%	0.350
	Sim	41	95.3%	62	98.4%	
As suas atitudes face às manifestações sexuais dos jovens com DM, comparadas com as da maioria dos seus colegas são:	Menos abertas e tolerantes	0	0.0%	7	11.1%	0.054
	Mais abertas e tolerantes ou semelhantes	43	100.0%	56	88.9%	

Pela observação das tabelas anteriores, constata-se a existência de diferenças significativas ($p < 0,05$) entre os professores do 1º Ciclo e os demais no nível de concordância do item de atitudes positivas “A Escola deverá proporcionar Educação Sexual a alunos com DM” (1º Ciclo: 4.4 ± 0.8 ; Outros níveis: 4.8 ± 0.6). Os professores que lecionam ao 2º Ciclo, 3º Ciclo e Secundário apresentam scores médios mais elevados denotando níveis médios de atitudes positivas superiores. **Estes resultados permitiram validar a hipótese H2.**

Pela pesquisa bibliográfica, não foi possível confirmar a validação da **hipótese H2**. Contudo, inferimos, que talvez pelo facto dos professores do 1º ciclo não interagirem diariamente com os jovens com II, cuja faixa etária intensifica as manifestações sexuais. Na fase da puberdade, descoberta da sexualidade atinge o seu auge. O desejo sexual torna-se algo mais específico e vários estímulos adquirem valor sexual (<http://www.apf.pt/sexualidade/etapas-do-desenvolvimento-sexual>. Observado em 2015)

H3. Os professores com mais tempo de serviço têm atitudes mais positivas do que os professores com menos tempo de serviço perante a sexualidade dos jovens com II.

Nas Tabelas 10, 11 e 12 visualizam-se os resultados com vista à validação da hipótese H3:

Tabela 10 - Coeficiente de correlação de Pearson entre as atitudes positivas dos professores e o tempo de exercício da atividade

		Tempo de exercício da atividade
Se o jovem com DM manifestasse desejo, aprovaria o namoro com alguém do sexo oposto.	r	-0.122
	p	0.212
Se o jovem com DM manifestasse desejo, aprovaria o namoro com alguém do mesmo sexo.	r	0.026
	p	0.793
Aceitaria a ideia do jovem com DM poder casar-se.	r	-0.141
	p	0.150
Aceitaria a ideia do jovem com DM poder vir a ter filhos.	r	-0.016
	p	0.868
Considero importante que os jovens com DM tenham informação no âmbito da Educação Sexual.	r	0.116
	p	0.238
A Escola deverá proporcionar Educação Sexual a alunos com DM.	r	0.079
	p	0.420
Estaria disponível para lecionar um Programa de Educação Sexual a alunos com DM.	r	-0.079
	p	0.419
Explicaria a um aluno com DM como aplicar um preservativo.	r	-0.048
	p	0.627
Necessito de adquirir ou melhorar a informação que tenho sobre a sexualidade do jovem com DM.	r	0.068
	p	0.487

Tabela 11 - Coeficiente de correlação de Pearson entre as atitudes negativas dos professores e o tempo de exercício da atividade

		Tempo de exercício da atividade
É difícil falar sobre o tema da sexualidade de pessoas com deficiência mental.	r	0.064
	p	0.512
Na Escola, evito falar com os alunos (com ou sem DM) sobre assuntos que envolvem a sexualidade.	r	-0.082
	p	0.403

Tabela 12 - Tempo de exercício da atividade segundo a opinião dos professores sobre as manifestações sexuais dos jovens com DM, comparadas com as da maioria dos seus colegas e a atitude se o jovem com DM é encontrado na Escola a masturbar-se em público

	Tempo de exercício da atividade		P
	Média	DP	

Crenças e atitudes dos profissionais da educação face à sexualidade dos alunos com incapacidade intelectual num agrupamento de escolas da Maia

Deve ser encaminhado para um local discreto e explicar-lhe o que deve ser feito em público e em privado	Não	15.7	13.3	0.975
	Sim	22.0	8.7	
As suas atitudes face às manifestações sexuais dos jovens com DM, comparadas com as da maioria dos seus colegas são:	Menos abertas e tolerantes	20.9	10.9	0.243
	Mais abertas e tolerantes ou semelhantes	21.9	8.7	

Não se observa qualquer associação estatisticamente significativa ($p > 0,05$) entre o tempo de serviço dos professores e as atitudes positivas e negativas. **Estes resultados não permitiram validar a hipótese H3.** Opinião não corroborada por Siegel et al (1991) que, com base num estudo realizado, concluíram que, a idade dos docentes contribuía consideravelmente para uma opinião mais positiva sobre a sua preparação para a intervenção com crianças com necessidades educativas especiais. Também os resultados obtidos por Garcia e Alonso (1985), contrariam o nosso, afirmando que quanto mais novos fossem os docentes, mais positivas eram as opiniões sobre a sua preparação para a intervenção com crianças com II (Oliveira, 2012).

H4. Os professores com experiência em lecionar a alunos com II têm atitudes mais positivas do que os professores sem experiência perante a sexualidade dos jovens com II.

As tabelas 13, 14 e 15 apresentam os resultados de forma a avaliar esta hipótese:

Tabela 13 - Score médio das atitudes positivas dos professores segundo a experiência em lecionar jovens com DM

	Experiência em lecionar jovens com DM				p
	Não		Sim		
	Média	DP	Média	DP	
Se o jovem com DM manifestasse desejo, aprovaria o namoro com alguém do sexo oposto.	4.0	0.7	3.9	0.8	0.770
Se o jovem com DM manifestasse desejo, aprovaria o namoro com alguém do mesmo sexo.	3.8	0.8	3.6	0.9	0.411
Aceitaria a ideia do jovem com DM poder casar-se.	4.0	0.9	3.8	0.8	0.375
Aceitaria a ideia do jovem com DM poder vir a ter filhos.	3.1	0.9	3.2	0.8	0.611
Considero importante que os jovens com DM tenham informação no âmbito da Educação Sexual.	4.7	0.5	4.6	0.8	0.904
A Escola deverá proporcionar Educação Sexual a alunos com DM.	4.7	0.5	4.6	0.8	0.894
Estaria disponível para lecionar um Programa de Educação Sexual a alunos com DM.	2.8	1.2	3.1	1.2	0.244
Explicaria a um aluno com DM como aplicar um preservativo.	3.5	1.2	3.5	1.1	0.810
Necessito de adquirir ou melhorar a informação que tenho sobre a sexualidade do jovem com DM.	4.3	0.9	4.1	1.0	0.180

Tabela 14 - Score médio das atitudes negativas dos professores segundo a experiência em lecionar jovens com DM

	Experiência em lecionar jovens com DM				p
	Não		Sim		
	Média	DP	Média	DP	
É difícil falar sobre o tema da sexualidade de pessoas com deficiência mental.	3.6	1.1	3.5	1.1	0.792
Na Escola, evito falar com os alunos (com ou sem DM) sobre assuntos que envolvem a sexualidade.	2.0	1.0	2.3	1.2	0.174

Tabela 15 - Opinião dos professores sobre as manifestações sexuais dos jovens com DM, comparadas com as da maioria dos seus colegas e a atitude se o jovem com DM é encontrado na Escola a masturbar-se em público segundo a experiência em lecionar jovens com DM

		Experiência em lecionar jovens com DM				P
		Não		Sim		
		N	%	N	%	
Deve ser encaminhado para um local discreto e explicar-lhe o que deve ser feito em público e em privado	Não	2	4.9%	1	1.5%	0.313
	Sim	39	95.1%	64	98.5%	
As suas atitudes face às manifestações sexuais dos jovens com DM, comparadas com as da maioria dos seus colegas são:	Menos abertas e tolerantes	4	9.8%	3	4.6%	0.299
	Mais abertas e tolerantes ou semelhantes	37	90.2%	62	95.4%	

Relativamente à avaliação da hipótese H4 não se observam diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$) entre os docentes com e sem experiência em lecionar jovens com DM em termos de atitudes positivas e negativas. **Estes resultados não permitiram validar a hipótese H4.**

Opinião não corroborada por Siegel et al (1994) que, com base num estudo realizado, concluíram que, a idade dos docentes contribuía consideravelmente para uma opinião mais positiva sobre a sua preparação para a intervenção com crianças com NEE. Também os resultados obtidos por Garcia (1985), contrariam o nosso, afirmando que quanto mais novos fossem os docentes, mais positivas eram as opiniões sobre a sua preparação para a intervenção com crianças com II (Oliveira, 2012).

No que concerne ao *quarto objetivo*, **Compreender se a idade, o sexo, o nível de ensino em que exercem a sua atividade profissional, o tempo de serviço e a experiência com jovens com II influenciam as crenças e atitudes dos assistentes**

operacionais face à sexualidade dos jovens com II, desenharam-se as seguintes hipóteses de investigação

H5. Os assistentes operacionais mais jovens, do sexo feminino e com mais tempo de serviço, têm atitudes mais positivas do que os assistentes operacionais mais velhos, do sexo masculino e com menos tempo de serviço, perante a sexualidade dos jovens com II;

Nas Tabelas 16, 17 e 18 são apresentados os resultados obtidos na variável **idade**.

Tabela 16 - Coeficiente de correlação de Pearson entre as atitudes positivas dos assistentes operacionais e a idade

		Idade
Se o jovem com DM manifestasse desejo, aprovaria o namoro com alguém do sexo oposto.	r	0.104
	p	0.474
Se o jovem com DM manifestasse desejo, aprovaria o namoro com alguém do mesmo sexo.	r	-0.064
	p	0.658
Aceitaria a ideia do jovem com DM poder casar-se.	r	-0.099
	p	0.494
Aceitaria a ideia do jovem com DM poder vir a ter filhos.	r	-0.016
	p	0.914
Considero importante que os jovens com DM tenham informação no âmbito da Educação Sexual.	r	-0.108
	p	0.455
A Escola deverá proporcionar Educação Sexual a alunos com DM.	r	-0.057
	p	0.696
Explicaria a um aluno com DM como aplicar um preservativo.	r	0.143
	p	0.321
Necessito de adquirir ou melhorar a informação que - tenho sobre a sexualidade do jovem com DM.	r	-0.197
	p	0.170

Tabela 17 - Coeficiente de correlação de Pearson entre as atitudes negativas dos assistentes operacionais e a idade

		Idade
É difícil falar sobre o tema da sexualidade de pessoas com deficiência mental.	r	0.249
	p	0.081
Na Escola, evito falar com os alunos (com ou sem DM) sobre assuntos que envolvem a sexualidade.	r	-0.048
	p	0.739

Tabela 18 - Idade segundo a opinião dos assistentes operacionais sobre as manifestações sexuais dos jovens com DM, comparadas com as da maioria dos seus colegas e a atitude se o jovem com DM é encontrado na Escola a masturbar-se em público

	Idade	p
--	-------	---

Crenças e atitudes dos profissionais da educação face à sexualidade dos alunos com incapacidade intelectual num agrupamento de escolas da Maia

		Média	DP	
Deve ser encaminhado para um local discreto e explicar-lhe o que deve ser feito em público e em privado	Não	47.1	6.8	0.463
	Sim	46.9	7.7	
As suas atitudes face às manifestações sexuais dos jovens com DM, comparadas com as da maioria dos seus colegas são:	Menos abertas e tolerantes	48.9	6.9	0.803
	Mais abertas e tolerantes ou semelhantes	46.5	7.5	

Não se observa qualquer associação estatisticamente significativa ($p > 0,05$) entre a idade dos assistentes operacionais e as atitudes positivas e negativas perante as manifestações sexuais dos jovens com II.

Nas Tabelas 19, 20 e 21 apresentam-se os resultados obtidos na variável **sexo**:

Tabela 19 - Score médio das atitudes positivas dos assistentes operacionais segundo o sexo

	Sexo				p
	Feminino		Masculino		
	Média	DP	Média	DP	
Se o jovem com DM manifestasse desejo, aprovaria o namoro com alguém do sexo oposto.	4.0	0.8	4.5	0.6	0.243
Se o jovem com DM manifestasse desejo, aprovaria o namoro com alguém do mesmo sexo.	3.5	1.1	3.0	1.4	0.481
Aceitaria a ideia do jovem com DM poder casar-se.	3.9	0.7	4.8	0.5	0.039*
Aceitaria a ideia do jovem com DM poder vir a ter filhos.	3.1	1.1	4.5	1.0	0.029*
Considero importante que os jovens com DM tenham informação no âmbito da Educação Sexual.	4.3	0.8	4.8	0.5	0.309
A Escola deverá proporcionar Educação Sexual a alunos com DM.	4.3	0.8	4.3	1.0	0.797
Explicaria a um aluno com DM como aplicar um preservativo.	3.8	0.9	4.5	0.6	0.121
Necessito de adquirir ou melhorar a informação que tenho sobre a sexualidade do jovem com DM.	4.1	1.0	4.3	0.5	0.970

* $p < 0,05$

Tabela 20 - Score médio das atitudes negativas dos assistentes operacionais segundo o sexo

	Sexo				p
	Feminino		Masculino		
	Média	DP	Média	DP	
É difícil falar sobre o tema da sexualidade de pessoas com deficiência mental.	3.4	1.0	3.0	0.0	0.230
Na Escola, evito falar com os alunos (com ou sem DM) sobre assuntos que envolvem a sexualidade.	3.1	1.2	3.8	1.0	0.326

Tabela 21 - Opinião dos assistentes operacionais sobre as manifestações sexuais dos jovens com DM, comparadas com as da maioria dos seus colegas e a atitude se o jovem com DM é encontrado na Escola a masturbar-se em público segundo o sexo

		Sexo				p
		Feminino		Masculino		
		N	%	N	%	
Deve ser encaminhado para um local discreto e explicar-lhe o que deve ser feito em público e em privado	Não	12	26.1%	2	50.0%	0.307
	Sim	34	73.9%	2	50.0%	
As suas atitudes face às manifestações sexuais dos jovens com DM, comparadas com as da maioria dos seus colegas são:	Menos abertas e tolerantes	8	17.4%	1	25.0%	0.704
	Mais abertas e tolerantes ou semelhantes	38	82.6%	3	75.0%	

Observa-se a existência de diferenças significativas ($p < 0,05$) entre os assistentes operacionais do sexo feminino e do sexo masculino no nível de concordância dos itens de atitudes positivas “Aceitaria a ideia do jovem com DM poder casar-se” (Feminino: 3.9 ± 0.7 ; Masculino: 4.8 ± 0.5) e “Aceitaria a ideia do jovem com DM poder vir a ter filhos” (Feminino: 3.1 ± 1.1 ; Masculino: 4.5 ± 1.0). Em ambos os itens os elementos do sexo masculino apresentam scores médios mais elevados denotando níveis médios de atitudes positivas superiores.

Nas tabelas seguintes e no que diz respeito ao **tempo de serviço**, podemos verificar os resultados obtidos:

Tabela 22 - Coeficiente de correlação de Pearson entre as atitudes positivas dos assistentes operacionais e o tempo de exercício da atividade

		Tempo de exercício da atividade
Se o jovem com DM manifestasse desejo, aprovaria o namoro com alguém do sexo oposto.	r	0.102
	p	0.483
Se o jovem com DM manifestasse desejo, aprovaria o namoro com alguém do mesmo sexo.	r	0.141
	p	0.329
Aceitaria a ideia do jovem com DM poder casar-se.	r	-0.216
	p	0.133
Aceitaria a ideia do jovem com DM poder vir a ter filhos.	r	0.126
	p	0.385
Considero importante que os jovens com DM tenham informação no âmbito da Educação Sexual.	r	-0.297
	p	0.036
A Escola deverá proporcionar Educação Sexual a alunos com DM.	r	-0.208
	p	0.148
Explicaria a um aluno com DM como aplicar um preservativo.	r	-0.114
	p	0.429
Necessito de adquirir ou melhorar a informação que tenho sobre a sexualidade do jovem com DM.	r	-0.242
	p	0.090

Tabela 23 - Coeficiente de correlação de Pearson entre as atitudes negativas dos assistentes operacionais e o tempo de exercício da atividade

		Tempo de exercício da atividade
É difícil falar sobre o tema da sexualidade de pessoas com deficiência mental.	r	0.056
	p	0.702
Na Escola, evito falar com os alunos (com ou sem DM) sobre assuntos que envolvem a sexualidade.	r	-0.021
	p	0.886

Tabela 24 - Tempo de exercício da atividade segundo a opinião dos assistentes operacionais sobre as manifestações sexuais dos jovens com DM, comparadas com as da maioria dos seus colegas e a atitude se o jovem com DM é encontrado na Escola a masturbar-se em público

		Tempo de exercício da atividade		P
		Média	DP	
Deve ser encaminhado para um local discreto e explicar-lhe o que deve ser feito em público e em privado	Não	12.6	11.5	0.820
	Sim	10.4	8.5	
As suas atitudes face às manifestações sexuais dos jovens com DM, comparadas com as da maioria dos seus colegas são:	Menos abertas e tolerantes	13.0	12.5	0.537
	Mais abertas e tolerantes ou semelhantes	10.6	8.7	

No que respeita ao tempo de serviço dos assistentes operacionais influenciar as atitudes perante a sexualidade dos jovens com II (H9), não se observa qualquer associação com significância estatística ($p > 0,05$) entre o tempo de serviço dos assistentes operacionais e as atitudes positivas e negativas. **Estes resultados não permitiram validar a hipótese H5.**

Carreira (2007) certifica os resultados obtidos neste estudo, afirmando que a idade dos A. O. não alteram em nada o seu trabalho, nem a sua opinião sobre a sua preparação para a intervenção com crianças com NEE. Contudo, Freitas (2010) no seu estudo conclui que o tempo de serviço de cada A. O. influencia a opinião dos mesmos face à inclusão de crianças com NEE, quanto menos tempo tiver mais favorável será a mudança para a inclusão, os A. O., com mais tempo de serviço tendem a serem sedentários e pouco recetivos à mudança. Contrariamente aos nossos resultados, Freitas (2015) afirma que o tempo de serviço de cada profissional, é fundamental pois é com a prática e com a ação que se consegue consolidar conhecimentos. Também Carreira (2007) defende que a antiguidade no trabalho influencia o desempenho dos

profissionais, pois quanto mais tempo ao serviço, maior a experiência e o à-vontade perante várias situações.

H6. Os assistentes operacionais que trabalham no 1º ciclo têm atitudes menos positivas do que os assistentes operacionais que trabalham nos ciclos seguintes perante a sexualidade dos jovens com II.

Nas Tabelas 25, 26 e 27 apresentam-se os resultados com vista à validação da hipótese H6:

Tabela 25 - Score médio das atitudes positivas dos assistentes operacionais segundo o nível de ensino

	Nível de Ensino que trabalha				p
	1º Ciclo		2º/3º Ciclo		
	Média	DP	Média	DP	
Se o jovem com DM manifestasse desejo, aprovaria o namoro com alguém do sexo oposto.	3.8	0.9	4.2	0.7	0.061
Se o jovem com DM manifestasse desejo, aprovaria o namoro com alguém do mesmo sexo.	3.0	1.0	3.9	1.1	0.006*
Aceitaria a ideia do jovem com DM poder casar-se.	3.9	0.7	4.1	0.8	0.255
Aceitaria a ideia do jovem com DM poder vir a ter filhos.	3.1	1.1	3.3	1.2	0.616
Considero importante que os jovens com DM tenham informação no âmbito da Educação Sexual.	4.4	0.7	4.3	0.9	0.718
A Escola deverá proporcionar Educação Sexual a alunos com D M.	4.3	0.7	4.3	0.9	0.639
Estaria disponível para lecionar um Programa de Educação Sexual a alunos com DM.	3.0	1.0	3.3	1.0	0.334
Explicaria a um aluno com DM como aplicar um preservativo.	3.9	0.7	3.9	1.1	0.950
Necessito de adquirir ou melhorar a informação que tenho sobre a sexualidade do jovem com D M.	4.0	0.8	4.2	1.1	0.245

* p < 0,05

Tabela 26 - Score médio das atitudes negativas dos assistentes operacionais segundo a experiência em interagir com jovens com DM

	Nível de Ensino que trabalha				p
	1º Ciclo		2º/3º Ciclo		
	Média	DP	Média	DP	
É difícil falar sobre o tema da sexualidade de pessoas com deficiência mental.	3.3	0.717	3.5	1.2	0.248
Na Escola, evito falar com os alunos (com ou sem DM) sobre assuntos que envolvem a sexualidade.	3.2	0.889	3.0	1.4	0.603

Tabela 27 - Opinião dos assistentes operacionais sobre as manifestações sexuais dos jovens com DM, comparadas com as da maioria dos seus colegas e a atitude se o jovem com DM é encontrado na Escola a masturbar-se em público segundo o nível de ensino

	Nível de Ensino que trabalha				p
	1º Ciclo		2º/3º Ciclo		
	Média	DP	Média	DP	

		1º Ciclo		2º/3º Ciclo		
		N	%	N	%	
Deve ser encaminhado para um local discreto e explicar-lhe o que deve ser feito em público e em privado	Não	4	19.0%	10	34.5%	0.230
	Sim	17	81.0%	19	65.5%	
As suas atitudes face às manifestações sexuais dos jovens com DM, comparadas com as da maioria dos seus colegas são:	Menos abertas e tolerantes	4	19.0%	5	17.2%	0.870
	Mais abertas e tolerantes ou semelhantes	17	81.0%	24	82.8%	

Nas tabelas acima descritas, observa-se a existência de diferenças significativas ($p < 0,05$) entre os assistentes operacionais com e sem experiência de trabalho com crianças com DM no nível de concordância do item de atitudes positivas “Se o jovem com DM manifestasse desejo, aprovaria o namoro com alguém do mesmo sexo” (Com experiência: 3.0 ± 1.0 ; 2º/3º Ciclo: 3.9 ± 1.1). Os assistentes operacionais que trabalham no 2º/3º Ciclo apresentam scores médios mais elevados denotando níveis médios de atitudes positivas superiores. **Estes resultados permitiram validar a hipótese H6.** Infere-se que os AO que exercem a atividade profissional 2º/3º Ciclo deparam-se frequentemente com manifestações sexuais dos jovens sem II (<http://www.apf.pt/sexualidade/etapas-do-desenvolvimento-sexual>), estando assim, melhor preparados quando confrontados com as manifestações sexuais dos jovens com II, do que os seus pares que exercem a atividade profissional no 1º ciclo.

H7. Os assistentes operacionais com experiência em trabalhar com alunos com II têm atitudes mais positivas do que os assistentes operacionais sem experiência perante a sexualidade dos jovens com II.

Para a validação da hipótese, consideraram-se as tabelas 28, 29 e 30, como a seguir se descrevem.

Tabela 28 - Score médio das atitudes positivas dos assistentes operacionais segundo a experiência em interagir com jovens com DM

	Tem experiência em interagir com jovens com DM				p
	Não		Sim		
	Média	DP	Média	DP	
Se o jovem com DM manifestasse desejo, aprovaria o namoro com alguém do sexo oposto.	3.9	0.8	4.2	0.8	0.111
Se o jovem com DM manifestasse desejo, aprovaria o namoro com alguém do mesmo sexo.	3.6	1.1	3.4	1.3	0.775
Aceitaria a ideia do jovem com DM poder casar-se.	3.9	0.8	4.1	0.7	0.448
Aceitaria a ideia do jovem com DM poder vir a ter	3.2	1.2	3.3	1.1	0.790

Crenças e atitudes dos profissionais da educação face à sexualidade dos alunos com incapacidade intelectual num agrupamento de escolas da Maia

filhos.					
Considero importante que os jovens com DM tenham informação no âmbito da Educação Sexual.	4.2	0.9	4.5	0.7	0.196
A Escola deverá proporcionar Educação Sexual a alunos com DM.	4.2	0.9	4.6	0.7	0.065
Explicaria a um aluno com DM como aplicar um preservativo.	3.7	1.0	4.0	0.8	0.274
Necessito de adquirir ou melhorar a informação que tenho sobre a sexualidade do jovem com DM.	4.2	0.9	4.0	1.0	0.630

Tabela 29 - Score médio das atitudes negativas dos assistentes operacionais segundo a experiência em interagir com jovens com DM

	Tem experiência em interagir com jovens com DM				p
	Não		Sim		
	Média	DP	Média	DP	
É difícil falar sobre o tema da sexualidade de pessoas com deficiência mental.	3.3	0.8	3.5	1.2	0.381
Na Escola, evito falar com os alunos (com ou sem DM) sobre assuntos que envolvem a sexualidade.	3.1	1.0	3.1	1.4	0.854

Tabela 30 - Opinião dos assistentes operacionais sobre as manifestações sexuais dos jovens com DM, comparadas com as da maioria dos seus colegas e a atitude se o jovem com DM é encontrado na Escola a masturbar-se em público segundo a experiência em interagir com jovens com DM

		Tem experiência em interagir com jovens com DM				p
		Não		Sim		
		N	%	N	%	
Deve ser encaminhado para um local discreto e explicar-lhe o que deve ser feito em público e em privado	Não	8	27.6%	6	28.6%	0.939
	Sim	21	72.4%	15	71.4%	
As suas atitudes face às manifestações sexuais dos jovens com DM, comparadas com as da maioria dos seus colegas são:	Menos abertas e tolerantes	8	27.6%	1	4.8%	0.038*
	Mais abertas e tolerantes ou semelhantes	21	72.4%	20	95.2%	

* $p < 0,05$

Quanto à avaliação da hipótese H7, observaram-se diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre os assistentes operacionais com e sem experiência em interagir com jovens com II em termos de atitudes face às manifestações sexuais dos jovens com II, comparadas com as da maioria dos seus colegas. Os assistentes operacionais com experiência prévia de trabalho com crianças com II (95.2%) referiram em maior proporção que estavam tão ou mais abertas e tolerantes do que os colegas do que aqueles que nunca tiveram experiência prévia de trabalho com crianças com II (72.4%). **Estes resultados permitiram validar a hipótese H7.**

Carreira (2007) corrobora com os nossos resultados, concluindo no seu estudo que quanto mais conhecimentos os A.O. tiverem, melhor desempenharão as funções. Também Freitas (2015), conclui que quanto mais formação os A.O. possuírem, mais positivo será o seu conhecimento e desempenho nas suas práticas com crianças e jovens com NEE.

No que diz respeito ao *quinto objetivo*, **“Reconhecer as necessidades de formação dos professores e assistentes operacionais perante esta problemática”**, foi possível confirmar que os docentes e os assistentes operacionais apresentam níveis muito elevados de concordância com a necessidade de aquisição ou melhoria da informação que têm sobre a sexualidade do jovem com II. No presente estudo todos os intervenientes atribuem à escola uma importância fulcral na transmissão de conhecimentos nas diferentes dimensões da sexualidade aos jovens com II. Este facto foi confirmado por Gabriel (2013), em que se constata, no seu estudo, que todos os profissionais afirmaram ter necessidades de formação.

Braeken e Massey (1990), *cit. in*. Vilelas (2009. P.49), reconhecem que

“(…) os professores terão de ter requisitos a nível pessoal e pedagógico e conhecimentos que serão necessários mobilizar para o desenvolvimento sexual dos adolescentes”.

Em relação à necessidade de formação por parte dos A.O., Mirão (2012. P.14) refere que

“(…) dadas as características do contexto profissional, pretende-se um Assistente operacional com formação adequada às funções que desempenha, para que possa dar resposta às situações com que se depara diariamente, adotando um comportamento reflexivo”.

Nesse sentido, o acesso a ações de formação e a valorização do trabalho destes funcionários serão a chave do reconhecimento da dimensão educativa do seu trabalho (Gonçalves, 2010). Gonçalves (2010. P.56) afirma

“Será necessário pois que no desenho dos planos de formação dos funcionários se procure adequar a oferta formativa às necessidades decorrentes do seu trabalho, estabelecendo-se uma interligação entre as suas vivências e os novos desafios que a sua profissão lhes impõe”.

Podemos concluir que todos os profissionais referiram-se à necessidade de formação como algo importante. É nesta linha de base que Marques e Forreta (2009) afirmam que a formação pessoal desempenha um papel crucial na formação dos profissionais de modo a que os mesmos reflitam sobre os seus valores e atitudes referentes à sexualidade.

No que concerne ao *sexto objetivo* “**Verificar se existem diferenças significativas entre as atitudes dos professores e dos assistentes operacionais face à sexualidade do jovem com II**”, foi definida a seguinte hipótese

H8. Os professores têm atitudes mais positivas do que os assistentes operacionais perante a sexualidade dos jovens com II

No que respeita à avaliação da hipótese H8, as tabelas 31, 32 e 33 revelam os resultados.

Tabela 31- Score médio das atitudes positivas segundo a categoria profissional

	Categoria Profissional				p
	Assistentes operacionais		Professores		
	Média	DP	Média	DP	
Se o jovem com DM manifestasse desejo, aprovaria o namoro com alguém do sexo oposto.	4.0	0.8	3.9	0.7	0.311
Se o jovem com DM manifestasse desejo, aprovaria o namoro com alguém do mesmo sexo.	3.5	1.2	3.7	0.9	0.517
Aceitaria a ideia do jovem com DM poder casar-se.	4.0	0.8	3.9	0.8	0.568
Aceitaria a ideia do jovem com DM poder vir a ter filhos.	3.2	1.2	3.2	0.9	0.945
Considero importante que os jovens com DM tenham informação no âmbito da Educação Sexual.	4.4	0.8	4.7	0.7	0.008*
A Escola deverá proporcionar Educação Sexual a alunos com DM.	4.3	0.8	4.6	0.7	0.051
Explicaria a um aluno com DM como aplicar um preservativo.	3.9	0.9	3.5	1.1	0.120
Necessito de adquirir ou melhorar a informação que tenho sobre a sexualidade do jovem com DM.	4.1	1.0	4.2	1.0	0.547

* p < 0,05

Tabela 32 - Score médio das atitudes negativas segundo a categoria profissional

	Categoria Profissional				p
	Assistentes operacionais		Professores		
	Média	DP	Média	DP	
É difícil falar sobre o tema da sexualidade de pessoas com deficiência mental.	3.4	1.0	3.6	1.1	0.243

Na Escola, evito falar com os alunos (com ou sem DM) sobre assuntos que envolvem a sexualidade.	3.1	1.2	2.2	1.1	0.000*
---	-----	-----	-----	-----	--------

* p < 0,05

Tabela 33 - Opinião sobre as manifestações sexuais dos jovens com DM, comparadas com as da maioria dos seus colegas e a atitude se o jovem com DM é encontrado na Escola a masturbar-se em público segundo a categoria profissional

		Categoria Profissional				p
		Assistentes operacionais		Professores		
		N	%	N	%	
Deve ser encaminhado para um local discreto e explicar-lhe o que deve ser feito em público e em privado	Não	14	28.0%	3	2.8%	0.000*
	Sim	36	72.0%	103	97.2%	
As suas atitudes face às manifestações sexuais dos jovens com DM, comparadas com as da maioria dos seus colegas são:	Menos abertas e tolerantes	9	18.0%	7	6.6%	0.029*
	Mais abertas e tolerantes ou semelhantes	41	82.0%	99	93.4%	

* p < 0,05

Finalmente, no que respeita à avaliação da hipóteses H8, observaram-se diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre os assistentes operacionais e os professores no item de atitudes positivas “Considero importante que os jovens com DM tenham informação no âmbito da Educação Sexual” (Assistentes operacionais: 4.4 ± 0.8 ; Professores: 4.7 ± 0.7), apresentando os professores níveis de concordância mais elevados pelo que apresentavam uma atitude mais positiva nesse item.

Constatou-se a existência de diferenças com significância estatística ($p < 0,05$), no item de atitudes negativas “Na Escola, evito falar com os alunos (com ou sem DM) sobre assuntos que envolvem a sexualidade” (Assistentes operacionais: 3.1 ± 1.2 ; Professores: 2.2 ± 1.1), tendo os professores revelado maior discordância que os assistentes operacionais nesse item. Observaram-se igualmente diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre os assistentes operacionais e os professores em termos de atitudes face às manifestações sexuais dos jovens com II, comparadas com as da maioria dos seus colegas e com a atitude se o jovem com II é encontrado na Escola a masturbar-se em público (Tabela 33). Num estudo descritivo realizado por Wilson (2008) foram analisadas as atitudes acerca da sexualidade da pessoa com deficiência intelectual dos profissionais que trabalham com esta população e as diferenças existentes entre essas mesmas atitudes e as atitudes que os mesmos têm referentemente aos seus comportamentos sexuais com os seus pares. Tendo este estudo uma amostra de 87 indivíduos, o autor constatou que os profissionais demonstram incerteza no que toca à aceitação dos comportamentos sexuais das pessoas com

deficiência intelectual, denotando atitudes completamente diferentes relativamente ao seu comportamento sexual com os seus pares. Neste sentido, Wilson (2008) atestou com o seu estudo que os profissionais consideram que os seus comportamentos sexuais com os seus pares são apropriados e adequados ao invés dos comportamentos sexuais que as pessoas com deficiência intelectual têm entre eles.

Os professores referiram em maior proporção que estavam tão ou mais abertas e tolerantes do que os colegas (Professores: 93.4%; Assistentes técnicos: 82.0%) e que caso o jovem com II ser encontrado na Escola a masturbar-se em público caso deve ser encaminhado para um local discreto (Professores: 95.2%; Assistentes técnicos: 72.4%). Silva (2012) constatou que, na maioria das instituições, a masturbação é a única manifestação sexual que é permitida. **Estes resultados permitiram validar a hipótese H8.** Nos resultados obtidos através dos questionários, verificámos que a nossa hipótese foi confirmada, uma vez que existiram diferenças significativas nas atitudes dos dois grupos, tendo os professores revelado atitudes mais liberais do que os assistentes operacionais face à sexualidade dos jovens com incapacidade intelectual.

CAPÍTULO V
CONCLUSÕES

5. Conclusões

Após a realização deste trabalho e respondendo à pergunta de partida *“quais as crenças e atitudes dos profissionais de educação perante as manifestações sexuais dos jovens com Incapacidade Intelectual?”*, apresentamos as conclusões que nos parecem fundamentais.

Relativamente às crenças dos professores, obteve-se concordância elevada como o facto de a sexualidade integrar várias dimensões: Afetividade, Comunicação, Prazer e reprodução, os jovens com II terem direito à sua própria orientação sexual, estão mais sujeitos à pressão social e à opinião dos outros relativamente à sua sexualidade, terem poucas oportunidades de falarem sobre relacionadas sobre a sua sexualidade e a sexualidade ser uma das áreas mais importantes da vida de todo o ser humano. Observou-se discordância sobre os jovens com II interessarem-se menos que os seus pares sobre questões sexuais, não serem capazes de estabelecer uma relação afetiva estável e que a existência de um programa de educação sexual provocaria mais atividade sexual entre os jovens com II.

Quanto às atitudes positivas dos professores em geral os docentes concordavam com todos os itens, mas os níveis mais elevados de concordância aludiam à importância de os jovens com II terem informação no âmbito da Educação Sexual, à Escola dever proporcionar Educação Sexual a alunos com II e à necessidade de aquisição ou melhoria da informação que têm sobre a sexualidade do jovem com II. A grande maioria dos docentes referiu ser tão ou mais aberto e tolerante que os colegas face às manifestações sexuais dos jovens com II, e a quase totalidade dos professores respondeu se o jovem com II é encontrado na Escola a masturbar-se em público deve ser encaminhado para um local discreto e explicar-lhe o que deve ser feito em público e em privado. No que respeita às atitudes negativas dos professores os docentes concordaram moderadamente ser difícil falar sobre o tema da sexualidade de pessoas com deficiência mental e discordaram que evitavam falar com os alunos (com ou sem II) sobre assuntos que envolvem a sexualidade.

Relativamente às crenças dos assistentes operacionais, observou-se concordância elevada com o facto da sexualidade integrar várias dimensões: Afetividade, Comunicação, Prazer e Reprodução, o Programa de Educação Sexual na escola deveria ser aplicado pelo psicólogo escolar e/ou médicos/enfermeiros e que os jovens com II

deveriam conhecer os seguintes termos: ovulação, menstruação, ejaculação, contraceção e que estão mais sujeitos à pressão social e à opinião dos outros, relativamente à sua sexualidade. Os assistentes operacionais discordaram com a restrição à vida familiar da educação sexual e que os jovens com II interessam-se menos que os seus pares sobre sexuais questões.

No que concerne às atitudes positivas dos assistentes operacionais, em termos globais também houve concordância com todos os itens, no entanto maior de concordância foi referida sobre a importância que os jovens com II terem informação no âmbito da Educação Sexual, que a Escola deve proporcionar Educação Sexual a alunos com II, a necessidade de adquirir ou melhorar a informação sobre a sexualidade do jovem com II, a aprovação do namoro com alguém do sexo oposto se o jovem com II manifestar desejo e a aceitação da ideia do jovem com II poder casar-se. A maioria dos assistentes operacionais respondeu ser tão ou mais aberto e tolerante que os colegas face às manifestações sexuais dos jovens com II e que se o jovem com II for encontrado na Escola a masturbar-se em público deve ser encaminhado para um local discreto e explicar-lhe o que deve ser feito em público e em privado. No que respeita às atitudes negativas, os assistentes operacionais os docentes concordaram moderadamente ser difícil falar sobre o tema da sexualidade de pessoas com deficiência mental e que evitavam falar com os alunos (com ou sem II) sobre assuntos que envolvem a sexualidade.

Os docentes do sexo masculino apresentam scores médios mais elevados nalguns itens das atitudes positivas, revelando níveis médios de atitudes positivas superiores. Os professores que lecionam ao 2º Ciclo, 3º Ciclo e Secundário apresentam scores médios mais elevados em um dos itens denotando níveis médios de atitudes positivas superiores.

Os assistentes técnicos do sexo masculino e que trabalham no 2º/3º Ciclo apresentam scores médios mais elevados nalguns itens alusivos a atitudes positivas revelando níveis médios de atitudes positivas superiores. Os assistentes operacionais e que trabalham no 2º/3º Ciclo apresentam scores médios mais elevados denotando níveis médios de atitudes positivas superiores. Os assistentes operacionais com experiência prévia de trabalho com crianças com II referiram em maior número que estavam tão ou

mais abertas e tolerantes do que os colegas do que aqueles que nunca tiveram experiência prévia de trabalho com crianças com II.

Os docentes e os assistentes operacionais apresentam níveis muito elevados de concordância com a necessidade de aquisição ou melhoria da informação que têm sobre a sexualidade do jovem com II com os alunos (com ou sem II) sobre assuntos que envolvem a sexualidade.

Os professores apresentavam níveis de concordância mais elevados num dos itens de atitudes positivas revelando uma atitude mais positiva, enquanto apresentavam níveis de discordância mais elevados num item dos itens de atitude negativa revelando identicamente uma atitude mais positiva. Os professores referiram em maior proporção do que os assistentes técnicos que estavam tão ou mais abertas e tolerantes do que os colegas e que caso o jovem com II ser encontrado na Escola a masturbar-se em público c deve ser encaminhado para um local discreto.

Em síntese, pela análise global dos dados obtidos, esta investigação permite concluir que os professores apresentam níveis de concordância mais elevados de atitudes positivas que os assistentes operacionais de um Agrupamento de Escolas da Maia. Contudo, podemos afirmar que os dois grupos da amostra mantêm proximidade em muitos dos pontos observados na pesquisa.

Quando nos decidimos pela temática da sexualidade, tínhamos a noção que este assunto poderia revelar-se constrangedor para a realização de um trabalho de investigação.

O primeiro entrave com que nos deparamos foi, na pesquisa bibliográfica, o confronto com a falta de estudos e a escassa bibliografia disponível na língua nacional que elucidem da realidade portuguesa, designadamente estudos relativos aos assistentes operacionais. Estes, contribuem com o seu desempenho, para que a escola seja percecionada como um todo, enquanto palco de ação partilhado por vários atores, chamou-nos a atenção o trabalho dos assistentes operacionais motivado pelo facto desta ser uma profissão próxima da prática docente e com um papel de relevo junto dos alunos com ou sem Incapacidade Intelectual.

A importância deste estudo reside no facto de pretendermos consciencializar todos os agentes educativos para um conhecimento mais aprofundado desta problemática, bem como permitir uma reflexão sobre os cursos de formação inicial e contínua de professores que lhes facultem recursos pedagógicos para uma intervenção assertiva. Este estudo possibilita, ainda, um olhar sobre o valor da atuação dos assistentes operacionais, enquanto agentes educativos.

Este estudo também possibilita identificar as suas limitações, nomeadamente ao nível da amostra. Uma amostra com um maior número de participantes poderia permitir uma análise mais aprofundada e uma maior generalização dos resultados obtidos. Estudar unicamente a população abrangida pelo agrupamento de escola de Águas Santas, com características próprias, limita a extrapolação dos resultados obtidos para outras escolas públicas. Perspetiva-se, assim, como um futuro estudo a análise das crenças e atitudes dos profissionais de educação perante as manifestações sexuais dos jovens com incapacidade intelectual nas escolas públicas do concelho da Maia.

Outra limitação encontra-se ligada ao facto do questionário utilizar a designação de “deficiência mental” e ainda, abordar a incapacidade intelectual de uma forma geral, não distinguindo o grau de severidade da mesma (ligeira, moderada, severa e profunda).

Concluimos por afirmar que sexualidade está presente em cada um de nós, assumindo inúmeras formas, e a pessoa com incapacidade intelectual... não é diferente!

Todos nós podemos contribuir e assumir um papel ativo no processo educativo e sexual do cidadão com incapacidade intelectual!

Crenças e atitudes dos profissionais da educação face à sexualidade dos alunos com incapacidade intelectual num agrupamento de escolas da Maia

BIBLIOGRAFIA

WEBGRAFIA

Bibliografia

Akbas, S.; Turla, A.; Karabekiroglu, K.; Pazvantoglu; Keskin, T.; Boke, O. (2009). Characteristics of sexual abuse in a sample of turkish children with and without mental retardation: Referred for legal appraisal of the psychological repercussions. *Sex Disabil*, pp. 205-214.

Albuquerque, P. (2007). A sexualidade como aspecto inclusivo: uma proposta para pais e professores de jovens com deficiência mental. Tese de Mestrado. Universidade Federal de São Carlos. São Carlos.

Almeida, P. (2009). A Educação Sexual na Deficiência Mental. Pós-Graduação em Educação Especial. Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti, Porto.

Amaral, M. (2004). Sexualidade e deficiência mental: Impacto de um programa de orientação para as famílias. Pós-Graduação em Educação Especial. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.

Aranha, M. & Maia, A. (2005). Relatos de professores sobre manifestações sexuais de alunos com deficiência no contexto escolar. *Interação em Psicologia*. Pp.1,103 – 116.

Assumpção, R., Sprovieri, M. (2005). Deficiência mental: Sexualidade e família. Barueri, SP. Manole.

Atkinson, J., Ward, R.; Windson, R. (2012). A process evaluation of the friendships and dating program for adults with development disabilities: measuring the fidelity of program delivery. *Disabil*. Pp. 33, 69-75.

Aunos, M.; Feldman, M. (2002). Attitudes towards sexuality, sterilization and parenting rights of persons with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. Pp. 285-296.

Ballan, M. (2001). Parents as sexuality educators for their children with developmental disabilities. *Siecus Report*. Pp.14-19.

Ballan, M.; Wilkenfeld, B. (2011). Educators 'Attitudes and beliefs towards the sexuality of individuals with developmental disabilities'. *Sex Disabil.* Pp.351-360.

Bastos, O.; Deslandes, S. (2005). Sexualidade e o adolescente com deficiência mental: uma revisão bibliográfica. *Ciência & Saúde Colectiva.* Pp 10, 389-397.

Bastos, O.; Deslandes, S. (2009). Being adolescents with mental disability: the point of view of the parents. *Ciência & Saúde Colectiva.* Pp. 14, 79-87.

Bastos, O., Fidry, D. (2007). Adolescente com deficiência mental: abordagem dos aspetos sexuais". *Adolescência & Saúde*, vol. 4, nº 3. Pp.29-32.

Batista, C.; Morales, A. (2010). Compreensão da Sexualidade por Jovens com Diagnóstico de Deficiência Intelectual. *Psicologia: Teoria e Pesquisa.* Pp26, 235-244

Bazzo, G., Ferrari, L., Minnes, P., Nota, L. e Soresi, S. (2007). Attitudes of Social Service Providers towards the Sexuality of Individuals with Intellectual Disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities.* Pp. 20, 110-115.

Boyle, P. (1994). Rehabilitation counselors as providers: The issue of sexuality. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling.* P. 25.

Brantlinger, E. (1988). Teacher`s perceptions of the sexuality of their secondary students with mild retardation. *Education and training in Mental Retardation.* Pp. 24-27.

Brown, D.; Pirtle, T. (2008). Beliefs of professional and family caregivers about the sexuality of individuals with intellectual disabilities: examining beliefs using a Q-methodology approach. *Sex Education.* Pp.8, 59-75.

Brown, H. (1994). An ordinary sexual life: A review of the normalization principle a it applies to sexual options of people with learning disabilities. *Disability & Society.* Pp.123-145.

Bryde, R.; Cuskelly, M. (2004). Attitudes towards the sexuality of adults with na intelectual disability: parents, support staff, and a community sample. *Journal of Intellectual & Developmental Disability.* Pp. 29, 255-264.

Bury, M. (2000). Na doença crónica e deficiência. *Handbook da sociologia médica*. 5 , 173-183.

Buscaglia, L. (1997). Os deficientes e os seus pais. *Record*. Rio de Janeiro:

Camossa, D.; Maia, A. (2003). Relatos de jovens deficientes mentais sobre a sexualidade através de diferentes estratégias. *Paidéia*, 12, 205-214.

Cardoso, M.; Menezes, M.; Pinho, J. (2011). Educação Sexual da pessoa com defociência mental: uma revisão bibliográfica. *Revista Contemporânea de Educação*, nº 11. Pp. 202-214.

Cardoso, S., Vaz, J.; Vilar, D. (1996). Educação Sexual na Escola. *Lisboa: Universidade Aberta*.

Carmo, H., & Ferreira, M. M. (1998). Metodologia da investigação: guia para auto-aprendizagem. *Universidade Aberta: Lisboa*.

Carreira, J. (2007). *A Importância da Formação no Desempenho Dos Auxiliares de Acção Educativa*. Tese de Mestrado - Lisboa: Universidade Aberta.

Carvalho, E.; Maciel, D. (2003). Nova concepção de deficiência mental segundo a *American Association on Mental Retardation – AAMR: Sistema 2002” - Temas em Psicologia da SBP*, vol. 11, n.2. Pp. 147-156.

Carvalho, G. S. (2002). Literacia para a Saúde: Um contributo para a redução das desigualdades em Saúde. *Actas do Colóquio Internacional de Saúde e Discriminação Social*.

Chaplin, J. (1981). Dicionário de Psicologia. *Publicações Dom Quixote*. Lisboa

Coelho, M. (2012). A formação e as atitudes de professores do ensino básico face à inclusão dos alunos com necessidades educativas especiais na sala de aula. *Universidad de Extremadura, Facultad de educación. Departamento de ciencias de la educación*.
Comissão Ciêntifica: Maria Luísa Figueira, Daniel Sampaio, Gustavo Oliveira, Gustavo Jesus

Collins, W. Sprinthall, N. (1999). *Psicologia do Adolescente*. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa.

Correia, V. (2007). *Cenários e Práticas do Psicólogo nos Centros de atenção Psicossocial em Santa Catarina*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Vale Itajaí, Itajaí.

Cunha, O., Pires, A.; Vilar, D. (2012). Os adolescentes e a sua sexualidade: conversas com adultos no contexto do movimento escutista. *Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Sociedade*. Pp. 29-44.

Cuskelly, M.; Gilmore, L. (2007). Attitudes to Sexuality Questionnaire (Individuals with an Intellectual Disability): scale development and community norms. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*. Pp 32, 214-221.

Deboutte, D.; Dewaele, T., Hellemans, H.; Leplae, W.; Roeyers, H. (2010). Sexual Behavior in Mole Adolescents and young Adults with Autism Spectrum Disorder and Borderline/ Mild Mental Retardation. *Sex Disabil*.

Delville, J; Mercier, M. (1997). *Sexualité. Vie Affective et Déficience Mentale*. De Boeck Université. Paris.

DSM-IV (1994). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*". American Psychiatric Association. Editores Climepsi.

DSM-IV-TR (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Artes Médicas. Porto Alegre.

DSM-V (2013). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*". American Psychiatric Association. Climepsi Editores-5ª edição

Duh, J. (1999). Sexual knowledge, attitudes, and experiences of high school students with and without disabilities in Taiwan. *Disabil* Pp 302-311.

Eastgate, G. (2005). Sex, consent and intellectual disability. *Aust Fam Physician Review*. Pp. 163-166. Editor: João Cabral Fernandes

Edwards, J. (1995). Síndrome de Down: guia para pais e educadores. Campinas: Papyrus.

Esquirol, E., Gourevitch, M. (1838). Des maladies mentales. Bruxelles: Tircher. Vol. 2. P. 533

Félix, I. (1997). Sexualidade e Educação Sexual na Deficiência Mental. *Revista Fenacerci*. Pp. 40-43.

Félix, I. (2001), Contributos para o estudo das atitudes dos Profissionais face à sexualidade das pessoas portadoras de deficiência mental. Monografia de Licenciatura. Escola Superior de Saúde de Alcoitão.

Félix, I. (2003). As atitudes dos profissionais face à Sexualidade das Pessoas Portadoras de Deficiência Mental. *Sexualidade e Planeamento Familiar*. Nº 37. Pp. 19-23.

Félix, I.; Marques, A. (1995). E nós... somos diferentes? Sexualidade e Educação sexual na Deficiência Mental. *APF*. Lisboa

Fernandes G. (1963). Religião, crenças e atitudes". Instituto Joaquim Nabuco de Pesquisas Sociais. P.13.

Ferreira, M.; Santos, P.; Santos, M. A. (2012). A desconstrução do conceito de Deficiência Mental e a construção do conceito Incapacidade Intelectual: de uma perspetiva estática a uma perspetiva dinâmica da funcionalidade. *Revista Brasileira Ed. Esp.*, Marília, v. 18, n.4, Pp. 553-568.

Ferreira, S. (2009). Eu amo, tu amas, eles amam: a afetividade-sexualidade de jovens e adultos com deficiência mental. Paraná: Londrina.

Figueiredo, G. (2010). Participação do Profissional de Enfermagem na atenção à saúde do adolescente. Tese de Mestrado. Aracuaí, Minas Gerais.

Flick, U. (2009). Desenho da Pesquisa qualitativa: Coleção Pesquisa qualitativa. Bookman Editora.

Forreta, F., Marques, A., Vilar, D. (2009). Educação Sexual: Aspectos Gerais, Educação Sexual no 1º Ciclo – Um guia para Professores e Formadores. Texto Editora. Lisboa.

- Fortin, M. (2003). *Processo de Investigação: da concepção à realização*. Sociência. Loures
- Freitas, C. (2015). *Necessidades Formativas dos Educadores de Infância e dos Auxiliares de Ação Educativa na Prática Profissional com Crianças Autistas no Funchal*. – Tese de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa – Porto. P.1, 33, 48.
- Furey, E. (1994). Sexual abuse of adults with mental retardation: Who and where. *Ment Retard*. Pp 173-180.
- Garcia-Marques, L. (2000). O inferno são os outros: o estudo da influência social. Eds. *Psicologia social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gherpelli, M. (1995). *Diferente mas não desigual: sexualidade no deficiente mental*. 2.ed. São Paulo: Gente.
- Giami, A. (2000). Stérilisation et sexualité des personnes handicapées mentales. Pp. 273-315
- Glat, R. (1992). A Sexualidade da Pessoa com Deficiência Mental. *Revista Brasileira de Educação Especial*.
- Glat, R. (2004). *Saúde Sexual, Deficiência & Juventude em Risco*. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Educação. Núcleo de Educação Inclusiva.
- Jablensky, A. (2000). Epidemiologia da esquizofrenia: Da carga global de doenças e deficiências. *Arquivos europeus de psiquiatria e neurociência clínica*, 250 (6), 274-285.
- JanuzziI, G. (1992). A luta pela educação do deficiente no Brasil. *Autores Associados*, 2.
- Júnior, F.; Sprovieri, M. (1987). *Sexualidade e Deficiência Mental*. Ed. Moraes. São Paulo
- Lacey, H. (1998). Valores e atividade científicas. *Discurso Editorial*. São Paulo. Pp.13, 184
- Lei nº60/2009 (2009). Assembleia da Republica.
- Levy, H.; Packman, W. (2004). Sexual abuse prevention for individuals with mental retardation: Considerations for genetic counselors. Pp 189-205.

- Lima, L. (2000). Atitudes: Estrutura e mudança. Eds. Psicologia social. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- López, F., Fuertes, A. (1999). Para compreender a sexualidade”. *APF*, Lisboa. Pp: 22, 23
- Luckasson, R.; Borthwick-Duffy, S.; Bbuntnx, H.; Coulter, D.; Craig, E.; Reeve, A.; Snell, M. (2002). Mental Retardation – defecion, classification and systems of support”. – Washington, DC: American Association on Mental Retardation, p. 8.
- Lumley, V.; Scotti, J. (2001). Supporting the sexuality of adults with Mental Retardation. *Journal of Positive Behavior Interventions*. Pp 109-119.
- Macário, R. (2010). Educação Sexual em Contexto Escolar: Outro ano zero?! Tese de Mestrado em Dinamização das Ciências em Contexto Escolar. Universidade do Algarve.
- Maia, A. (2001). Reflexões sobre educação sexual a pessoa com deficiência. *Revista Brasileira de Educação Especial*,7. Pp. 35-46.
- Maia, A. (2006). Sexualidade e deficiências. Unesp.
- Marques, A. (2009). Ser + Programa de Desenvolvimento Pessoal e Social para crianças, jovens e adultos portadores de deficiência mental. *APF*, Lisboa. Pp. 73-78.
- Marques, A.; Félix, I. (1995). E nós... Somos Diferentes? Sexualidade e educação sexual na deficiência mental. *APF*. Lisboa. Pp.11, 89-100.
- Marques, A.; Forreta, F. (2009). Educação sexual: conceito, objetivos e estratégias.
- Martin, E. (1995). Cases studies on inclusion: worst fears realized. *The journal of Special Education*, v. 29, Pp. 192-199.
- Martins, A. (1995). A Dimensão Afectiva-Sexual na Pessoa Deficiente – um modelo de Intervenção.
- McConkey, R.; Ryan, D. (2001). Experiences of staff in dealing with clients sexuality in services for teenagers and adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45, part I. Pp. 83-87.

ME – Ministério da Educação (2000). Educação Sexual em Meio Escolar. Linhas Orientadoras. Editorial do Ministério da Educação, Lisboa. Pp 25-66.

Melo N.; Rodrigues, J. (1989). Sexualidade e o adolescente deficiente mental. *Reprod.*, 4, Pp. 19-21.

Moliner, P.; Tafani, E. (1997). Attitudes and social representations: a theoretical and experimental approach. *European Journal of Social Psychology*, Pp. 687-702.

Morales, A. S. (2008). Apropriação de práticas sociais relativas à sexualidade por jovens adultos com diagnóstico de Deficiência Intelectual. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

Morano, J. (2001). Sexual abuse of mentally retarded patients: Medical and legal analysis for primary care physician. *Psychiatry*. Pp 126-135.

Murray, Minnes (1994). Persons with developmental disabilities who have AIDS: What are the attitudes of those employed in the field? *Journal on Developmental Disabilities*, 3. Pp. 74-84.

Neponucemo, D. ; Ribeiro, P. (1992). Sexualidade e deficiência mental: um estudo sobre o comportamento sexual do adolescente excepcional institucionalizado. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Pp. 167-170.

Oliveira, R. A. (2012). Elementos psicoterapêuticos na reabilitação dos sujeitos com incapacidades físicas adquiridas. *Análise psicológica*, 18(4). Pp.437-453.

Olivier, M.; Anthony, A.; Leimkuhl, T.; Skillman, G. (2002). Attitudes toward acceptable socio-sexual behaviors for persons with mental retardation: implications for normalization and community integration". *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, Pp. 193-201.

Owen, F.; Griffiths, D.; Feldman, M.; Sales, S.; Richards, D. (2000). Perceptions of acceptable boundaries of persons with developmental disabilities and their care providers". *Journal on Developmental Disabilities*. Pp. 34-49.

Pan, J. (1997), Afectividad y sexualidad en la persona con deficiencia mental. Madrid, Universidad Pontificia de Comillas.

Patton, J.; Payne, J.; Beirne-Smith, M.; (1990). *Mental Retardation*. Merrill Publishing Company. Ohio, USA.

Pereira, F. (1996). *As representações dos Professores de Educação Especial e as Necessidades das famílias*. Livros SNR nº8. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação.

Pereira, M. (2013). *A sexualidade na deficiência mental: Mitos e Tabus*?. Tese de Mestrado em Educação Especial, Escola Superior de Educação João de Deus.

Pinel, A. (1993). *Educação Sexual de Deficientes*. In: Ribeiro M, organizador. *Educação sexual: novas ideias, novas conquistas*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.

Pinheiro, S. (2004). *Sexualidade e Deficiência Mental: Revisando Pesquisas*. *Psicologia Escolar e Educacional*. 8,199-206.

Pinheiro, S. (1996). *Sexualidade do Adolescente Portador de Deficiência Mental Moderada: a visão dos Pais e Profissionais Envolvidos*. Pós-graduação em Saúde e Comportamento. Universidade Católica de Pelotas. Pelotas.

Quivi, R., Campenhoudt, L. (1997). *Manual de investigação em ciências sociais*. Oeiras, Celta.

Ramos, M. (2005). *Sexualidade na diversidade - atitudes de pais e técnicos face à afetividade e sexualidade da jovem com deficiência mental*. Dissertação de Mestrado em Sociopsicologia. Coleção: Livros SNR N.º 22. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.

Ribeiro, H. (1995). *Orientação sexual e deficiência mental: estudos acerca da implementação de uma programação*. Tese Doutorado. Universidade de São Paulo, São Paulo.

Roy, M. (2006). *Sexuality and people with intellectual disabilities*. *The psychiatry of intellectual disability*. Pp. 121-132

Sánchez, P. (2008). *Sexualidad de los niños, niñas y jóvenes con discapacidad*. *Revista Educación*, 32 (1). Pp. 157-170.

Shakespeare, T. (2003). I haven't seen that in Kama Sutra: The sexual stories of disabled people. *Sexualities and society*. Cambridge: Polity Press.

Siegel, J., Marchetti, M., Tecklin, J. (1991). Age-related balance changes in hearingimpaired children. *Physical Therapy*, 71. Pp. 83- 189.

Silva, N. (2012). A Sexualidade e a Deficiência – uma visão sobre a educação sexual do adolescente com deficiência. Pós-graduação Educação Especial. Escola Superior de Educação Paula Frassinetti. Porto.

Simões, A. (2011). Análise de Necessidades de Formação dos Professores Avaliadores. Tese de Mestrado: Universidade de Lisboa- Instituto de Educação.

Sousa, A. (2006). Aparelho Reprodutor: Concepções e Obstáculos de Aprendizagem em crianças do 1º CEB. Um Estudo de Caso em Meio Urbano.” Universidade do Minho. Instituto de Estudos da Criança.

Spiecker, B. & Steutel, J. (2002). Sex Between People with “Mental Retardation”: an Ethical Evolution. *Journal of Moral Education*. 31. Pp. 155-169.

Sprinthall, N.; Collins, W. (1999). Psicologia do adolescente: uma abordagem desenvolvimentista”. (2ª ed.) Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Swango-Wilson, A. (2008). Caregiver Perceptions and Implications for Sex Education for Individuals with Intellectual and Developmental Disabilities. *Sex Disabil*, Pp. 26,167-174.

Swargo-Wilson, A. (2009). Perception of Sex Education for Individuals with Development and Cognitive Disability: A Four Cohort Study. *Sex Disabil*, Pp. 27, 223-228.

Tharinger, D.; Burrows, C.; Millea, S. (1990). Sexual abuse and exploitation of children and adults with mental retardation and other handicaps. Pp 301-312.

Vieira, F.; Pereira, M. (2010). Se houvera Quem me Ensinara.... A Educação de Pessoas com Deficiência Mental. *Textos de Educação*. 4ª edição

Vilar, D. (2003). Falar disso: a educação sexual nas famílias dos adolescentes. Porto: Eduções Afrontamento.

Vilar, D. (2011). Bem me queres ou mal me queres??. *Revista Educação Sexual em rede*. Lisboa: APF.

Vilelas, J. (2009). A influência da família e da escola na sexualidade do adolescente. *Coimbra: Formasau*.

Vitiello, N. (1995). A educação sexual necessária. *Revista Brasileira da Sexualidade Humana* (Vol. 6, nº1, pp.15-28). Sociedade Brasileira de Sexualidade Humana.

Webgrafia

Almeida, P. (2009). A educação sexual na deficiência mental?. Porto: Escola Superior de Educação Paula Frassinetti. Cadernos de Estudo 15, pp.1-9. Disponível em <http://repositorio.esepf.pt/>. Consultado em 19/06/2014

Almeida, P. (2010). A sexualidade na Deficiência Mental. Disponível em http://www.ufpe.br/ce/images/graduacao_pedagogia/pdf/2010.1/educacao. Consultado em 15/05/2015.

Albuquerque, M. (2007). A sexualidade na deficiência mental profunda – um estudo descritivo sobre as atitudes de pais e profissionais?. *Psicologia*, pp. 1-11. Disponível em www.psicologia.com.pt. Consultado em 5/02/2015.

Anastasi, A. (1990). Psychological testing. Disponível em <http://repositorio.ul.pt/>. Consultado em 22/02/2015.

Araújo, A.; Neto, F. (2014). A nova Classificação Americana para os transtornos Mentais – o DSM-5?. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. Vol. XVI. Pp 67-82. Disponível em www.usp.br/ Consultado em 9/04/2015

Azevedo, (2012). A quem perguntam os adolescentes sobre sexualidade? O papel das funções intelectuais. Tese de Mestrado – Escola Superior de Educação do Porto. Disponível em www.esse.ipp.pt/ Consultado em 6/04/2015.

Fernandes, L. (2014). Olhares sobre a (in)disciplina dos alunos: um Contributo dos Pais/Encarregados de Educação dos 2º e 3º Ciclos e Assistentes Operacionais da Escola Professor Reynaldo dos Santos”. Tese de Mestrado – Universidade Aberta. Disponível em <http://search.ebscohost.com>. Consultado em 30/03/2015.

Frias, S. (2013). Perspetivas dos encarregados de educação dos alunos com necessidades educativas especiais sobre a inclusão e a escola no percurso escolar dos seus educandos”. Tese de Mestrado – Universidade Fernando Pessoa. Disponível em <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/> Consultado em 6/04/2015.

Franco, J. R. (2012). Sexualidade nas NEE – Trissomia 21: Perspectivas dos docentes do ensino regular do 1º, 2º e 3º ciclo. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Educação Almeida Garrett, Lisboa. Disponível em <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/> Consultado em 12/02/2015.

Gabriel, C. (2013). Sexualidade da pessoa com deficiência intelectual – atitudes de pais e profissionais”. Tese de Mestrado – ISPA, Instituto Universitário. Disponível em <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/> Consultado em 1/04/2015

Gonçalves, F. (2010). A escola em mudança – Uma reflexão sobre as competências e os desafios que se colocam ao assistente operacional. Tese de Mestrado - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra. Disponível em <http://search.ebscohost.com>. Consultado em 31/03/2015.

Gomez, M.; Noonan, A. (2011). Who´s missing? Awareness of lesbian, gay, bisexual and transgender people with intellectual disability. *Sex Disabil.* Pp 175-180. Disponível em <http://www.springer.com>. Consultado em 31/03/2015.

Karam, S. (2014). Deficiência intelectual em uma coorte de nascimentos. Prevalência, etiologia e determinantes. Tese de Doutorado – Universidade Estadual do Rio Grande Do Sul. Faculdade de Medecina. Disponível em [https://. www.lume.ufrgs br](https://www.lume.ufrgs.br). Consultado em 27/03/2015.

OMS (2009). Promoting sexual and reproductive health for persons with disabilities.

Acedido Disponível em <http://whqlibdoc.who.int/publications>. Consultado em 8/2/2015.

Mckenzie, J.; Swartz, L. (2011). The shaping of sexuality in children with disabilities: A Q Methodological Study. *Sex Disabil.* Pp. 363-376. Original Paper. Disponível em <http://www.springer.com>. Consultado em 12/02/2014.

Mirão, L. (2012). Pessoal não docente: um estudo desenvolvido em dois Agrupamentos de Escolas sobre os Assistentes Operacionais. Tese de Mestrado. Instituto Politécnico de Portalegre. Escola Superior de Educação. Disponível em <http://search.ebscohost.com>. Consultado em 31/03/2015.

Montardo, J. (2008). A escola e a educação sexual. *La Salle – Revista de Educação, Ciência e Cultura.* Pp. 161-174. Acedido em <http://www.revistas.unilasalle.edu.br/documentos/Educacao/V>. Consultado em 2/2/2015

Monteiro, S. (2011). A atitude dos professores como meio de inclusão de alunos com necessidades educativas especiais”. Escola Superior de Educação Almeida Garrett. Tese de Mestrado. Disponível em <http://sapientia.ualg.pt/>. Consultado em 2/04/2015

Pinheiro, S. (2004). Sexualidade e deficiência mental: revisando pesquisa. *Psic. Esc. Educ.*, dezembro, 2004, vol.8. Pp. 199-206. Disponível em <http://pepsic.bvs-psi.org.br>. Consultado em 8/2/2015.

Ribeiro, H. (2001) – “Sexualidade e os portadores de deficiência mental”. *Revista Brasileira de Educação Especial*, pp. 11-28. Disponível em <http://educa.fcc.org.br/pdf/rbee>. Consultado em 10/02/2015.

Sakellariou, D. (2012). Sexuality and Disability: A discussion on care of the self”. *Sex Disabil.* Pp. 187-197. Disponível em <http://www.springer.com>. Consultado em 22/12/2014.

Silva, A. (2013). Atitudes face à Sexualidade na Deficiência Intelectual - A Importância da Formação em Educação Sexual”. Tese de Mestrado. Universidade do Algarve. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Disponível em <http://sapiencia.ualg.pt/>. Consultado em 15-03-15.

Silva, F. (2012). Vivência da sexualidade da pessoa com deficiência mental profunda: Perspetiva dos pais e dos profissionais. Faculdade de ciências do desporto e educação física. Universidade de Coimbra. Disponível em <http://sapiencia.ualg.pt/>. Consultado em 2/04/2015.

Vargem, I. (2013). Educação Sexual na Deficiência Mental. Dissertação para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia da Educação. Universidade do Algarve. Disponível em <http://sapiencia.ualg.pt/>. Consultado em 18/04/2015.

ANEXOS

ANEXO I - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À INSTITUIÇÃO EDUCATIVA

Exmo. Senhor Diretor

Do Agrupamento de Escolas de Águas Santas

ANA MARIA FERREIRA PINTO, na qualidade de aluna do Curso de Mestrado em Ciências da Educação: Educação Especial – Domínio Cognitivo e Motor na Universidade Fernando Pessoa – Porto, orientada pela Prof^a Doutora Fátima Coelho, vem por este meio solicitar a Vossa Exa. autorização para realizar na Escola Básica e Secundária do Agrupamento de Escolas e Águas Santas o Estudo “*Crenças e atitudes dos profissionais da educação perante a sexualidade dos alunos com deficiência mental no Agrupamento de Escolas de Águas Santas*”, procedendo à distribuição de inquéritos por questionário a professores e assistentes operacionais.

A recolha de informação e a investigação subsequente respeitará, na íntegra, os princípios éticos da investigação, nomeadamente o anonimato e a confidencialidade dos dados dos participantes, pelo que a investigadora se encontra totalmente disponível para qualquer esclarecimento sobre o estudo a desenvolver.

Pede deferimento,

Porto, _____ de 2014

A aluna responsável _____

(Ana Maria Ferreira Pinto)

- Autorizo a realização deste estudo.
- Não autorizo a realização deste estudo.

O Diretor _____

(Dr. Manuel Ferreira Carneiro)

Anexo II - AUTORIZAÇÃO DO (S) AUTOR (ES)

AUTORIZAÇÃO DO (S) AUTOR (ES)

26/02 (há 6 dias)

Ana Pinto ana.pinto.f.p@gmail.com
para ivone.felix

Boa tarde, Dr^a Ivone Felix

Sou Professora de Educação Especial no Agrupamento de Escolas e Águas Santas e como aluna de mestrado na Universidade Fernando Pessoa do Porto, venho solicitar autorização de V.Exa. para readaptar a adaptação que a Doutora fez em 2001 da Escala de Atitudes – *Sexuality and Mentally Retarded Attitudes Inventory (SMRAI)*.

Este pedido prende-se com a minha tese de mestrado subordinada ao tema "Crenças e Atitudes dos Profissionais da Educação (professores e assistentes operacionais) perante a sexualidade do(a) jovem com deficiência mental no Agrupamento Escolar de Águas Santas".

Após deferimento, terei todo o prazer em enviar-lhe os questionários que me proponho realizar.

Desde já agradeço a atenção dispensada

Atenciosamente

Os meus melhores cumprimentos

Ana Maria Ferreira Pinto
Aluna Nº28945 - Universidade Fernando Pessoa do Porto



Ivone Felix

27/02 (há 5 dias)

para mim

Boa tarde,

É com muito prazer que autorizo a readaptação da Escala SMRAI.

Desejos de um bom trabalho.

Melhores cumprimentos,

Ivone Félix
Diretora Executiva

Crenças e atitudes dos profissionais da educação face à sexualidade dos alunos com incapacidade intelectual num agrupamento de escolas da Maia

Rua 7 de Junho, nº 57 | 2730-174 Barcarena
Telef. 214 239 680
www.cercioeiras.pt

Esta mensagem contém informação privilegiada/confidencial. É proibida a cópia ou distribuição desta mensagem por pessoa que a tenha recebido e que não seja o seu destinatário ou responsável pela entrega ao destinatário. Nesse caso, é favor eliminar a mensagem e dar conhecimento do facto ao remetente. A CERCIOEIRAS não é responsável por quaisquer opiniões, conclusões ou informações contidas nesta mensagem e que não digam respeito à sua atividade.

De: Ana Pinto [mailto:ana.pinto.f.p@gmail.com]
Enviada: quarta-feira, 26 de Fevereiro de 2014 15:30
Para: ivone.felix@cercioeiras.pt
Assunto: Pedido de autorização



Clique aqui para [Responder](#) ou [Encaminhar](#)

8,75 GB (58%) de 15 GB utilizados
[Gerir](#)

©2014 Google - [Termos de Utilização e Privacidade](#)

Última atividade da conta: 2 horas atrás
[Detalhes](#)

ANEXO III - QUESTIONÁRIO A APLICAR AOS PROFESSORES

Questionário

“Crenças e Atitudes dos Profissionais da Educação perante a sexualidade do(a) jovem com deficiência mental”

(elaborado por Ana Pinto, 2014)

O presente questionário pretende identificar as crenças e atitudes dos professores perante a sexualidade dos jovens com deficiência. Neste sentido, pedíamos que respondesse de forma sincera a todas as questões, sendo certo que se trata de um questionário anónimo. Agradecemos desde já a sua colaboração!

A. DADOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS (Por favor, assinala com uma cruz (X) ou escreva, se for esse o caso)

1- Idade: _____

2- Sexo: Masculino Feminino

3- Nível de Ensino que leciona:

1º Ciclo

2º Ciclo

3º Ciclo

Secundário

4- Há quanto tempo exerce a atividade profissional? _____ Anos

5- Já lecionou a jovens com deficiência mental? Sim Não

B – QUESTÕES ELACIONADAS COM A TEMÁTICA EM ESTUDO

Para responder a este questionário deverá colocar **x** na quadrícula que considera a resposta adequada.

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

Questões	1	2	3	4	5
1- A sexualidade é uma das áreas mais importantes da vida de todo o ser humano.					
2- A sexualidade integra várias dimensões: Afetividade, Comunicação, Prazer e reprodução.					
3- É difícil falar sobre o tema da sexualidade de pessoas com deficiência mental.					
4- Os jovens com D M são mais infantis do que os seus pares, nas relações afetivas e sexuais.					
5- Os jovens com D M interessam-se menos que os seus pares sobre questões sexuais.					
6- Os jovens com D M têm os mesmos interesses pelas questões sexuais que os seus pares.					

Crenças e atitudes dos profissionais da educação face à sexualidade dos alunos com incapacidade intelectual num agrupamento de escolas da Maia

7- Os jovens com D M devem conhecer os seguintes termos: ovulação, menstruação, ejaculação, contraceção.					
8- Os jovens com D M não são capazes de controlar os seus impulsos sexuais.					
9- Os jovens com D M manifestam desejo de maternidade/paternidade.					
10- Se o jovem com D M manifestasse desejo, aprovaria o namoro com alguém do sexo oposto.					
11- Se o jovem com D M manifestasse desejo, aprovaria o namoro com alguém do mesmo sexo.					
12- Aceitaria a ideia do jovem com D M poder casar-se.					
13- Aceitaria a ideia do jovem com D M poder vir a ter filhos.					
14- Os jovens com D M estão mais sujeitos à pressão social e à opinião dos outros, relativamente à sua sexualidade.					
15- O jovem com D M exhibe publicamente comportamentos inadequados, relativamente aos seus pares.					
16- Considero importante que os jovens com D M tenham informação no âmbito da Educação Sexual.					
17- A Escola deverá proporcionar Educação Sexual a alunos com D M.					

Crenças e atitudes dos profissionais da educação face à sexualidade dos alunos com incapacidade intelectual num agrupamento de escolas da Maia

18- Na Escola, o Programa de educação Sexual deverá ser aplicado pelo psicólogo escolar e/ou médicos/enfermeiros.					
19- Na Escola, o Programa de educação Sexual deverá ser aplicado pelo professor de Educação Especial.					
20- Os jovens com DM não são capazes de estabelecer uma relação afetiva estável.					
21- A Educação Sexual deverá restringir-se à vida familiar.					
22- Estaria disponível para lecionar um Programa de Educação Sexual a alunos com DM.					
23- Explicaria a um aluno com DM como aplicar um preservativo.					
24- Os jovens com DM têm uma curiosidade exacerbada sobre assuntos que envolvem a sexualidade.					
25- O desenvolvimento sexual do jovem com DM processa-se de igual forma que o desenvolvimento sexual do jovem sem DM.					
26- Os jovens com DM têm poucas oportunidades de falarem sobre questões relacionadas sobre a sua sexualidade					
27- Na Escola, evito falar com os alunos (com ou sem DM) sobre assuntos que envolvem a sexualidade.					
28- Necessito de adquirir ou melhorar a informação que tenho sobre a sexualidade do jovem com D M.					

29- Um programa de educação sexual provocaria mais atividade sexual entre os jovens com DM.					
30- Os jovens com DM têm mais riscos de abuso sexual que os seus pares.					
31- Os jovens com DM têm direito à sua própria orientação sexual					

32- As suas atitudes face às manifestações sexuais dos jovens com DM, comparadas com as da maioria dos seus colegas são:

Mais abertas e tolerantes

Semelhantes

Menos abertas e tolerantes

33- Na sua opinião, se o jovem com DM é encontrado na Escola a masturbar-se em público

Deve ser imediatamente corrigido

A melhor atitude é não ligar

Deve ser encaminhado para um local discreto e explicar-lhe o que deve ser feito em público e em privado

Por favor, sinta-se à vontade para comentar qualquer questão anteriormente citada.

FIM

Obrigada pela sua colaboração!

Anexo IV - QUESTIONÁRIO A APLICAR AOS ASSISTENTES OPERACIONAIS

Questionário

“Crenças e Atitudes dos Profissionais da Educação perante a sexualidade do(a) jovem com deficiência mental”

(elaborado por Ana Pinto, 2014)

O presente questionário pretende identificar as crenças e atitudes dos Assistentes Operacionais perante a sexualidade dos jovens com deficiência. Neste sentido, pedíamos que respondesse de forma sincera a todas as questões, sendo certo que se trata de um questionário anónimo. Agradecemos desde já a sua colaboração!

A. DADOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS (Por favor, assinala com uma cruz (X) ou escreva, se for esse o caso)

1- Idade: _____

2- Sexo: Masculino Feminino

3- Trabalha na Escola:

1º Ciclo

2º /3º Ciclo e Secundária

4- Há quanto tempo exerce a atividade profissional? _____ Anos

5- Tem experiência em interagir com jovens com D M*?

Sim Quantos anos? _____

Não

B – QUESTÕES ELACIONADAS COM A TEMÁTICA EM ESTUDO

Para responder a este questionário deverá colocar **x** na quadrícula que considera a resposta adequada.

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

Questões	1	2	3	4	5
1- A sexualidade é uma das áreas mais importantes da vida de todo o ser humano.					
2- A sexualidade integra várias dimensões: Afetividade, Comunicação, Prazer e reprodução.					
3- É difícil falar sobre o tema da sexualidade de pessoas com deficiência mental.					
4- Os jovens com D M são mais infantis do que os seus pares, nas relações afetivas e sexuais.					
5- Os jovens com D M interessam-se menos que os seus pares sobre questões sexuais.					
6- Os jovens com D M têm os mesmos interesses pelas questões sexuais que os seus pares.					
7- Os jovens com D M devem conhecer os seguintes termos: ovulação, menstruação, ejaculação, contraceção.					
8- Os jovens com D M não são capazes de controlar os seus					

Crenças e atitudes dos profissionais da educação face à sexualidade dos alunos com incapacidade intelectual num agrupamento de escolas da Maia

impulsos sexuais.					
9- Os jovens com D M manifestam desejo de maternidade/paternidade.					
10- Se o jovem com D M manifestasse desejo, aprovaria o namoro com alguém do sexo oposto.					
11- Se o jovem com D M manifestasse desejo, aprovaria o namoro com alguém do mesmo sexo.					
12- Aceitaria a ideia do jovem com D M poder casar-se.					
13- Aceitaria a ideia do jovem com D M poder vir a ter filhos.					
14- Os jovens com D M estão mais sujeitos à pressão social e à opinião dos outros, relativamente à sua sexualidade.					
15- O jovem com D M exhibe publicamente comportamentos inadequados, relativamente aos seus pares.					
16- Considero importante que os jovens com D M tenham informação no âmbito da Educação Sexual.					
17- A Escola deverá proporcionar Educação Sexual a alunos com D M.					
18- Na Escola, o Programa de educação Sexual deverá ser aplicado pelo psicólogo escolar e/ou médicos/enfermeiros.					
19- Na Escola, o Programa de educação Sexual deverá ser aplicado pelo professor de Educação Especial.					

Crenças e atitudes dos profissionais da educação face à sexualidade dos alunos com incapacidade intelectual num agrupamento de escolas da Maia

20- Os jovens com DM não são capazes de estabelecer uma relação afetiva estável.					
21- A Educação Sexual deverá restringir-se à vida familiar.					
22- Explicaria a um aluno com DM como aplicar um preservativo.					
23- Os jovens com DM têm uma curiosidade exacerbada sobre assuntos que envolvem a sexualidade.					
24- O desenvolvimento sexual do jovem com DM processa-se de igual forma que o desenvolvimento sexual do jovem sem DM.					
25- Os jovens com DM têm poucas oportunidades de falarem sobre questões relacionadas sobre a sua sexualidade					
26- Na Escola, tenho poucas oportunidades para falar com os alunos (com ou sem DM) sobre assuntos que envolvem a sexualidade.					
27- Necessito de adquirir ou melhorar a informação que tenho sobre a sexualidade do jovem com D M.					
28- Um programa de educação sexual provocaria mais atividade sexual entre os jovens com DM.					
29- Os jovens com DM têm mais riscos de abuso sexual que os seus pares.					
30- Os jovens com DM têm direito à sua própria orientação sexual					

Crenças e atitudes dos profissionais da educação face à sexualidade dos alunos com incapacidade intelectual num agrupamento de escolas da Maia

31- As suas atitudes face às manifestações sexuais dos jovens com DM, comparadas com as da maioria dos seus colegas são:

Mais abertas e tolerantes

Semelhantes

Menos abertas e tolerantes

32- Na sua opinião, se o jovem com DM é encontrado na Escola a masturbar-se em público

Deve ser imediatamente corrigido

A melhor atitude é não ligar

Deve ser encaminhado para um local discreto e explicar-lhe o que deve ser feito em público e em privado

Por favor, sinta-se à vontade para comentar qualquer questão anteriormente citada.

FIM

Obrigada pela sua colaboração!