

Universidades Lusíada

Faustino, Inês Isabel Serrano, 1994-

Sexualidade na deficiência intelectual e a importância da educação sexual : estudo de caso

<http://hdl.handle.net/11067/4733>

Metadados

Data de Publicação	2019
Resumo	<p>O presente trabalho pretende abordar o tema da sexualidade junto da população com deficiência intelectual, enaltecer a importância da existência da educação sexual, bem como a possibilidade desta população possuir aprendizagens neste âmbito. Pretende então, dar seguimento a uma visão não estigmatizante desta população e proporcionar a vivência de uma sexualidade saudável e informada. Neste sentido, trata-se de um estudo qualitativo em profundidade em que foram realizadas ações de sensibilização ...</p> <p>The present work intends to approach the subject of sexuality among the population with intellectual disability, praise the importance of the existence of sexual education, as well as the possibility for knowledge acquisition by this population on the topic. Its intention is to follow a non-stigmatizing vision of this population and to provide the experience of a healthy and informed sexuality. As such, this is an in-depth qualitative study in which 14 awareness actions were carried in LIGA Foun...</p>
Palavras Chave	Pessoas com deficiência mental - Comportamento sexual, Educação sexual para pessoas com deficiência mental
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T09:17:26Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
Mestrado em Psicologia Clínica

**Sexualidade na deficiência intelectual e a importância
da educação sexual: estudo de caso**

Realizado por:
Inês Isabel Serrano Faustino

Orientado por:
Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo

Constituição do Júri:

Presidente: Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Orientador: Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo
Arguente: Prof.^a Doutora Mayra Armani Delalibera

Dissertação aprovada em: 11 de Novembro de 2019

Lisboa

2019



UNIVERSIDADE LUSÍADA

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

Sexualidade na deficiência intelectual e a importância da educação sexual: estudo de caso

Inês Isabel Serrano Faustino

Lisboa

agosto 2019



UNIVERSIDADE LUSÍADA

Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Mestrado em Psicologia Clínica

**Sexualidade na deficiência intelectual e a importância da
educação sexual: estudo de caso**

Inês Isabel Serrano Faustino

Lisboa

agosto 2019

Inês Isabel Serrano Faustino

Sexualidade na deficiência intelectual e a importância da educação sexual: estudo de caso

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientador: Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo

Lisboa

agosto 2019

Ficha Técnica

Autora Inês Isabel Serrano Faustino
Orientador Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo
Título Sexualidade na deficiência intelectual e a importância da educação sexual: estudo de caso
Local Lisboa
Ano 2019

Mediateca da Universidade Lusíada - Catalogação na Publicação

FAUSTINO, Inês Isabel Serrano, 1994-

Sexualidade na deficiência intelectual e a importância da educação sexual : estudo de caso / Inês Isabel Serrano Faustino ; orientado por António Martins Fernandes Rebelo. - Lisboa : [s.n.], 2019. - Dissertação do Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - REBELO, António Martins Fernandes, 1954-

LCSH

1. Deficientes mentais - Comportamento sexual
2. Educação sexual para deficientes mentais
3. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
4. Teses - Portugal - Lisboa

Agradecimentos

A etapa onde me encontro foi um caminho percorrido não só por mim, mas também, pelas pessoas que, de uma forma ou de outra, me deram a mão e fizeram o caminho comigo.

Pelo exposto, quero agradecer em primeiro lugar à minha família, em especial, à minha mãe, avó e avô. Por toda a confiança depositada, por todos os esforços feitos para a conclusão dos meus estudos e por todo o orgulho que demonstraram em todas as minhas vitórias. São sem sombra de dúvidas o meu grande apoio e a minha “casa”.

Amo-vos!

É com saudade e emoção que dirijo um especial agradecimento ao meu pai, um homem de poucas palavras, mas de uma sensibilidade nunca antes vista. Foi e será sempre uma referência, um exemplo de força e coragem, integridade, profissionalismo, respeito e empatia. A figura que me ensinou que o amor nem sempre precisa de ser verbalizado, mas sim demonstrado. Ao meu pai dedico a conclusão deste meu sonho, com a certeza de que os seus ensinamentos me irão acompanhar. Hoje, se estivesse presente, estaria muito orgulhoso de tudo o que consegui.

Aos meus amigos e colegas, que me ouviram e auxiliaram sempre que precisei. Não tenho palavras para descrever a quão grata estou por vos ter na minha vida. Dando principal destaque a Carolina Lima, Paulo Almeida, Susana Ruas, João Silva, Noemie Bouça e Sandra Estêvão.

Contudo, o meu crescimento deveu-se não só aos meus, mas também, às pessoas que entraram na minha vida no contexto académico. Deste modo, queria agradecer ao Professor Doutor António Rebelo, por toda a sua experiência partilhada, por todos os ensinamentos, orientação em todo o percurso académico e, principalmente, pela paciência e disponibilidade na orientação da minha dissertação.

Agradecer também à Professora Doutora Tânia Gaspar pelo seu esforço e dedicação em fazer do curso de Psicologia da Universidade Lusíada de Lisboa um curso de excelência e qualidade. Também uma palavra a todos os professores que me acompanharam ao longo da licenciatura e mestrado e que trabalharam para a formação de bons profissionais.

À Doutora Isabel Amaro um profundo agradecimento pela oportunidade de estagiar ao seu lado, pelo exemplo de experiência e profissionalismo, mas também por toda a flexibilidade e acompanhamento que me deu ao longo deste processo. Obrigada por ter confiado em mim, por me ter proposto abraçar esta investigação pioneira na Fundação e por me ter dado sempre auxílio no exercício das minhas tarefas.

À Fundação LIGA por me ter aberto as portas a uma nova realidade. Graças à confiança depositada, foi possível ultrapassar, não só todas as questões legais e burocráticas, como também, ter o privilégio de trabalhar para uma melhoria dos seus serviços. A todos os clientes com quem trabalhei e que participaram neste estudo, que tiveram de se expor e confiar em mim de forma inquestionável. Também à equipa do Centro de Atividades Ocupacionais, que me ajudou no planeamento das atividades realizadas e que contribuíram com a riqueza das suas opiniões e experiências.

Obrigada a todos!

Resumo

O presente trabalho pretende abordar o tema da sexualidade junto da população com deficiência intelectual, enaltecer a importância da existência da educação sexual, bem como a possibilidade desta população possuir aprendizagens neste âmbito. Pretende então, dar seguimento a uma visão não estigmatizante desta população e proporcionar a vivência de uma sexualidade saudável e informada. Neste sentido, trata-se de um estudo qualitativo em profundidade em que foram realizadas ações de sensibilização a 14 jovens da Fundação LIGA com o intuito da transmissão de conhecimentos relacionados com diversas dimensões que compõem a sexualidade. Foram utilizados um questionário de avaliação de conhecimentos e uma entrevista previamente à realização das ações de sensibilização, tendo a aplicação destes instrumentos sido repetida após a realização das mesmas. Os resultados encontrados foram positivos para todas as 7 dimensões da sexualidade abordadas, sendo que, na maioria dos casos, o nível de informação aumentou de forma significativa e inquestionável. O grupo de estudo demonstra uma capacidade de aprendizagem de temas específicos da sexualidade e a necessidade de continuação deste trabalho futuramente.

Palavras-Chave: Estudo de caso; Deficiência Intelectual; Sexualidade; Educação Sexual

Abstract

The present work intends to approach the subject of sexuality among the population with intellectual disability, praise the importance of the existence of sexual education, as well as the possibility for knowledge acquisition by this population on the topic. Its intention is to follow a non-stigmatizing vision of this population and to provide the experience of a healthy and informed sexuality. As such, this is an in-depth qualitative study in which 14 awareness actions were carried in LIGA Foundation with the purpose of transmitting knowledge regarding various dimensions of sexuality. A knowledge assessment questionnaire and an interview were applied, prior and subsequent to the performance of the awareness actions. The results were positive for all the 7 dimensions addressed regarding sexuality, and, in most cases the level of information increased significantly and unquestionably. The study group demonstrates an ability to learn specific topics regarding sexuality and the need to continue this work in the future.

Keywords: Case Study; Intellectual disability; Sexuality; Sex Education

Índice de Figuras

<i>Figura 1-</i> Representação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (World Health Organization, 2011)	6
<i>Figura 2-</i> Habilitações Literárias do grupo de estudo	31
<i>Figura 3-</i> Fratria do grupo de estudo	32
<i>Figura 4</i> Comparação dos resultados: Autoestima.....	47
<i>Figura 5-</i> Comparação dos resultados: Noção do corpo	49
<i>Figura 6</i> Comparação dos resultados: Afetividade/Relacionamentos	50
<i>Figura 7-</i> Comparação dos resultados: Sexualidade	51
<i>Figura 8-</i> Comparação dos resultados: Público VS Privado.....	52
<i>Figura 9-</i> Comparação dos resultados: Gravidez	53
<i>Figura 10-</i> Comparação dos resultados: Contraceção.....	55

Índice de Tabelas

Tabela 1- <i>Caracterização do grupo de estudo</i>	30
Tabela 2- <i>Ações de sensibilização: Autoestima</i>	33
Tabela 3- <i>Ações de sensibilização: Noção do corpo</i>	34
Tabela 4- <i>Ações de sensibilização: Afetividade/Relacionamentos</i>	34
Tabela 5- <i>Ações de sensibilização: Sexualidade</i>	34
Tabela 6- <i>Ações de sensibilização: Público VS Privado</i>	34
Tabela 7- <i>Ações de sensibilização: Gravidez</i>	34
Tabela 8- <i>Ações de sensibilização: Contraceção</i>	35
Tabela 9- <i>Ações de sensibilização: Reflexão final</i>	35
Tabela 10- <i>Resultados entrevistas: Relacionamentos</i>	37
Tabela 11- <i>Resultados das Entrevistas: perspectiva pessoal</i>	37
Tabela 12- <i>Resultados das Entrevistas: perspectiva educativa</i>	38
Tabela 13- <i>Resultados das Entrevistas: perspectiva familiar</i>	38
Tabela 14- <i>Resultados das Entrevistas: perspectiva social</i>	39
Tabela 15- <i>Resultados das Entrevistas: desenvolvimento afetivo</i>	40
Tabela 16- <i>Resultados das Entrevistas: perspectiva futura</i>	40
Tabela 17- <i>Resultados Questionário 1: Autoestima</i>	41
Tabela 18- <i>Resultados Questionário 1: Noção do corpo</i>	42
Tabela 19- <i>Resultados Questionário 1: Afetividade/Relacionamentos</i>	43
Tabela 20- <i>Resultados Questionário 1: Sexualidade</i>	43
Tabela 21- <i>Resultados Questionário 1: Público VS Privado</i>	44
Tabela 22- <i>Resultados Questionário 1: Gravidez</i>	45
Tabela 23- <i>Resultados Questionário 1: Contraceção</i>	45
Tabela 24- <i>Resultados Questionário 2: Autoestima</i>	47

Tabela 25- <i>Resultados Questionário 2: Noção do corpo</i>	48
Tabela 26- <i>Resultados Questionário 2: Afetividade/Relacionamentos</i>	49
Tabela 27- <i>Resultados Questionário 2: Sexualidade</i>	50
Tabela 28- <i>Resultados Questionário 2: Público VS Privado</i>	52
Tabela 29- <i>Resultados Questionário 2: Gravidez</i>	53
Tabela 30- <i>Resultados Questionário 2: Contraceção</i>	54

Índice Omonástico

- Aderemi, Pillay, Esterhuizen- 15
- Alferes- 32
- APA- 7,8
- Bastos, Deslandes- 5,20,23,26
- Carvalho, Pinheiro, Gouveia, Vilar- 32
- Cuskelly, Gilmore- 32
- Dantas- 18
- DelCampo, DelCampo- 32
- Garcia- 7,11,18
- Garghetti, Medeiros, Nuernberg- 5,6,9
- Gesser, Nuernberg- 7,9,18,20
- Gil-Llario, Morell-Mengual, Ballester-
Arnal, Diaz-Rodriguez- 13,14,18,19,24,25
- Gürol, Polat, Oran- 12,22,25,27
- Higgins- 12, 22
- Kijak- 15, 20
- Maia, Cláudia- 7,11,13,14,17,19,21
- Maia, Medeiros, Ferreira- 10,11
- Maia, Reis-Yamauti, Schiavo, Capellini,
Valle- 22
- Maia, Ribeiro- 11,12,16
- Martins, Cunha, Guerreiro, Marques- 8,22
- McDaniels, Fleming- 11,27
- Milian, Alves, Wechsler, Nakano- 6, 7, 9
- Monat- 12,14,25,27
- Ramiro, Reis, Matos, Diniz, Simões-
24,25,27
- Sankhla, Theodore- 7,11,18,21
- Santos- 5
- Schaaf- 13
- Shaafsma, Kok, Stoffelen, Curfs- 12, 15,
16,24,25,27
- Siebelink, Jong, Taal, Roelvink- 25
- Silva, Brígido- 10
- Simões- 7, 22
- Stoffelen, Herps, Buntinx, Schaafsma, Kok,
Curfs- 17, 19
- Stoffelen, Schaafsma, Kok, Curfs-
14,17,19,25
- World Health Organization- 6

Lista de Abreviaturas

- CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade
- SIDA - Síndrome da imunodeficiência adquirida
- DIU - Dispositivo Intrauterino

Índice

Resumo	I
Abstract	III
Índice de Figuras	V
Índice de Tabelas	VII
Índice Omonástico	IX
Lista de Abreviaturas	XI
Índice.....	XIII
Introdução	1
Enquadramento Teórico.....	5
Deficiência Intelectual.....	5
Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência	8
Sexualidade	9
Desenvolvimento Psicosexual / Construção de uma Identidade.....	9
Afetividade e Sexualidade	10
Sexualidade na pessoa portadora de deficiência	12
Sexualidade na Deficiência Intelectual.....	12
Direitos Sexuais da Pessoa Portadora de Deficiência Intelectual.....	16
Limitações da Vivência da Sexualidade da Pessoa com Deficiência Intelectual	18
Atitudes dos Pais e Profissionais Face à Sexualidade na Deficiência Intelectual	20
Educação Sexual na Deficiência Intelectual	23
Método	29
Objetivos do estudo.....	29
População com Deficiência Intelectual	29
Grupo de Estudo	29
Técnica – Entrevista e Questionário.....	32
Instrumentos	32
Ações de sensibilização da sexualidade - Atividades.....	33
Procedimentos	35
Resultados	37
Resultados das Entrevistas	37
Resultados do questionário 1- Pré ações de sensibilização.....	41
Autoestima.....	41

Noção do corpo.....	42
Afetividade/Relacionamentos.....	43
Sexualidade.....	43
Público VS Privado	44
Gravidez.....	45
Contraceção	45
Resultados do questionário 2- Pós ações de sensibilização	46
Autoestima.....	47
Noção do corpo.....	48
Afetividade/Relacionamentos.....	49
Sexualidade.....	50
Público VS Privado	52
Gravidez.....	53
Contraceção	54
Discussão	57
Bibliografia	65
LISTA DE APÊNDICES	1
APÊNDICES	3
APÊNDICE A	5
Apêndice B.....	9
Apêndice C.....	13
Apêndice D.....	17
Apêndice E.....	25
Apêndice F	35
Apêndice G.....	43
Lista de Anexos.....	53
ANEXOS.....	55
Anexo A	57

Introdução

Atualmente verificam-se algumas evidências de um crescente aumento da população com Deficiência Intelectual. Com as suas características específicas, esta população é frequentemente deixada à margem de determinados temas como a sexualidade ou relacionamentos amorosos, negligenciando e restringindo assim as práticas ao treino de competências sociais.

A deficiência intelectual é caracterizada por défices cognitivos associados a défices também nas competências adaptativas. Deste modo, as diversas alterações da funcionalidade presentes nestes sujeitos parecem comprometer não só as suas capacidades profissionais e académicas, como também, as suas capacidades sociais e emocionais.

Ao longo dos anos, procurou-se integrar de forma saudável esta população, evoluindo para uma sociedade inclusiva e de grande acessibilidade e aceitação da diferença. A grande questão reside no cariz negativo e no estigma que, apesar de todos os esforços, se encontram associados ao conceito de diferença. A pessoa com deficiência depara-se ainda na sua vida quotidiana com uma elevada quantidade de barreiras, não só arquitetónicas, que têm vindo a ser alteradas ao longo do tempo, mas também barreiras incorpóreas que parecem estar mais enraizadas. Estas barreiras estão associadas à perspetiva de uma sociedade idealmente inclusiva, mas que, na prática, não se apresenta como tal.

Pequenos passos têm vindo a ser tomados, com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, tendo sido possível uma rutura definitiva da perspetiva desumana acerca desta população, a qual era considerada inútil, incapaz e merecedoras, exclusivamente, de cuidados médicos continuados, negligenciando qualquer possibilidade de aquisição de competências.

Apesar disso, muitos temas continuam ainda por abordar junto desta população. É notória a grande lacuna que ainda existe no que diz respeito à temática da Sexualidade na Deficiência Intelectual. Os pequenos avanços parecem indicar um desvio dos mitos, frequentemente associados à deficiência intelectual. No entanto, quando se fala numa vivência plena da sua vida de acordo com os seus direitos já estabelecidos, a sexualidade parece não estar incluída no conceito de “Vida Plena”.

A realidade é que, sendo a população com deficiência intelectual uma população com características muito específicas, as prioridades de intervenção acabam por ser relacionadas com esse fator, quer por parte dos pais, quer por parte dos profissionais que os acompanham. A verdade é o que a literatura e investigação nos têm indicado é que a pessoa portadora de uma deficiência intelectual pode, em muitos casos, desenvolver a sua sexualidade e maturidade como qualquer pessoa. No entanto, nem sempre a necessidade de uma Educação Sexual é reconhecida pela maioria dos que interagem com a deficiência.

O trabalho em questão pretende então demonstrar que, não só a população com deficiência intelectual se desenvolve ao nível da sexualidade como qualquer pessoa, mas também, que necessita de programas de Educação Sexual que forneçam informação necessária para uma sexualidade responsável. Pretende-se também avaliar os conhecimentos dos participantes, numa primeira fase, sem nenhuma intervenção estruturada e, numa fase posterior, após a realização de ações bem delineadas de Educação Sexual. Acredita-se que ao proporcionar explicações e partilhar informação, os mesmos sejam capazes de as reter e utilizar futuramente, ao encontro de um facto inegável: todos os seres humanos têm a sua sexualidade. Para além disso, a pertinência deste estudo prende-se com a escassez de estudos que relatem e se centrem na perspetiva da própria pessoa da sua sexualidade e conhecimentos sobre este tema.

Pelo exposto, o caminho para uma sociedade evoluída pressupõe a aceitação da pessoa com deficiência e uma perspectiva da mesma com potenciais e com necessidades iguais a qualquer outra pessoa. A sexualidade faz parte das necessidades humanas, não se restringindo exclusivamente a relações sexuais e, como tal, quanto maior o nível de informação, mais comportamentos responsáveis serão adotados e, conseqüentemente, mais facilmente a vida é experienciada na sua totalidade.

Enquadramento Teórico

Deficiência Intelectual

A população portadora de deficiência tem vindo a crescer ao longo do tempo. Estes números prendem-se, em grande parte, pelo avanço tecnológico nos cuidados médicos, isto é, atualmente é possível oferecer serviços neonatais que possibilitem uma redução da taxa de mortalidade de prematuros conduzindo a que muitos consigam sobreviver, apesar das suas patologias crónicas (Bastos & Deslandes, 2012).

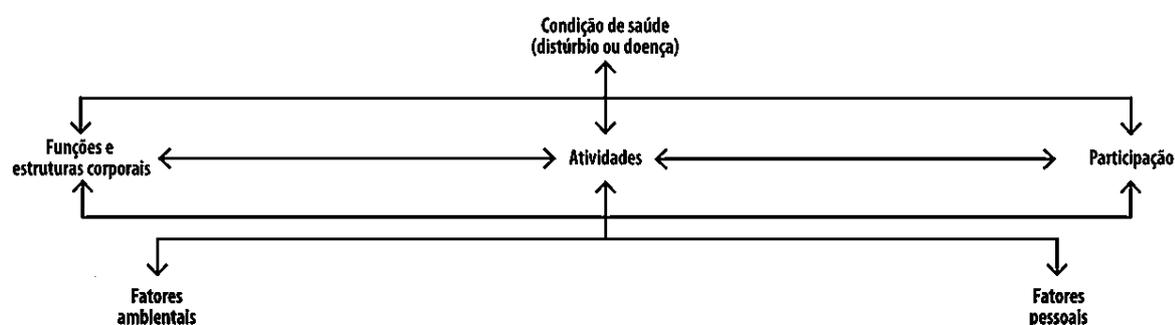
Segundo a Organização Mundial de Saúde, a deficiência é um termo que descreve uma perda ou anomalia de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatómica, de carácter temporário ou definitivo, podendo ser classificada em deficiência física, auditiva, visual, intelectual ou múltipla (Garghetti, Medeiros & Nuernberg, 2013).

Ao longo do tempo têm surgido diversas alterações no que diz respeito às ideias e perspectivas que se possuem acerca da deficiência intelectual. Esta evolução tem vindo a ser provada através dos comportamentos e ideias da sociedade. Por exemplo, no tempo dos romanos e gregos, a deficiência intelectual era vista como algo intolerável e desprezável, chegando a ser, em determinadas alturas, justificação suficiente para a morte desta população. Hoje, a tendência é que a mesma seja vista como um conjunto de limitações mas que em nada restringe uma vida dita como “Normal” (Santos, 2017; Garghetti, Medeiros & Nuernberg, 2013).

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde entende a deficiência já num plano mais abrangente, afirmando que não se limita apenas à consequência de um diagnóstico, mas também, a uma experiência social que advém de tal condição. Deste modo, a deficiência dependerá sempre das dificuldades na funcionalidade que podem interferir em três áreas: alterações nas estruturas do corpo; dificuldades em atividades

específicas, como é o exemplo da marcha; e restrições em aspetos da vida, tais como, a discriminação no emprego. Assim, o grau de incapacidade apresentado dependerá não só da condição orgânica do indivíduo, mas também, de todos os seus contextos e apoios individualizados, tal como indicado na Figura 1, a qual tem igualmente em consideração. São tidos também em conta conceitos que poderão ser, ou não, facilitadores da vida desta população. (Garghetti, Medeiros & Nuernberg, 2013; World Health Organization, 2011).

Figura 1 - Representação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (World Health Organization, 2011)



Quando se refere a fatores ambientais, a CIF refere-se a recursos tecnológicos, o ambiente construído ao redor do sujeito, as relações interpessoais construídas nesse ambiente, atitudes e a políticas públicas dirigidas a esta população alvo. Por outro lado, os fatores pessoais têm uma forte influência na atitude participativa na sociedade, tais como a motivação e a autoestima (World Health Organization, 2011).

Também a nomenclatura da própria deficiência tem vindo a ser alterada e desenvolvida, sendo o termo atual e mais adequado, “Deficiência Intelectual” pois concentra-se apenas nos défices cognitivos e não nas perturbações psiquiátricas (Milian, Alves, Wechsler & Nakano, 2013).

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência ao enfatizar e definir os direitos dos mesmos, contribui para uma mudança de perspetiva. Anteriormente o grande

enfoque era dado ao modelo biomédico reduzindo a pessoa com deficiência exclusivamente às suas incapacidades. Procura-se desde então, uma visão segundo um modelo social, considerando a pessoa na sua totalidade e como um ser em interação com o mundo ao seu redor. Assim, a deficiência é integrada como parte do ciclo de vida. Pode ser vista também, segundo duas perspectivas: a deficiência intelectual como um desvio da identidade social (um conceito construído pela sociedade); ou a deficiência em si, com uma conotação orgânica. Quando nos referimos ao modelo social, estamos a ter em conta os fatores que os diferenciam dos outros sujeitos. Significa então que, apesar de, na sua origem, existirem fatores biológicos e patológicos, estas limitações são mantidas ou aumentadas através de atributos diferenciadores, ou seja, os estigmas. Assim, é vista como uma característica que se manifesta devido a uma lesão que, de certa forma, incapacita e dificulta a vida social do indivíduo (Maia & Cláudia, 2016; Simões, 2015; Gesser & Nuernberg, 2014; Garcia, 2012).

A “Associação Americana de Retardo Mental” compreende a deficiência com base nas suas diversas dimensões, o nível de funcionalidade e os seus diversos contextos. É caracterizada por limitações ao nível de funcionamento intelectual e do comportamento adaptativo (Milian, Alves, Wechsler & Nakano, 2013).

São propostas quatro classificações consoante o nível de gravidade da deficiência intelectual no Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais, as quais se apresentam sumariadas no Anexo A (Sankhla & Theodore, 2015; APA, 2014; Milian, Alves, Wechsler & Nakano, 2013).

Apesar de todas as definições formuladas, a que se apresenta de forma mais completa afirma que a Deficiência Intelectual é caracterizada por:

“Défices nas capacidades mentais gerais, como o raciocínio, a resolução de problemas, o planeamento, o pensamento abstrato, o discernimento, aprendizagem académica e a

aprendizagem pela experiência. Os défices levam a incapacidades no funcionamento adaptativo, de tal forma que o indivíduo falha em atingir os padrões de independência pessoal e responsabilidade social num ou mais aspetos da vida diária, incluindo comunicação, participação social, funcionamento académico ou ocupacional e independência pessoal em casa ou na comunidade” (APA, 2014).

Existem inúmeras causas relacionadas com a deficiência intelectual. Atuam diversos fatores podendo assim, limitar um desenvolvimento saudável, como por exemplo, fatores hereditários, como anomalias no metabolismo ou alterações cromossómicas. Podem estar na origem também, alterações do desenvolvimento embrionário, prematuridade, hipoxemias e infeções. Para além destes e outros fatores, é importante ressaltar que, a limitação a estímulos sociais podem também ser um fator de predisposição (Martins, Cunha, Guerreiro & Marques, 2015).

Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência

Atualmente já foi conseguida uma evolução significativa no que diz respeito aos direitos da população com deficiência, no entanto, são ainda bastante presentes, algumas limitações e violações dos mesmos. Estas barreiras tanto são arquitetónicas, impossibilitando acessibilidade a uma vida “normal”, como são associadas às atitudes perante esta comunidade. A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, foi construída após um trabalho de equipa entre a Organização das Nações Unidas e Organizações de apoio a esta comunidade, tendo como base teórica o modelo social. Deste modo, foram definidos oito principais direitos gerais: respeito pela dignidade e autonomia individual; não discriminação; inclusão e direito à participação ativa na sociedade; respeito e aceitação da deficiência como parte da diversidade de uma sociedade; igualdade de oportunidades; acessibilidade; igualdade de géneros; respeito pelas capacidades de desenvolvimento de

crianças com deficiência. Segundo esta perspectiva de direitos humanos, a inclusão deverá ser uma consequência do trabalho da própria sociedade e organizações de apoio, no sentido de desenvolver competências que permitam uma participação ativa na sociedade (Gesser & Nuernberg, 2014; Milian, Alves, Wechsler & Nakano, 2013; Garghetti, Medeiros & Nuernberg, 2013).

Sexualidade

Desenvolvimento Psicosssexual / Construção de uma Identidade

Sabendo de antemão a importância da sexualidade, a mesma não será compreendida de forma adequada sem antes compreender o Desenvolvimento Psicosssexual. Surge como grande marco a partir de Sigmund Freud, pois possibilita uma diferenciação da ideia exclusiva da época de que a sexualidade era sinónimo de ato sexual. Assim, afastou-se a ideia da sexualidade como meio para um único objetivo: a reprodução. Nesta perspectiva, Freud afirmava que a sexualidade se apresentava também na infância, designando-a como força, e consequentemente, o sexo seria energia. Era então associada aos instintos e, de algum modo, estrutura tanto o próprio indivíduo (dimensão interna) como o meio externo do indivíduo (dimensão externa). Como tal, a finalidade da sexualidade seria a procura de prazer, sendo esta procura algo natural no desenvolvimento do ser humano. São propostas quatro fases do desenvolvimento sexual. A primeira fase, designada de Fase Oral, até aos 2 anos de idade, cujo prazer é centrado na zona da boca, ou seja, na ingestão de alimentos ou na estimulação da boca; a segunda fase, a Fase Anal, entre os 2 e os 4 anos de idade onde o prazer se localiza essencialmente no ânus, sendo alcançado através do controlo dos esfíncteres; a terceira fase, chamada de Fase Fálica o prazer centra-se nos órgãos sexuais, apesar do período de Latência entre os 6 e 11 anos, onde ocorre uma diminuição do interesse; a última fase, designa-se de

Fase Genital, onde o prazer deixa de ser o próprio corpo, mas sim, um objeto externo ao indivíduo (Maia, Medeiros & Ferreira, 2018; Silva & Brígido, 2016).

Apesar de toda a importância inegável da teoria e dos ideais de Freud, atualmente ainda existem muitas críticas acerca dos seus métodos e da forma como é aplicada na prática clínica. No entanto, o seu maior contributo é a compreensão da sexualidade infantil como organizadora e estruturadora da fase da adulta, não dependendo do objeto que desperta desejo. Isto é, é uma força inata a todo o ser humano com a finalidade do alcance do prazer, sendo que para o seu alcance, não é estritamente necessário o ato sexual em si, bastando apenas um contacto próximo com um objeto que motive o chamado desejo sexual (Silva & Brígido, 2016).

Afetividade e Sexualidade

O conceito de sexualidade surge apenas no século XIX, através do crescimento e desenvolvimento de estudos científicos e da rutura com ideais religiosos, morais e médicos que, de certo modo, despertam o interesse na área (Maia, Medeiros & Ferreira, 2018; Silva & Brígido, 2016).

A sexualidade é uma expressão de desejo que difere de pessoa para pessoa e de contexto para contexto, isto é, envolve formas de sentir e viver particulares. Assim, a forma como cada pessoa manifesta a sua sexualidade depende sempre da forma como vive as suas emoções e as suas práticas sexuais, sempre com a influência dos valores incutidos pela vida em sociedade. Estudos acerca da mesma têm demonstrado a importância das experiências emocionais e românticas para o aumento dos níveis de bem-estar. É expressa através do erotismo, construção de género, relações afetivas e sexuais independentemente da ausência, ou não, de uma deficiência, sendo o seu processo de desenvolvimento caracterizado por si só, como um período marcado por algumas dificuldades. A sexualidade é uma dimensão

fortemente influenciada por crenças religiosas, políticas, culturais, da própria sociedade em questão e da família (Maia & Cláudia, 2016; Sankhla & Theodore, 2015; Maia & Ribeiro, 2010).

A primeira definição de sexualidade dada pela Organização Mundial de Saúde entende a sexualidade como uma necessidade básica, não só centrada no ato sexual, mas integrando já a componente sentimental do indivíduo. Na tentativa de tornar esta definição o mais completa possível, esta organização formulou uma segunda definição, incluindo a influência de fatores psicossociais. A definição mais atual dada pela Organização Mundial de Saúde acerca da sexualidade é multidimensional, isto é, caracteriza-se pelo contacto e intimidade com alguém, procurando sentimentos como o amor, e manifestando-se através de formas de pensar e ações. Como a mesma define:

“Aspeto central do ser humano ao longo da vida abrange sexo, identidades e papéis de género, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade é vivenciada e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos. Embora a sexualidade possa incluir todas essas dimensões, nem todas elas são sempre vivenciadas ou expressas. A sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, legais, históricos, religiosos e espirituais” (Maia, Medeiros & Ferreira, 2018; McDaniels & Fleming, 2016; Garcia, 2012).

Deste modo, através da sexualidade é possível atribuir significado às nossas experiências e formas de explorar o mundo à nossa volta. Uma forma de vivenciar a sexualidade é através da sensualidade, capacidade inerente a qualquer ser humano. Estudos demonstram resultados bastante significativos de que existe uma forte correlação entre a

sexualidade e diversos domínios da qualidade de vida, nomeadamente, entre intimidade sexual e a importância da qualidade de vida (Higgins, 2010; Monat, 1982).

Associados ao conceito de sexualidade, encontram-se conceitos como beleza, desempenho físico, função sexual, género e saúde, inculcados através de meios provenientes do contexto social, como meios de comunicação, jornais, programas de televisão e músicas. Todos estes conceitos de algum modo balizam, promovem ou reprimem a sexualidade de qualquer pessoa (Maia & Ribeiro, 2010).

A saúde sexual é um conceito que também está, indiscutivelmente, associado ao conceito de sexualidade. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, é caracterizada pela oportunidade de uma vivência plena da sexualidade, como meio de adquirir prazer e experiências sexuais seguras, e não, um conceito restrito à ausência de doença ou experiências negativas. Assim, quando se afirma que o sujeito possui saúde sexual, pressupõe-se que a sua sexualidade é vivida de forma livre e saudável, e que é capaz de lhe proporcionar prazer (Schaafsma, Kok, Stoffelen & Curfs, 2015).

Deste modo, uma vida sexual saudável está diretamente correlacionada com um desenvolvimento sexual saudável. Encontra-se, então, integrado no desenvolvimento físico, acarretando deste modo algumas limitações no que diz respeito à pessoa com deficiência (Gürol, Polat & Oran, 2014).

Sexualidade na pessoa portadora de deficiência

Sexualidade na Deficiência Intelectual

A sexualidade é, como já referido anteriormente, multidimensional. Integra emoções, comportamentos, atitudes, intimidade, erotismo e prazer, bem como, uma relação com os outros. Apesar de se saber de antemão que a sexualidade faz parte do desenvolvimento do ser humano, a vivência da mesma por parte da população com deficiência intelectual tem sido

negada e ignorada pela maioria. Uma quantidade elevada de mitos e estereótipos levam a uma atitude negativa por parte da sociedade, mesmo que não existam evidências científicas para se afirmar que esta população não demonstra capacidade para uma experiência saudável e plena da sua vida (Gil-Llario, Morell-Mengual, Ballester-Arnal & Díaz-Rodríguez, 2018; Maia & Cláudia, 2016).

As pesquisas realizadas na temática da sexualidade na deficiência intelectual têm assumido a perspectiva das pesquisas escolares e ativistas feitas por pessoas com deficiência. No entanto, as mesmas apresentam uma lacuna relacionada com o facto de se centrarem na questão do corpo e de uma deficiência física. No que diz respeito a políticas públicas, a sexualidade é unicamente mencionada na perspectiva de perigo e de comportamentos excessivos ou da ausência total destes. Para além disso, a imagem da mulher com deficiência é de necessidade extrema de proteção contra abusos (Schaaf, 2011).

Sabe-se que, apesar de ser possível uma vivência plena da sua sexualidade, a deficiência intelectual pressupõe défice no comportamento adaptativo e como tal, a sexualidade acaba também por ser influenciada. Segundo o mesmo autor, a sexualidade poderá ser entendida consoante o grau de deficiência intelectual, sendo possível “padronizar” comportamentos esperados para cada grau. Neste caso, quando nos referimos a défice cognitivo ligeiro, o desenvolvimento psicosexual segue o seu curso normal, existindo capacidades de controlo de comportamentos; no que diz respeito ao défice cognitivo moderado, as características sexuais secundárias poderão apresentar um ligeiro atraso e poderá ser, em parte, mais difícil aceder ao seu desenvolvimento psicosexual; por fim, perante um défice cognitivo profundo, existem poucos comportamentos adaptativos, a presença de muitas reações impulsivas sem consciência dos seus comportamentos de cariz sexual, a procura de prazer é feita, na maioria das vezes, por autoestimulação e o seu objetivo

é, exclusivamente, a satisfação das suas necessidades básicas, frequentemente, com recurso a masturbação excessiva e prejudicial (Monat, 1982).

Gil-Llario, Morell-Mengual, Ballester-Arnal e Díaz-Rodríguez (2018), demonstram a ideia de que, comportamentos excessivos e considerados como desadequados em público, frequentemente vistos e associados a esta população, não têm como causa o seu nível de deficiência intelectual, mas sim, a elevada falta de conhecimentos e informação nesta temática. De destacar os resultados desta investigação, onde quase a totalidade da amostra (97,8%) revela ter-se sentido, em algum momento, atraído por alguém. 88,3% afirmou ter tido fantasias sexuais e 96,4% afirmou ter tido um parceiro, tendo a maior parte revelado também, que não tinha a permissão dos pais.

No que diz respeito a estudos realizados acerca da sexualidade na deficiência intelectual são ainda poucos os que, de facto, assumem uma perspetiva integradora, desprovidos de uma ideia negativa. Esta lacuna na investigação torna-se ainda mais visível quando nos referimos especificamente à população feminina com deficiência intelectual (Stoffelen, Schaafsma, Kok & Curfs, 2018).

No estudo de Maia e Cláudia (2016), os resultados a partir dos relatos de pessoas com deficiência acerca da sua sexualidade foram bastante claros. Nenhum dos participantes sabia o que era o conceito de sexualidade, associando-o apenas a demonstrações como o beijo, sexo e casamento, chegando, em alguns casos, a ser associado ao abuso sexual. Demonstraram também uma carência de informação acerca dos métodos contraceptivos, tendo apenas conhecimento acerca da função de prevenção de transmissão de doenças. A informação limitada que possuem aparece associada aos meios de comunicação e internet, sugerindo serem estas as únicas ou as principais fontes de informação. Os participantes que afirmaram ter namorado(a) falaram da sua relação com um cariz infantil e sempre com a presença do pai

ou da mãe. No que diz respeito à prática de atos sexuais, os autores destacaram igualmente, o facto de muitos ocorrerem em locais pouco privados e sem qualquer medida de contraceção.

Também no estudo de Aderemi, Pillay e Esterhuizen (2013), os resultados demonstram maior quantidade de relatos de experiências sexuais por parte do grupo com deficiência intelectual moderada, em comparação com o grupo sem deficiência intelectual, bem como, relatos de comportamentos de risco e abusos. No que diz respeito ao número de parceiros, os resultados foram inversos, isto é, o grupo sem deficiência relatou ter tido mais parceiros do que o grupo com deficiência.

No estudo de Kijak (2013), os resultados foram ao encontro de outros já referidos. Apesar de uma vida sexual ativa, ainda existe uma lacuna muito grande nesta população, no que diz respeito à informação. A masturbação e carícias foram as atividades mais relatadas, sendo que, na maioria dos casos, eram realizadas num ambiente de privacidade. No entanto, os métodos utilizados poderiam colocar a saúde dos intervenientes em perigo. O estudo indica também, que quanto maior o nível de deficiência, mais prováveis se tornam estas atividades em contextos desadequados. Este resultado não é apenas consequência das limitações, mas sim, de uma lacuna na educação desta população, bem como, da não aprendizagem da gestão e identificação das suas emoções.

Contudo, apesar do grande enfoque dado às questões de privacidade e da adequação dos comportamentos de cariz sexual a ambientes íntimos, o que parece acontecer na prática, é a inexistência de momentos proporcionados para tal. Na maioria dos casos, os casais não são deixados sozinhos, nem lhes são oferecidas oportunidades apropriadas para um contacto íntimo (Schaafsma, Kok, Stoffelen & Curfs, 2015).

Congruente com estudos já referidos anteriormente, está o estudo de Garcia (2012), cujos resultados traduzem a perspectiva da pessoa portadora de deficiência intelectual. Os

participantes demonstram pouca experiência de namoro, no entanto, a maior parte, demonstra ter consciência de uma evolução progressiva de sentimentos e a importância de questões como, a autoimagem e autoestima, a fidelidade, a confiança e os ciúmes. Nas questões colocadas relacionadas com a sexualidade, foi demonstrada uma conotação de proibição nas respostas dos participantes, e a pouca informação recolhida incorporava muitas incertezas. Em relação ao casamento, os participantes relataram vontade de realizar sonhos como, casar e ter filhos, existindo um profundo conhecimento acerca dos papéis sociais impostos pela sociedade, isto é, o homem é responsável pela questão monetária, e como tal, teria de trabalhar, e a mulher responsável pelo cuidado da casa.

Para além dos indicadores de uma sexualidade limitada anteriormente mencionados, no que diz respeito à orientação sexual, existe um número muito escasso de estudos neste âmbito, no entanto, são mencionadas atitudes negativas e um profundo desconhecimento face à homossexualidade. Consequentemente, o sujeito homossexual portador de uma deficiência intelectual encontra-se, na maioria dos casos, isolado. Aceitar a diferença e respeitar os direitos da pessoa com deficiência passa também, por aceitar a sua orientação sexual (Schaafsma, Kok, Stoffelen & Curfs, 2015; Maia & Ribeiro, 2010).

Direitos Sexuais da Pessoa Portadora de Deficiência Intelectual

Quando se fala em direitos, importa salientar, numa primeira fase, as três principais organizações que demonstraram uma grande preocupação no que diz respeito à definição dos direitos de pessoas portadoras de deficiência: Organização Mundial de Saúde, Associação Mundial para a Saúde Sexual e Federação Internacional de Planeamento Familiar (Stoffelen, Herps, Buntinx, Schaafsma, Kok & Curfs, 2017).

Os direitos das pessoas portadoras de deficiência intelectual foram definidos, sendo cada vez mais notória a sua extrema importância. Quando se fala em “Direitos”, não se fala

apenas nos direitos mais conhecidos como a Igualdade e a Liberdade. Importa referir que este conceito integra também os direitos sexuais, tais como, a liberdade de escolha de parceiro, o direito à não-discriminação, à privacidade e à liberdade de pensamentos e às opiniões próprias (Stoffelen, Schaafsma, Kok & Curfs, 2018; Maia & Cláudia, 2016).

Em 2006, as Nações Unidas realizaram a Convenção dos Direitos de Pessoas Portadoras de Deficiência Intelectual. Foi um marco importante para a evolução e para a igualdade. De facto, no artigo 25 da Convenção, existe um foco dos direitos na dimensão sexual e no direito à saúde, explicitando que o suporte médico e profissional oferecido à população sem deficiência, deveria ser também, oferecido à população com deficiência (Stoffelen, Schaafsma, Kok & Curfs, 2018).

A Associação Americana de Deficiências Intelectual e do Desenvolvimento afirma que “*peoas com retardo mental e deficiências de desenvolvimento, como todas as peoas, têm direitos sexuais inerentes e necessidades humanas básicas*”. Como tal, a orientação sexual deverá ser respeitada e tida em conta também nesta população (Stoffelen, Schaafsma, Kok & Curfs, 2018).

A Associação Mundial para a Saúde Sexual, no ano de 2014, procurou também definir um conjunto de direitos para a saúde sexual. São exemplos o direito à privacidade, o direito à saúde sexual, o direito ao casamento e de constituir família, a liberdade de escolha no número de filhos, e por fim, o direito à informação e educação (Stoffelen, Herps, Buntinx, Schaafsma, Kok & Curfs, 2017).

Estudos indicam também que este direito à manifestação e vivência de uma sexualidade saudável contribui, em grande escala, para um processo de “normalização” desta população. Assim, compreende-se a sexualidade como integradora de afetos, desejos e amor e que, por sua vez, conduz ao que se designa de dignidade. Determina não só a dignidade,

mas também, o conceito de inclusão, isto é, a não vivência e o não desenvolvimento é precisamente fatores de exclusão desta população, diminuindo a vontade de se querer relacionar com os pares (Sankhla & Theodore, 2015; Dantas, 2013).

Importa destacar o papel da Psicologia nesta temática. A este respeito, a Associação Americana de Psicologia tem contribuído para uma orientação destes profissionais desta área. Assim, é sugerido um trabalho que integre os vários modelos acerca da deficiência, que permita distanciar as suas perspetivas e emoções, bem como, as barreiras existentes que impedem o seu trabalho de forma eficaz, conhecer os direitos e as leis desta população, combater as barreiras que impedem um acesso a este serviço, adequar a sua linguagem e modo de trabalhar, mas essencialmente, que procurem sempre uma evolução das suas competências profissionais. Prova da sua pertinência para a área da Psicologia é a inclusão dos direitos reprodutivos e sexuais na lista de direitos das pessoas com deficiência, abrangendo assim temáticas e dimensões do ser humano passíveis de intervenção psicológica (Gesser & Nuernberg, 2014).

Limitações da Vivência da Sexualidade da Pessoa com Deficiência Intelectual

É relevante afirmar que os comportamentos sexuais desviantes e desajustados desta população nem sempre são consequência do grau de deficiência da mesma. São sim, frequentemente, consequência de uma lacuna na informação que lhes é transmitida. Esta carência de acompanhamento, conduz a uma população com um elevado grau de vulnerabilidade e com elevados índices de risco no que diz respeito às doenças sexualmente transmissíveis (Gil-Llario, Morell-Mengual, Ballester-Arnal & Díaz-Rodríguez, 2018; Garcia, 2012).

Relatos de abusos sexuais são assumidos por estas pessoas como algo natural, não sendo capazes de os identificar como negativos ou de considerar a hipótese de os verbalizar e

expor o problema a alguém. Na maioria dos casos, as mulheres tendem a esconder estes episódios e os homens a manifestarem comportamentos agressivos (Gil-Llario, Morell-Mengual, Ballester-Arnal & Díaz-Rodríguez, 2018).

No estudo de Stoffelen, Schaafsma, Kok e Curfs (2018), é demonstrado o grande impacto que têm as limitações desta população na sua vida, nomeadamente, a presença de sentimentos de insegurança e reduzidas competências verbais que, juntamente com a falta de apoio e suporte oferecido às mesmas, dificultam uma tomada de consciência de si e a procura de um parceiro.

Quando falamos do suporte oferecido, em diversos países procura-se num primeiro momento a criação de um Plano de Suporte Individual, precisamente para dar resposta às características individuais de cada sujeito. Em suma, este plano consiste no desenvolvimento e avaliação de objetivos individuais consoante os objetivos pessoais de cada sujeito. Este plano deverá ser realizado num diálogo entre cada indivíduo e os profissionais, o que nem sempre se verifica (Stoffelen, Herps, Buntinx, Schaafsma, Kok & Curfs, 2017).

A vivência da sexualidade da população com deficiência intelectual está, na maioria das vezes, associada a estigmas e preconceitos acerca da mesma. Na verdade, algumas das limitações apresentadas não se devem ao défice cognitivo em si, mas sim, a consequências psicológicas que estes estigmas causam nas pessoas, nomeadamente, baixa autoestima, inabilidade social, timidez e uma vida social muito restritiva. Este impacto não ocorre apenas ao nível da relação com o outro, mas também, com a perceção negativa que possuem delas próprias, desvalorizando-se e percecionando-se como pessoas não desejáveis (Maia & Cláudia, 2016).

É do conhecimento geral algumas limitações que estão associadas à deficiência intelectual, que não impossibilitando uma vida sexual ativa, em parte, a limitam e

prejudicam. Frequentemente, associados à deficiência, estão problemas como a incontinência urinária que, não sendo um fator que exclui por completo uma vida sexual e amorosa, acarreta questões de baixa autoestima e episódios de elevado constrangimento. Como tal, é necessário o desenvolvimento de competências e potenciais para que seja possível construir uma relação de abertura e aceitação com os parceiros (Gesser & Nuernberg, 2014).

Devido a uma grande variedade de questões que, de certa forma, limitam uma vivência e abordagem natural da sexualidade, uma percentagem muito elevada de pessoas com deficiência demonstram medo de encontros com parceiros. Referimo-nos a um nível de medo tão elevado que muitos optam por não iniciar a sua vida sexual. Para além disso, apesar de muitos compreenderem a importância da satisfação do parceiro (e não apenas do próprio) no momento de intimidade, não conseguem descrever de forma eficiente ao que se refere essa satisfação (Kijak, 2013).

Um dos fatores que se mostra como limitantes de uma sexualidade saudável e natural é a religião, tal como indica o estudo de Bastos e Deslandes (2012). Ambientes com valores religiosos bem definidos tendem, a serem ambientes mais reprimidos, pois a sexualidade é entendida de uma perspectiva muito específica, com a finalidade única da reprodução. Associando o estigma de que a sexualidade da pessoa com deficiência ser vista como algo “anormal”.

Atitudes dos Pais e Profissionais Face à Sexualidade na Deficiência Intelectual

Os pais, de um modo geral, tendem a encarar os seus filhos como eternas crianças. Esta tendência apresenta-se ainda mais reforçada quando se tratam de filhos com deficiência intelectual, associando a esta perceção, o facto de serem seres sexuados, como qualquer outra pessoa, acarretando dificuldades acrescidas. Frequentemente, é relatado pelos pais que, quando o comportamento sexual é manifestado em público, a forma de lidar seria a

repreensão. É entendido que esse comportamento, seria consequência da sua deficiência, desresponsabilizando qualquer influência da falta de informação. O facto de, manifestarem comportamentos de superproteção, de evitação de temáticas como a sexualidade e o uso de medicação e esterilização como forma de controlo dos impulsos e da gravidez acarretam riscos futuros para um desenvolvimento saudável. Estas atitudes contribuem assim, para a formação de um adulto com dificuldades, imaturo e dependente, ao invés de um adulto com dificuldades mas no qual tenha sido inculcido sentido de responsabilidade e transmitida informação (Maia & Cláudia, 2016).

É já conhecida a influência que as atitudes acerca da população com deficiência intelectual possui para o seu processo de inclusão e integração na sociedade, como tal, estudos realizados no âmbito das atitudes face à sexualidade de pessoas com deficiência intelectual têm demonstrado que, pessoas que trabalhem na área, casas de acolhimento/lares ou trabalhadores em outros serviços públicos possuem, na sua maioria, atitudes mais positivas. No entanto, estes valores tendem a tornar-se negativos quando são comparados com pessoas sem nenhuma deficiência ou quando se coloca a hipótese de esta população ter filhos. Outras variáveis associadas à população que parecem intervir na perceção sobre os indivíduos que apresentam deficiência é a idade e a religião, isto é, pessoas com idades mais avançadas ou pessoas mais religiosas estão frequentemente associadas a atitudes mais conservadoras (Sankhla & Theodore, 2015).

Estamos então a falar de cuidadores formais e cuidadores informais, que pouco participam em estudos realizados em Portugal, no sentido de avaliar a carga e consequências decorrentes do seu trabalho diário. Estas consequências poderão ser de carácter físico, social, organizacional e psicológico. Os poucos estudos que se encontram, recentes e em Portugal, visam compreender quais as estratégias de *coping* utilizadas pelos profissionais visto que, na

maioria dos casos, os cuidadores formais e informais apresentam uma maior predisposição para sintomatologia psicopatológica. Quando analisada esta predisposição, os cuidadores apresentam taxas mais elevadas de problemas de saúde mental/física, dificuldades financeiras, conflitos nos seus próprios relacionamentos e com redes sociais limitadas (Martins, Cunha, Guerreiro & Marques, 2015; Higgins, 2010).

Os resultados do estudo de Gürol, Polat e Oran (2014), revelam que todas as mães participantes afirmam nunca ter oferecido algum tipo de educação sexual aos seus filhos, embora praticamente a totalidade das participantes, reconheçam a necessidade de oferecer esse tipo de informação. É evidente também nestes resultados, a diferença de género. Por um lado, quando se referiam a filhos rapazes todo o tipo de intervenção era vista como necessária. No entanto, por outro lado, não parece ser reconhecido pelas mães de raparigas uma necessidade tão elevada de intervenção. Assim, a educação sexual é compreendida como necessária, apenas quando existem manifestações visíveis da sexualidade. Importa então, transmitir não só a ideia de que a oferta de informação é pertinente em qualquer género e independentemente das manifestações, mas também, que é possível a prevenção de algumas problemáticas a nível social e melhorar a qualidade de vida dos seus filhos.

No estudo realizado por Simões (2015), é evidente que a perceção e atitude por parte dos profissionais e professores é bastante conservadora no que diz respeito à sexualidade de pessoas com deficiência intelectual. Isto é, na perspetiva dos profissionais a deficiência é compreendida exclusivamente como défice ou incapacidade, sendo deste modo a sua sexualidade ou qualquer relacionamento interpessoal significativo entendido como algo desregulado e deficitário. Importa referir que esta perceção não é partilhada pelos próprios alunos com deficiência, cuja ideia é de capacidade, apesar de possuírem algumas limitações.

Maia, Reis-Yamauti, Schiavo, Capellini e Valle (2015), encontram resultados que mostram que a maior parte dos professores relata que os seus alunos manifestam a sua sexualidade e que consideram fazer parte do desenvolvimento natural do ser humano. Estas manifestações acabam por ser encaradas como parte do processo de adolescência. Contudo, quando questionados acerca das suas competências profissionais para a abordagem de temas como a sexualidade, a sua perceção é de grande fragilidade. Em suma, a sexualidade na deficiência intelectual é uma realidade observada por parte dos professores, e que por sua vez, também é aceite e considerada como parte do desenvolvimento. A barreira existe, exclusivamente, na carência de apoio aos profissionais que, como consequência, conduz a uma atitude de insegurança e “incapacidade” ao abordar estes temas.

Apesar de existir um entendimento de como algo característico de uma determinada fase de desenvolvimento, quando se referem aos próprios filhos, os pais relatam não saberem como lidar com as situações sendo a resposta mais fácil reprimir os seus comportamentos evitando um confronto com questões que, de certo modo, podem ser consideradas constrangedoras. No entanto, demonstram expectativa acerca do interesse dos seus filhos pelo sexo oposto. Em suma, este interesse pelo sexo oposto era visto como uma necessidade sexual dos mesmos, estando exclusivamente ligada a questões de saúde e não à procura de afetividade. Para além disso, consideravam que quando estas necessidades não se encontravam satisfeitas, acabavam por ficar mais vulneráveis a abusos sexuais (Bastos & Deslandes, 2012).

Educação Sexual na Deficiência Intelectual

Antes mesmo de compreender a Educação Sexual dirigida a uma população com características específicas, importa compreendê-la como um processo de aprendizagem, de socialização e de desenvolvimento de certas competências. A este respeito, importa ressaltar

que este tipo de educação tem como principais objetivos a prevenção de comportamentos de risco e a promoção de hábitos saudáveis relacionados com a Sexualidade. Atualmente, existem diversas fontes e plataformas que garantem o acesso a informação e conhecimento, no entanto, as mesmas nem sempre possibilitam o acesso a informação fidedigna (Ramiro, Reis, Matos, Diniz & Simões, 2011).

A educação sexual é de extrema importância para o desenvolvimento saudável de qualquer pessoa assumindo, contudo, um papel fulcral quando nos referimos a pessoas com deficiência intelectual. Esta importância não se encontra associada à problemática em si, mas às dificuldades inerentes à condição dos indivíduos que, de certa forma, prejudica uma sexualidade responsável e saudável. Atualmente, os programas de educação sexual dirigidos a esta população em específico ainda apresentam um carácter repressivo. Isto é, assentam numa perspetiva de controlo dos impulsos e de não-satisfação das suas necessidades sexuais, não oferecendo informação prévia acerca dos perigos associados e transmitem conhecimentos teóricos sem indicação da sua aplicação na vida quotidiana; Por fim, é transmitida a perspetiva de incapacidade dos mesmos decidirem uma futura esterilização, ou não, por não serem considerados aptos para o uso de contraceptivos (Gil-Llario, Morell-Mengual, Ballester-Arnal & Díaz-Rodríguez, 2018; Schaafsma, Kok, Stoffelen & Curfs, 2015).

Atualmente, já se compreende a sexualidade como um conjunto integrado de diversos temas, todos eles diferentes, mas com o mesmo nível de pertinência para uma vivência plena da sexualidade, entre eles, a afetividade e os sentimentos, mas também questões acerca da anatomia e fisiologia, nomeadamente, diferenças entre homem mulher, e questões relacionadas com partes do corpo mais íntimas. A masturbação e mudanças corporais consistem noutro tema pertinente na educação sexual, de forma a adquirir consciência das transformações do corpo ao longo do desenvolvimento, cuidados de higiene necessários com

o corpo, menstruação, ereções noturnas e sentimentos associados a todas estas transformações. A gravidez é outro tópico bastante importante, o qual envolve outras questões acerca da contraceção, explicação do sistema reprodutor masculino e feminino, responsabilização de ambos os géneros e recursos disponíveis na comunidade. Para além dos temas já mencionados, é importante abordar questões como doenças sexualmente transmissíveis, masturbação, responsabilidade na vida sexual e casamento (Ramiro, Reis, Matos, Diniz & Simões, 2011; Monat, 1982).

A Educação Sexual possibilita alcançar a realização pessoal ao nível da sexualidade, proteção contra abusos sexuais, gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis. Assim, quanto mais frequente forem estes programas e quanto maior for a abertura oferecida, mais facilmente se iniciam as conversas as quais se tornam, conseqüentemente, mais eficazes na transmissão de informação. Sabe-se também que quanto maior for o nível de informação, não só esta população será mais capaz de realizar uma melhor análise das suas relações, bem como, ter uma atitude mais positiva em relação à sexualidade (Gürol, Polat & Oran, 2014; Siebelink, Jong, Taal & Roelvink, 2006).

Segundo Gil-Llario, Morell-Mengual, Ballester-Arnal e Díaz-Rodríguez (2018), a maior parte dos inquiridos que afirma ter iniciado a sua vida sexual e ter conhecimentos dos métodos contraceptivos. No entanto, quando inquiridos acerca da utilização destes, uma percentagem muito baixa (41,4%) afirmava utilizar o preservativo com regularidade. Também foram questionados acerca da regularidade com que falam nesta temática, tendo a maioria demonstrado necessidade de falar mais frequentemente.

Neste sentido, Stoffelen, Schaafsma, Kok e Curfs (2018) afirmam que quando se fala em suporte e apoio a mulheres com deficiência intelectual, no que toca à temática da sexualidade, é necessário que o mesmo assente em três domínios principais: Educação

Sexual, Suporte social e Assertividade. Como tal, estas práticas deverão ser adequadas às competências de aprendizagem e adaptativas de cada pessoa, para que seja facilitado o armazenamento e recuperação de informação.

Também Schaafsma, Kok, Stoffelen e Curfs (2015), menciona três elementos que estes programas de Educação sexual deverão integrar com o objetivo de aquisição de comportamentos de proteção: a oferta de informação; o recurso à modelagem e *role-plays*; por fim, atividades que correspondam e transmitam situações de vida real. Este último elemento torna-se essencial pois, para além de transmitir informações de uma forma abstrata, possibilita uma educação da forma prática de aplicação da informação adquirida ao contexto real.

Bastos e Deslandes (2012), afirmam também a importância da existência de programas que possibilitem uma mudança nas representações sociais existentes, através da promoção de debates e estudos na temática da sexualidade, permitindo assim o direito à expressão sexual da pessoa portadora de deficiência.

Para uma Educação Sexual eficaz é necessário que se tenham em conta as características de cada sujeito, com fundamentos e baseados em evidências teóricas. Isto implica que, todas as atividades e estratégias sejam adaptadas ao grau de compromisso de cada um, pois se para uma pessoa com défice cognitivo ligeiro a tarefa de aquisição de conhecimentos parece facilitada, no que respeita a um indivíduo com défice cognitivo moderado, são necessárias técnicas efetivas que visem a alteração de comportamentos e obtenção de conhecimentos, nomeadamente, através de dinâmicas de grupo. A pessoa mais adequada para oferecer estas ações de sensibilização deverá estar presente no ambiente do sujeito, mas também oferecer cuidados regulares e não apenas ações pontuais. Winifred Kempton ressalva os principais pontos-chave para a prática de uma Educação Sexual

adequada a esta população em específico: a noção de que a educação sexual envolve relações tanto com os outros como com nós próprios; envolve uma aprendizagem relativamente ao corpo humano e papéis dos géneros no processo reprodutivo; consiste em compreender os impulsos sexuais e sensações eróticas, bem como, a forma correta de os controlar; saber diferenciar sentimentos; a pessoa que irá oferecer as informações terá de se sentir confortável com a sua própria sexualidade; aprendizagem das regras da sociedade; e por fim, utilização de recursos de vídeo ou *role-plays* (Schaafsma, Kok, Stoffelen & Curfs, 2015; Monat, 1982).

Também o estudo realizado por McDaniels e Fleming (2016), demonstra que a população com deficiência intelectual apresenta níveis inferiores de informação e apesar de serem encontrados programas de educação sexual dirigidos a esta população em específico, os mesmos não possuem avaliação empírica nem sequer avaliação da sua eficácia. A pertinência desta avaliação prende-se não só pelo esclarecimento dos *outcomes* provenientes, mas também, por uma evolução e melhoramento dos mesmos no futuro.

Ramiro, Reis, Matos, Diniz e Simões (2011), inserem uma outra variável bastante importante no que diz respeito a sexualidade: a influência exercida por parte dos pares, a qual pode enviesar a tomada de decisão. Esta forte influência reforça ainda mais a necessidade de uma atenção redobrada por parte dos diversos contextos, nomeadamente, a necessidade da abordagem destas temáticas através da família e de elementos de idades inferiores. Contudo, nem sempre estas figuras de referência se sentem capacitadas para tal, relatando como em estudos anteriores, a necessidade de ações de sensibilização e trabalho em equipa com a escola ou instituições, de modo a oferecer tais esclarecimentos, isto é, adequar formas de comunicação.

Em suma, os programas de educação sexual não intervêm apenas na aquisição de conhecimentos, mas também, na promoção de uma maior autoconsciência. Permite um

entendimento do sujeito do desenvolvimento físico, emocional, intelectual e sexual e um desenvolvimento positivo da sua personalidade (Gürol, Polat & Oran, 2014).

Método

Objetivos do estudo

A revisão de literatura realizada anteriormente alerta para a escassez de estudos publicados que se centrem na perspectiva da própria pessoa portadora de deficiência intelectual. Para além disso, os poucos estudos encontrados focam a sexualidade na perspectiva de prevenção e controlo da pessoa desajustada.

O estudo em profundidade pretende contribuir com um olhar distinto, um olhar sob a pessoa com deficiência como uma pessoa com as mesmas necessidades e com os mesmos direitos do que qualquer outra. Pretende-se um entendimento da sexualidade como uma componente importante no desenvolvimento do ser humano, sempre com a premissa, de que uma maior quantidade de informação possibilitará, de forma inquestionável, uma prevenção e adequação de comportamentos. Deste modo, são definidos os seguintes objetivos:

- Compreender a história de vida e os contextos em que está inserido o grupo de pessoas com deficiência intelectual;
- Avaliar os conhecimentos do grupo acerca das várias dimensões que compõem o tema sexualidade;
- Realizar ações de sensibilização com recurso a dinâmicas de grupo e atividades acerca da sexualidade;
- Compreender o impacto que as ações de sensibilização têm, na quantidade e qualidade de informação que possuem da sexualidade.

População com Deficiência Intelectual

Grupo de Estudo

O grupo de estudo foi recolhido com base no critério da conveniência e de forma não aleatória, constituído por um grupo de clientes da Fundação LIGA. A escolha dos participantes

em questão seguiu algumas condições. Em primeiro lugar, foi necessário que todos os participantes possuíssem um diagnóstico de deficiência intelectual de grau ligeiro ou moderado, excluindo assim os casos de défice intelectual profundo. O segundo critério está associado ao facto de que são apenas clientes considerados mais autónomos e que se inseriam no Centro de Atividades Ocupacionais da Fundação LIGA. Por último, todos os participantes apresentavam alguma maturidade prévia para a abordagem desta temática ou, em alguns casos, teriam sido eles a demonstrar vontade de participar.

O grupo foi escolhido em conjunto com a Psicóloga Educacional da Fundação LIGA. Todos os participantes apresentam uma idade cronológica superior aos 18 anos, perfazendo um total de 14 clientes (N=14). 6 Do género feminino e 8 do género masculino. Nem todos os participantes habitam com os familiares, encontrando-se 5 dos 14 participantes institucionalizados. As informações relativas à identificação dos sujeitos apresentam códigos para que cumpram todas as questões éticas e deontológicas no que diz respeito à privacidade e confidencialidade dos dados.

Os participantes apresentam diagnósticos distintos, entre eles, Défice Cognitivo Moderado, Trissomia 21, Défice Cognitivo Ligeiro, Défice Cognitivo Ligeiro associado ao Síndrome de Noonan, Défice Intelectual Moderado associado a Macrocefalia, Paralisia Cerebral, Patologia do espetro do Autismo e Perturbação Bipolar.

Tabela 1- *Caracterização do grupo de estudo*

Participante	Género	Idade Cronológica	Diagnóstico
A	M	35	Macrocefalia/ Debilidade média
B	F	31	Transtorno Bipolar
C	F	35	Trissomia 21
D	M	19	Síndrome de Noonan/ Défice Intelectual Ligeiro
E	M	25	Debilidade mental

Participante	Género	Idade Cronológica	Diagnóstico
F	M	26	Paralisia Cerebral/ Déficit Intelectual Ligeiro
G	F	36	Déficit Intelectual Moderado
H	M	28	Paralisia Cerebral /Déficit Intelectual Ligeiro
I	M	27	Déficit Intelectual Ligeiro/ espectro do autismo
J	F	30	Déficit Intelectual Moderado
K	M	21	Déficit Intelectual Ligeiro/ Atraso psicomotor
L	M	22	Déficit Intelectual Ligeiro
M	F	24	Déficit Intelectual Moderado
N	F	45	Déficit Intelectual Moderado

Figura 2- Habilitações Literárias do grupo de estudo

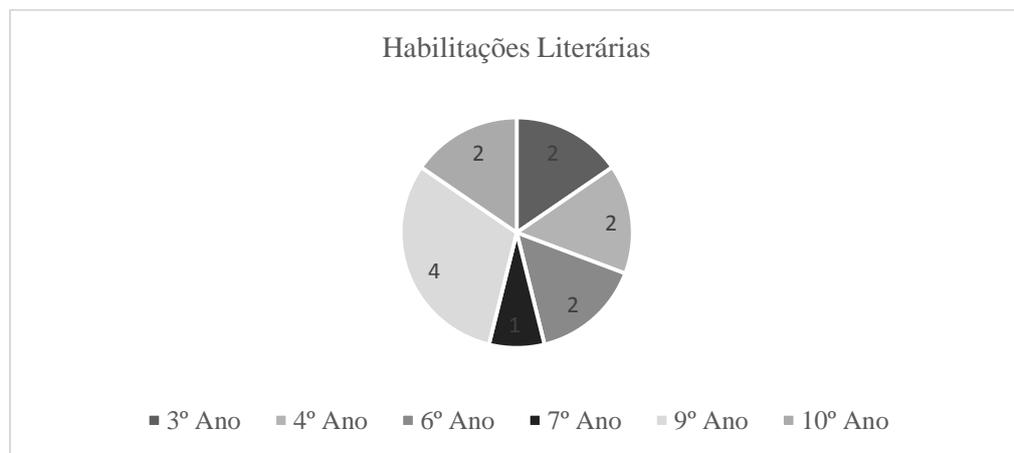
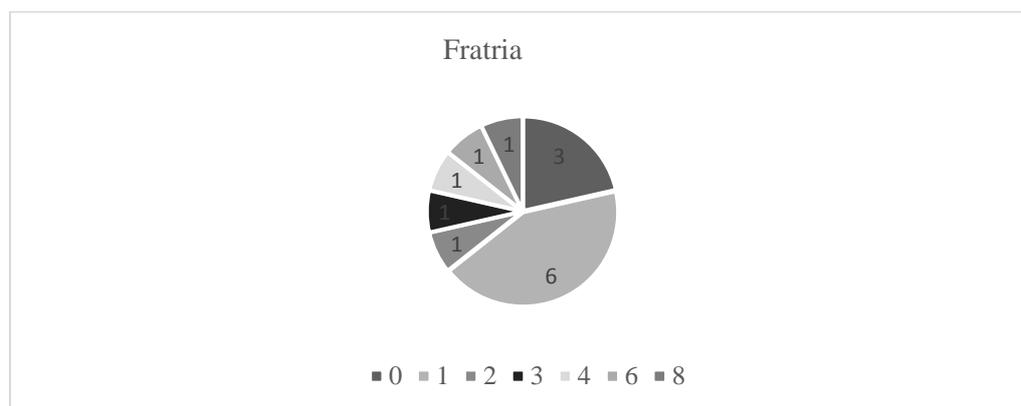


Figura 3- Fratria do grupo de estudo



Técnica – Entrevista e Questionário

Instrumentos

Os instrumentos utilizados no estudo qualitativo em questão são, num primeiro momento, uma entrevista semiestruturada construída pela própria autora do estudo. É constituída por perguntas abertas, dando possibilidade e espaço para acrescentar qualquer informação que o participante considere pertinente.

A entrevista para os participantes que habitam com familiares possui 21 questões e para os que habitam em lares ou instituições, possui 22 questões (Apêndice C). Abrangem dimensões como: Perspetiva Pessoal, Perspetiva Educativa, Perspetiva Familiar, Perspetiva Social, Desenvolvimento afetivo e Perspetiva Futura. A entrevista possui também, um questionário socio demográfico, onde se questionam dados do próprio participante e dos seus progenitores.

Num segundo momento, foi utilizado um questionário para a avaliação de conhecimentos sobre a sexualidade (Apêndice D), adaptado e construído pela autora da investigação, tendo sido utilizados como apoio, os instrumentos “Contraceptive Knowledge Inventory” (DelCampo e DelCampo, 1998), “ASQ-ID Attitudes to Sexuality Questionnaire (Individuals with an Intellectual Disability)” (Cuskelly e Gilmore, 2007), Escala de atitudes

sexuais (Alferes, 1999) e “ QCS Questionário de Conhecimentos no âmbito da Sexualidade” (Carvalho, Gouveia e Vilar, 2017).

O questionário possui 7 dimensões, abordando questões relacionadas com os diversos temas que integram o tema principal “Sexualidade”. Essas dimensões são constituídas pela “Auto-Estima”, com 5 questões; “Noção do corpo”, com 12 questões; “Afetividade/Relacionamentos”, com 4 questões; “Sexualidade”, com 11 questões; “Público VS Privado”, com 7 questões; “Gravidez” com 4 e “Contraceção” com 15 questões. As respostas são dadas numa escala de Likert variando entre “Sim”, “Não” e “Não Sei”.

Ações de sensibilização da sexualidade - Atividades

As ações de sensibilização realizadas tiveram como suporte e apoio os manuais: “Ser

+: Programa de desenvolvimento pessoal e social para crianças, jovens e adultos portadores de deficiência mental” (Ferreira, et al. 2009), “Programa de competências pessoais e sociais: desenvolvimento de um modelo adaptado a crianças e jovens com deficiência” (Canha e Neves, 2006), “O sexo dos anjos ou os anjos sem sexo” (Lança, 2009) e “Guia de Boas práticas Adoles(Ser)” (Direção Geral de Educação, 2013).

Tabela 2- *Ações de sensibilização: Autoestima*

Autoestima	
Atividade 1	“Cumprimentem a mascote”- Atividade quebra-gelo. Apresentação do Shrek como mediador das ações. Elogiar o Shrek de forma original partilhando algo pessoal com ele.
Atividade 2	Jogo da autoestima- Compreender o que perturba e facilita uma boa autoestima
Atividade 3	Jogo das qualidades- Aprender a dizer as qualidades de cada um, saber recebê-las e refletir acerca da dificuldade
Atividade 4	Receita para a autoestima – O que é importante para cada um para ter uma boa autoestima
Atividade 5	“Até os nossos dedos são diferentes”- Desenho das mãos, discussão sobre as diferenças de cada um e a igualdade entre todos.

Autoestima

Atividade 6 O que mudava em mim (aspetos físicos e psicológicos)

Tabela 3- *Ações de sensibilização: Noção do corpo*

Noção do corpo

Atividade 1 “Estou a crescer”- Introdução às alterações da adolescência
Atividade 2 Dado dinâmico/puzzle- Mudanças do corpo na Adolescência e a diferença entre o corpo do homem e o corpo da mulher.
Atividade 3 As raparigas crescem- sistema reprodutor
Atividade 4 Os rapazes crescem- sistema reprodutor
Atividade 5 O que é o ciclo menstrual

Tabela 4- *Ações de sensibilização: Afetividade/Relacionamentos*

Afetividade/Relacionamentos

Atividade 1 Os amigos e a importância da amizade
Atividade 2 “O gato comeu-te a língua” – Demonstrar afetos através do comportamento não-verbal
Atividade 3 Qual a evolução gradual dos relacionamentos? Qual a diferença de um amigo(a) e um namorado(a)?

Tabela 5- *Ações de sensibilização: Sexualidade*

Sexualidade

Atividade 1 O que é a sexualidade? Que relações têm com os temas anteriores?

Tabela 6- *Ações de sensibilização: Público VS Privado*

Público VS Privado

Atividade 1 Quais são os locais públicos e privados, como adequar o nosso comportamento.

Tabela 7- *Ações de sensibilização: Gravidez*

Gravidez

Atividade 1 Filme- “Era uma vez o corpo humano”

Tabela 8- *Ações de sensibilização: Contraceção*

Contraceção	
Atividade 1	O que é a SIDA e Doenças Sexualmente Transmissíveis
Atividade 2	Meios de transmissão das Doenças Sexualmente Transmissíveis
Atividade 3	Métodos contraceptivos- Quais são e para que servem

Tabela 9- *Ações de sensibilização: Reflexão final*

Reflexão final/Dúvidas
Balço final das ações de sensibilização e dos conteúdos aprendidos e abordados. Espaço para discussão das opiniões. O que gostaram mais e menos.

Procedimentos

Para a realização da investigação em questão, foi solicitada a colaboração da Fundação LIGA devido ao seu trabalho com a população com alterações da funcionalidade. Para a recolha de dados, foi solicitada uma autorização formal através de uma carta dirigida ao Diretor Geral da mesma (Apêndice A). Após a autorização regularizada foram elaboradas autorizações para cada representante legal de cada participante (Apêndice B).

Após todas as questões legais relacionadas com autorizações estarem regularizadas, foi realizada a recolha de dados em dois momentos: questionário pré ações de sensibilização e questionário pós ações de sensibilização. As entrevistas semiestruturadas foram realizadas individualmente, bem como, o preenchimento do questionário, no sentido de possibilitar um ambiente facilitador à partilha de informação. Previamente à realização entrevistas e aos questionários, foi explicado a cada participante o intuito da investigação e assegurado um ambiente de partilha e de confidencialidade, oferecendo sempre a possibilidade dos participantes desistirem se assim desejarem. Ambos os instrumentos foram expostos oralmente para que o método de aplicação fosse igual para todos os clientes, mesmo para

aqueles sem competências de leitura e escrita. Os dados foram recolhidos e anotados e, todas as expressões foram transcritas *ipsis verbis*.

Num segundo momento foram realizadas as ações de sensibilização, planeadas previamente, consoante os conhecimentos apresentados nas respostas aos questionários. Na elaboração das ações de sensibilização, foram utilizados manuais e programas de educação sexual que pudessem facultar atividades neste âmbito, tornando estas ações mais dinâmicas e facilitando a aquisição de conhecimentos. As ações de sensibilização foram realizadas dentro da instituição. Os participantes foram repartidos em 3 grupos (de acordo com os níveis de conhecimento) de 4 e/ou 5 participantes. Cada ação de sensibilização teve duração de 1 hora, e perfazendo um total de 20 atividades relacionadas com as diversas dimensões dos questionários.

Por fim, foi aplicado novamente o questionário, 3 meses após a primeira aplicação e seguindo o mesmo procedimento. Individualmente e exposto de forma oral, sem pressionar a que as respostas fossem longas, mas de modo a fornecer espaço para explicações que os participantes achassem necessárias.

Procedeu-se então à análise das entrevistas realizadas, bem como, dos dois questionários. Em relação às entrevistas as mesmas foram sumariadas e tabeladas de forma a ser perceptível a história de vida de cada participante. Para a análise dos questionários foram tidas em consideração a linguagem e o discurso dos participantes, para além do número de respostas corretas. Por fim, foram comparados os dois questionários, no sentido de compreender as alterações ao nível das dimensões referidas: número de respostas corretas e, linguagem e expressões utilizadas por cada participante.

Resultados

Resultados das Entrevistas

De acordo com as entrevistas realizadas, foram analisados e esquematizados os conteúdos dos discursos, que forneciam uma informação geral de todo o percurso dos participantes até ao momento, e que possibilitavam compreender os contextos onde se inserem e histórias de vida de cada um (Apêndice E).

Tabela 10- *Resultados entrevistas: Relacionamentos*

Participantes	Relacionamentos
A	Já teve relacionamentos mas atualmente não tem
B	Namora há 2 anos e afirma ter tido já muitos relacionamentos no passado
C	Tem namorado há 1 ano (primeiro namorado)
D	Não tem um relacionamento atual
E	Não tem nem nunca teve relacionamentos
F	Nunca teve relacionamentos. Assume ter apenas uma proximidade especial com uma rapariga
G	Não tem nem nunca teve namorados.
H	Atualmente não tem mas já teve um relacionamento sério
I	Teve 5 relacionamentos e atualmente namora há 2 anos
J	Atualmente não tem namorado mas afirma já ter tido muitos relacionamentos
K	Não tem nenhum relacionamento nem nunca teve.
L	Já teve relacionamentos mas atualmente não tem
M	Já teve 3 relacionamentos e atualmente namora há 1 ano
N	Não tem nenhum relacionamento nem nunca teve

Tabela 11- *Resultados das Entrevistas: perspetiva pessoal*

Dimensão: Perspetiva Pessoal	
Consciência das dificuldades	78.6% Do grupo afirma ter tido uma consciência real das suas dificuldades durante o seu percurso escolar. É também comum, um relato da inexistência de uma conversa relacionada com a sua problemática. Para além disso, os primeiros sinais de alerta identificados foi ao nível das competências de leitura e escrita.
Autoestima	A maior parte dos participantes afirmam ter uma boa autoestima, apesar de todos os problemas pessoais (historial de alcoolismo, negligência, maus tratos e institucionalizações), demonstrando uma aceitação de si próprios. Contudo, relatam que essa aceitação não é transmitida pelas outras pessoas e que, apesar de se sentirem bem, gostavam de adquirir competências novas que possibilitassem uma vida mais autónoma.

Tabela 12- *Resultados das Entrevistas: perspectiva educativa*

Dimensão: Perspetiva Educativa	
Principais dificuldades	As principais dificuldades relatadas foram relacionadas com a aquisição de competências, entre elas, competências de leitura, escrita e cálculo. 64.3% Afirmam ter tido também, dificuldade nos seus relacionamentos interpessoais com os seus colegas e episódios de Bullying. Deste modo, todo o percurso escolar foi marcado por episódios negativos na criação de laços afetivos.
Opinião sobre a escola	9 Dos 14 elementos do grupo, relataram um grande interesse pela escola, afirmando que a mesma contribuiu para o seu crescimento, para desenvolver as suas competências sociais e para aprendizagens novas. Demonstam também vontade de regressar.

Tabela 13- *Resultados das Entrevistas: perspectiva familiar*

Dimensão: Perspetiva Familiar	
Contexto Familiar/Institucional	71.4% Demonstam ter problemáticas com os seus familiares e no seu seio familiar. São relatados episódios de alcoolismo, abuso sexual, conflitos e discussões, negligência ou apenas más relações. Apesar de alguns participantes relatarem um ambiente saudável e de recurso em caso de dúvidas, há também um número significativo de elementos que não encontram segurança no seu contexto familiar, comprometendo um ambiente estimulador de competências como seria necessário. Contudo, todos os elementos que se encontram institucionalizados relatam gostar de morar nos lares onde residem atualmente. Afirmam que encontram nas instituições uma família, com espírito de união e um grande apoio. Possuem regras e realizam algumas atividades domésticas, mas também possuem liberdade de passear e sair com os amigos/familiares nos horários estipulados e mediante os casos.

Tabela 14- *Resultados das Entrevistas: perspectiva social*

Dimensão: Perspetiva Social	
Rede de amigos	<p>Grande parte dos participantes afirma ter uma rede social restrita às instituições onde se encontram, nomeadamente, à Fundação LIGA e aos lares. Afirmam que os amigos que possuem são bons mas que nem sempre estão juntos sem ser num ambiente vigiado. Neste aspeto em específico, os membros institucionalizados parecem demonstrar uma rede social mais alargada, isto é, podem sair para passear no centro comercial, para além de que, os próprios lares, organizam viagens ao estrangeiro. Em suma, os participantes parecem estar restritos a contextos supervisionados, impossibilitando assim sentimentos de autonomia e independência.</p>
Discriminação	<p>Em relação a episódios de discriminação, 35.7% dos participantes afirma já ter sido discriminado, em algum momento na sua vida. Referem-se a discriminações em diversos contextos, nomeadamente, na escola, nos transportes públicos e na ingressão ao mercado de trabalho. Apesar de, no geral, o grupo sentir-se bem consigo próprio, este é um tema de extrema importância para eles, pois sentem que a sua própria aceitação deveria ser congruente com a aceitação dos outros.</p>
Atividades/Passatempos	<p>Como qualquer jovem, o grupo demonstra ter atividades lúdicas de preferência. Os que possuem autorização para sair, procuram realizá-las em grupo, contudo, os que estão limitados a contextos vigiados possuem atividades mais solitárias ou com recurso ao mundo social virtual. Foram partilhados gostos por passear, ir ao café, ler, ouvir música, conversar, ir ao cinema, redes sociais, jogar no computador, desporto, ver televisão e ver o mar.</p>

Tabela 15- *Resultados das Entrevistas: desenvolvimento afetivo*

Dimensão: Desenvolvimento Afetivo	
Afetos	Definir o que são os afetos parece ser uma tarefa difícil para alguns participantes. Contudo, os que identificam o conceito, relatam estar associados a laços afetivos fortes, carinho, tratar bem as pessoas, amor, amizade, apoio e preocupação. Mencionam diferentes formas de os manifestar, tanto através do comportamento verbal como não-verbal.
Contextos que oferecem afetos	Todos os participantes relatam ter, pelo menos, um contexto que lhes oferece afetos e que possuem pessoas que gostam deles. Entre ambiente familiar, Fundação LIGA, lares e amigos. Contudo, ao longo do discurso é notório o impacto que alguns ambientes familiares têm no desenvolvimento afetivo de alguns jovens. Muitos, relatam que esse afeto não é proveniente da família mas sim, dos lares e instituições onde estão inseridos.
Importância dos afetos	Os afetos são relatados como algo importante para o grupo, afirmando que os fazem sentir bem, contribuem para o seu crescimento e para ultrapassar dificuldades.

Tabela 16- *Resultados das Entrevistas: perspectiva futura*

Dimensão: Perspetiva Futura	
Projeção no futuro	Quando lhes foi solicitado que se projetassem no futuro, a maioria das respostas foram relacionadas com a vida profissional e pessoal. Gostavam de ter um emprego, ter uma casa e uma família. Desejam continuar a crescer e melhorar as suas dificuldades. Alguns participantes demonstram ter consciência das suas possibilidades e limitações futuras, nomeadamente, não ter filhos, viver com o suporte familiar ou, até mesmo, continuarem institucionalizados até serem capazes de ter uma vida autónoma e responsável.
Sonhos	Pelas respostas apresentadas quando lhes é questionado um sonho, é possível compreender que o desejo da maioria, passa por alargar os seus horizontes e conhecer mais, para além dos ambientes onde estão inseridos. São essencialmente exprimidos desejos de viajar, conhecer países novos ou conhecer as suas terras. Para além disso, procuram também realizar o sonho de constituir família e ter a sua própria casa.

Resultados do questionário 1- Pré ações de sensibilização

No primeiro momento de avaliação de conhecimentos, foram analisadas as respostas certas e erradas do grupo de participantes, bem como, anotadas todas as expressões *ipsis verbis* dos seus discursos (Apêndice F). Importa ressaltar que os resultados apresentados não têm o efeito de qualquer ação de sensibilização, correspondendo de forma honesta aos conhecimentos que cada participante possui.

Autoestima

Tabela 17- Resultados Questionário 1: Autoestima

Dimensão: Auto estima	
- Todos os participantes reconheceram o direito a ter uma relação amorosa. Contudo, alguns elementos não reconhecem esses direitos ao nível da sexualidade e consideram que os seus parceiros deverão, também, ter uma deficiência.	<i>“Sim porque a pessoa com quem estou também tem as suas dificuldades” (Pi)</i> <i>“Uma pessoa gostar da outra só, sim. Ter sexo é que não, como é que íamos viver com um filho?!” (Pn)</i>
- 64.3% Dos participantes afirma gostar tanto da sua imagem como do seu corpo. Os elementos que não gostam do corpo afirmam gostar da sua imagem (21.4%), e por outro lado, os que não gostam da sua imagem, gostam do seu corpo (14.3%).	<i>“Não brincava com carros e bolas, era com bonecos e acessórios da minha tia. Gosto mais do corpo da mulher e por isso preferia ter uma vagina mesmo. Gostava de ser mulher.” (Pe)</i> <i>“Porque ando de canadianas” (Ph)</i> <i>“Sou bastante cuidadoso” (Pi)</i>
- 50% Dos participantes não se sente criança nem é tratado como tal. Contudo, 28.6% ainda considera ser tratado como uma criança, por parte de profissionais e familiares, apesar de não se identificar. 21.4% Sente-se infantil apesar de os tratarem como adultos.	<i>“A minha mãe e o meu pai” (Ph)</i> <i>“Colegas e Doutora do lar” (Pj)</i> <i>“(…) em casa” (Pn)</i>

Noção do corpo

Tabela 18-Resultados Questionário 1: Noção do corpo

Dimensão: Noção do corpo	
<p>- 71.4% Do grupo não tem conhecimento do que é o ciclo menstrual e o período.</p>	<p><i>“Período é uma coisa que as mulheres têm todos os meses. Só sei que ficam mal dispostas e mal-humoradas”</i> (Pa) <i>“Coisa que as mulheres têm”</i> (Pd) <i>“Quando as mulheres têm aquilo”</i> (Pf) <i>“Nos homens não sei, mas nas mulheres é quando têm a menstruação que é o período”</i> (Pi)</p>
<p>- Todos os participantes reconhecem as alterações físicas da adolescência, contudo, 85.7% não reconhece a alteração da voz no sexo masculino. A mesma percentagem apresenta-se na identificação do aparecimento da barba.</p>	<p><i>“Não, a voz altera-se mais nos homens”</i> (Pd) <i>“Não, fica mais nos homens. Fica mais grossa”</i> (Pe) <i>“As mulheres também têm bigode”</i> (Pn)</p>
<p>- No que se refere à identificação dos órgãos sexuais, 35.7% não sabe identificar.</p>	<p><i>“Peito, Tarrachinha (Vagina), pénis”</i> (Pg) <i>“Vagina, pénis e atrás é o cú”</i> (Pj) <i>“Não sei, só sei que o homem tem uma coisa e a mulher tem outra”</i> (Pm)</p>
<p>- 3 Dos 14 participantes não identificam a produção de espermatozoides como exclusiva do género masculino, tendo o grupo todo, muita dificuldade na sua definição.</p>	<p><i>“Coisa branca do homem”</i> (Pb) <i>“Coisa dos homens”</i> (Pd) <i>“O que os rapazes têm um e a rapariga outro”</i> (Ph)</p>
<p>- No que diz respeito aos cuidados de higiene, 85.7% reconhece que são necessários em ambos os géneros, bem como, 78.6% associa esse cuidado aos órgãos genitais. Todos os participantes possuem consciência das diferenças entre o corpo feminino e o corpo masculino.</p>	

Afetividade/Relacionamentos

Tabela 19- Resultados Questionário 1: Afetividade/Relacionamentos

Dimensão: Afetividade/Relacionamentos	
- 92.9% Do grupo reconhece os afetos como uma componente importante na sua vida. A resposta dos restantes 7.1% deve-se ao desconhecimento do que são os afetos.	
- 92.9% Refere que o carinho das relações amorosas é diferente das relações de amizade.	
- Em relação às manifestações de afeto de forma não-verbal todos os participantes consideram os abraços como uma manifestação de afetos. Contudo, 21.4% refere que não existe forma de manifestar que se gosta de alguém sem ter de verbalizar.	<p>“Dando uma prenda ou fazendo uma surpresa agradável” (Pe)</p> <p>“Se não digo como é que a pessoa sabe, só se tiver uma bola de cristal!” (Pg)</p> <p>“Podemos demonstrar com atitudes” (Pi)</p>

Sexualidade

Tabela 20- Resultados Questionário 1: Sexualidade

Dimensão: Sexualidade	
- 78.6% Dos participantes não soube definir sexualidade sem estar diretamente relacionada com o ato sexual em si.	<p>“Sexualidade é quando se faz sexo com alguém” (Pb)</p> <p>“Sexualidade é quando um casal faz uma relação, às vezes formam filhos, outras é só por prazer por gostarem um do outro” (Pe)</p> <p>“É fazer sexo” (Pj)</p>
- A totalidade do grupo tem consciência de que deverá ser um tema abordado exclusivamente com pessoas de confiança, bem como, que uma maior quantidade de informação possibilita comportamentos mais protegidos.	
- Nas questões de Abuso sexual, o grupo na sua totalidade, reconhece como sendo um crime ressaltando, em alguns casos, valores como o respeito.	<p>“Está errado, não somos ninguém para obrigar” (Ph)</p> <p>“Temos de respeitar” (Pk)</p>
- Quando questionados se do desejo sexual é natural, 71.4% responde que sim.	<p>“É da própria natureza” (Pc)</p> <p>“Dá origem à masturbação” (Pi)</p> <p>“Por isso é que nos masturbamos, as mulheres também se masturbam” (Pe)</p>

Dimensão: Sexualidade

- Acerca da diferença entre pensamentos sexuais e comportamentos sexuais, esta foi uma questão que gerou alguma confusão devido à complexidade da mesma relativamente à sua compreensão. 50% Do grupo afirma que existe diferença, demonstrando dificuldade em justificar

“Pensamento é só o que pensamos e comportamento é o que se demonstra”
(Pc)

“Pensamentos é com a cabeça, comportamentos são ações” (Pd)
“Comportamento é quando um casal faz, pensamento é quando pensam ou dizem” (Pk)

- Na temática da masturbação, 57.1% não sabe o que é, associa a um ato a dois ou identifica como um comportamento exclusivo do género masculino. Para além disso, quando questionados sobre a masturbação compulsiva, 78.6% não sabe ou considera que não acarreta perigos.

“Coisa dos homens. É natural nos homens, claro que as mulheres não fazem isso não é?!” (Pd)
“Não sei, nem ouvi falar” (Ph)

- Nas questões de perceção pessoal, nomeadamente, dificuldade em falar no tema da sexualidade, 50 % afirma sentir alguma dificuldade. Também a perceção de ter pouca informação sobre a mesma, foi bastante relatada (71.4%).

“Depende da pessoa” (Pi)
“Não gostava de falar muito nisso porque fico meio envergonhada” (Pj)
“Tenho algumas (referente à informação), claro que não chega, só aprendi na escola” (Pd)

Público VS Privado

Tabela 21- Resultados Questionário 1: Público VS Privado

Dimensão: Público VS Privado

- 50% Do grupo não sabe o que significa o conceito de intimidade e 85.7% afirma que a intimidade é algo reservado a nós próprios.

“Intimidade é quando alguém se está a vestir” (Pa)

“Intimidade é só eu e outra pessoa sozinhas” (Pg)

“É por exemplo, imagina que estou na casa de banho, é a minha intimidade” (Pl)

- A totalidade do grupo afirma que existem zonas do corpo que são privadas. No entanto, 14.3% afirma que existem exceções quando questionamos se ninguém pode tocar.

- Na questão “Intimidade é a mesma coisa do que esconder?” 35.7% responde que são conceitos distintos.

- No que se refere à questão “A intimidade pode ser partilhada com qualquer pessoa?” a maioria dos participantes (78.6%) afirma que não, no entanto, 14.3% afirma que não sabe.

Dimensão: Público VS Privado

- Quando questionados se um local com muitas pessoas é um local íntimo e privado, 85.7% dos participantes afirma que não. Por fim, quando se pergunta se a intimidade está associada à confiança, 64.3% dos participantes afirmam que sim.

Gravidez

Tabela 22- Resultados Questionário 1: Gravidez

Dimensão: Gravidez

- 42.8% Considera que durante a menstruação é o melhor momento para a mulher engravidar, sendo que 28.6% não tem qualquer conhecimento.

“Espermatozoide é o que os rapazes têm um e as raparigas outro” (Ph)

- 64.3% Do grupo não sabe o que é a fecundação, e demonstra pouco conhecimento dos conceitos de “óvulos” e “espermatozoides”

“Quando uma pessoa está a fazer amor o espermatozoide enfia na coisa da mulher e nasce um bebé. O óvulo é uma coisinha pequenina quando vão fazer sexualidade consigo. Vem do organismo da mulher” (Pj)

“Espermatozoides são uns bichinhos que o homem deita e vão para dentro de uns embriões por cima da vagina (óvulos) e que depois se transformam numa bola que cresce e surge o bebé” (Pl)

- Na questão “A mulher não fica grávida se se lavar após as relações sexuais” 28.6% do grupo concorda com a afirmação. 92.8% Afirma que é através do esperma e dos óvulos que se formam os bebés.

Contraceção

Tabela 23- Resultados Questionário 1: Contraceção

Dimensão: Contraceção

- Em relação aos meios de transmissão da SIDA, 50% do grupo afirma o uso de casas de banho públicas e a saliva, 78.6% através do sangue, relações sexuais desprotegidas e seringas.

“Saliva não sei mas sanitas pode ser” (Pe)

“Sangue e urina” (Pe)

- 64.3% Dos participantes não sabe o que são métodos contraceptivos. 64.3%

“Método contraceptivo é um preservativo ou uma camisinha” (Pc)

Dimensão: Contraceção

Considera o preservativo o método mais seguro.

“É um preservativo ou pilula, mas o preservativo não é 100%, pode falhar. A pilula é que é a mais segura.” (Pg)
“São o que os homens e mulheres usam para evitar doenças e gravidez. Mulheres não podem usar preservativo é único dos homens” (Pi)

- 92.8% Não sabe o que são métodos contraceptivos químicos e métodos contraceptivos de barreira. Todos reconhecem a importância de verificar o estado da embalagem e a validade antes de utilizar o preservativo.

- Devido ao facto de muitos elementos não terem iniciado a sua vida sexual, 42.8% afirma que utilizar o preservativo não retira o prazer. Por outro lado, 85.7% afirma que o tempo da relação amorosa não deverá influenciar a utilização dos métodos contraceptivos

- 50% Do grupo reconhece que o efeito da pilula é a interrupção da ovulação. 92.8% Não sabe o que é o DIU.

- Por fim, foi perguntado se os métodos contraceptivos tornavam as relações menos românticas, 42.8% afirma que em nada influência e 28.6% afirma que as relações ficam menos românticas.

“Amigas que namoram dizem que às vezes não gostam de usar” (Pg)
“Depende da relação do homem com a mulher” (Pk)

- Nas questões de auto percepção, 64.3% revela não sentir vergonha em comprar métodos contraceptivos, 57.1% sente-se melhor consigo próprio quando os utiliza e 35.7% revela sentir dificuldades em utilizar.

“Não sei se me sinto melhor nunca usei” (Pd)
“Não é bem dificuldades, é porque sou gay e só um é que normalmente mete. Não sou eu, essa parte é como se não funcionasse” (Pe)
“Isso eu compro, não tenho vergonha nenhuma. Não é crime!” (Pm)

Resultados do questionário 2- Pós ações de sensibilização

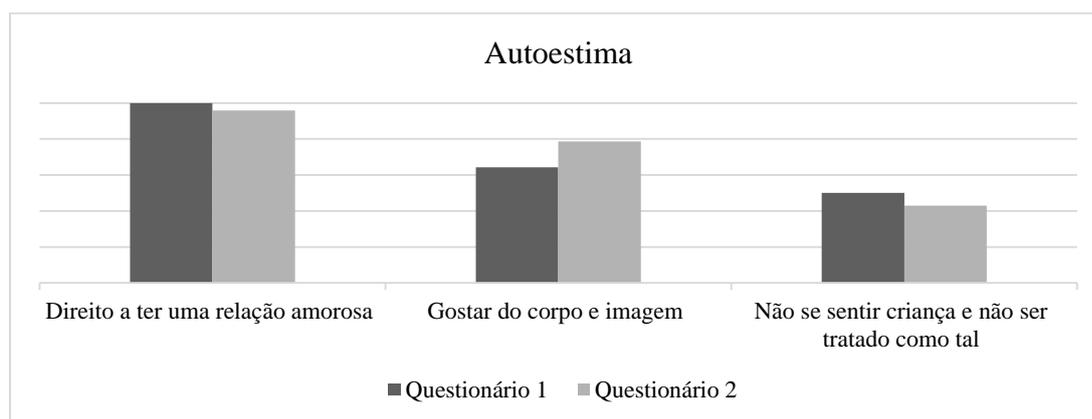
Os resultados apresentados de seguida, correspondem aos conhecimentos adquiridos após a realização das ações de sensibilização da sexualidade (Apêndice G). Deverão ser compreendidos como um efeito do trabalho desenvolvido ao longo de 3 meses e comparados com os resultados anteriormente expostos.

Autoestima

Tabela 24- Resultados Questionário 2: Autoestima

Dimensão: Auto estima	
- 13 Participantes reconhecem o direito a ter uma relação amorosa. Contudo, dois dos elementos apresentam reservas em relação à percepção dos outros e ao tipo de dificuldade.	<p><i>“Porque se têm dificuldades não podem ter uma relação amorosa” (Pb)</i></p> <p><i>“Depende das dificuldades” (Pf)</i></p>
- 78.6% Dos participantes afirma gostar tanto da sua imagem como do seu corpo. Apenas 14.3% afirmam que gostam da sua imagem apesar de não gostarem do seu corpo, e 1 participante afirma não gostar da sua imagem mas sim do seu corpo.	<p><i>“Por causa das muletas” (Ph)</i></p> <p><i>“Cuido dela” (referente à imagem) (Pi)</i></p> <p><i>“Às vezes visto-me bem outras mal” (Pj)</i></p>
- 42.9% Dos participantes não se sente criança, nem tratado como tal. Contudo, 21.4% ainda considera ser tratado como uma criança, por parte de profissionais e familiares, apesar de não se identificar. 35.7% Sente-se infantil apesar de os tratarem como adultos.	<p><i>“Eu tenho maturidade mas sinto-me criança por ser um bocado sensível e ter os mesmos interesses” (Pi)</i></p> <p><i>“Sou meio abebezada” (Pj)</i></p>

Figura 4- Comparação dos resultados: Autoestima

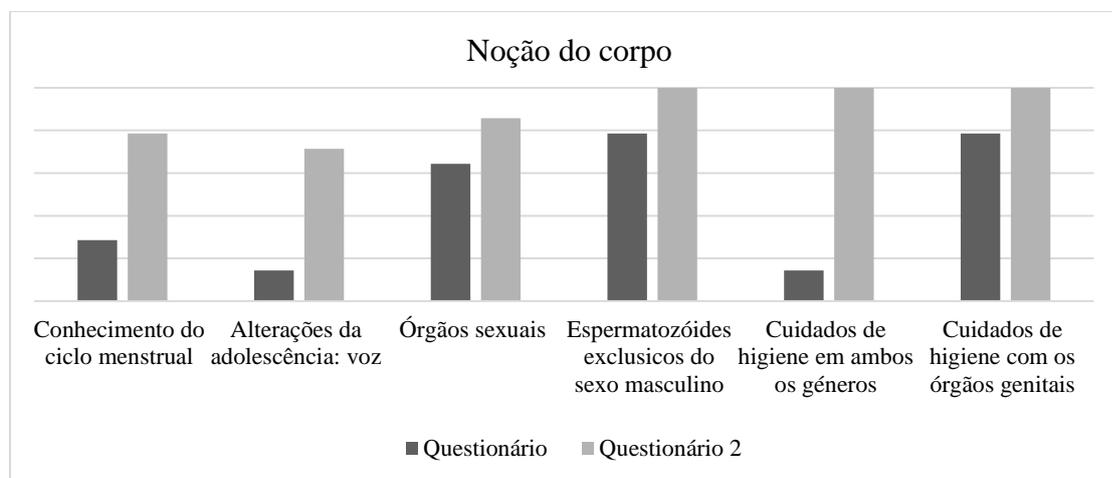


Noção do corpo

Tabela 25- Resultados Questionário 2: Noção do corpo

Dimensão: Noção do corpo	
<p>- 78.6% Do grupo tem um conhecimento geral do que é o ciclo menstrual e o período.</p>	<p><i>“São 21 dias desde que a mulher menstrua até aos dias férteis. É uma lavagem que o organismo faz todos os meses” (Pc)</i> <i>“Dias que se tem o período e os dias que não se tem. Mulher deita sangue da vagina” (Pf)</i> <i>“É o período. 21 Dias sem o período onde aparece um óvulo e 7 dias com o período, onde sai sangue pelo pipi” (Ph)</i></p>
<p>- Todos os participantes reconhecem as alterações físicas da adolescência. 71.4% Reconhece a alteração da voz no sexo masculino. Todos os elementos do grupo identificam a barba como uma alteração exclusiva do sexo masculino</p>	<p><i>A voz altera-se nos homens” (Pb) (Pf) (Pm)</i> <i>“Nos homens a voz é mais grossa” (Pj)</i></p>
<p>- No que se refere à identificação dos órgãos sexuais, 85.7% reconhece tanto os da mulher como os do homem.</p>	<p><i>“É o pénis e a vagina” (Pa, Pd, Pe, Pf, Pg, Pj, Pm)</i> <i>“Da mulher é a vagina e do homem o pénis” (Pb)</i></p>
<p>- Todos os participantes identificam a produção de espermatozoides como exclusiva do género masculino, demonstrando conhecimento da sua função.</p>	<p><i>“Tipo uma minhoca com cabeça e cauda que vai penetrar o óvulo e ficam os dois no endométrio e desenvolve o embrião” (Pc)</i> <i>“Uma espécie de líquido que pode engravidar a mulher se entrar dentro do óvulo” (Pe)</i> <i>“Espermatozoides são sementes que vão para o corpo da mulher antes de engravidar e que vai junto do líquido que é o esperma” (Pi)</i></p>
<p>- No que diz respeito aos cuidados de higiene, o grupo todo reconhece que são necessários em ambos os géneros, bem como, esse cuidado também com os órgãos genitais. Todos os participantes possuem consciência das diferenças entre o corpo feminino e o corpo masculino.</p>	

Figura 5- Comparação dos resultados: Noção do corpo

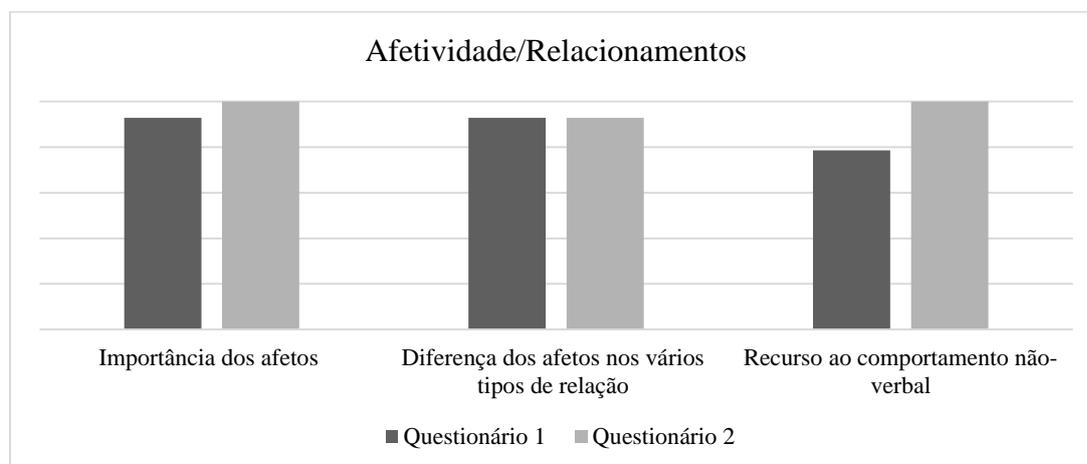


Afetividade/Relacionamentos

Tabela 26- Resultados Questionário 2: Afetividade/Relacionamentos

Dimensão: Afetividade/Relacionamentos	
- Todos os participantes consideram os afetos como uma componente importante na sua vida.	
- 92.9% Refere que o carinho das relações amorosas é diferente das relações de amizade.	
- Todos os participantes afirmam também que não é necessário verbalizar que gostamos de alguém, isto é, podemos transmitir a mesma ideia através da linguagem não-verbal.	<p><i>“Pelo olhar, pelo toque e pelos gestos”</i> (Pc)</p> <p><i>“Expressão corporal, gestos, olhar e sorriso”</i> (Pf)</p> <p><i>“Com o olhar, falar com os olhos”</i> (Ph)</p> <p><i>“Um abraço ou um beijinho”</i> (Pk)</p>

Figura 6- Comparação dos resultados: Afetividade/Relacionamentos



Sexualidade

Tabela 27- Resultados Questionário 2: Sexualidade

Dimensão: Sexualidade	
- 78.6% Dos participantes afirmam que a sexualidade não se restringe apenas ao ato sexual	<p><i>“É falarmos sobre doenças, métodos contractivos e cuidados a ter com a sexualidade. De tudo o que se falou ao longo deste tempo.” (Pd)</i></p> <p><i>“Quando uma pessoa se apaixona por outra e cria laços afetivos de namorados e acasalam. Têm relações sexuais. Falamos de doenças, coisas para prevenir de engravidar, como conseguimos distinguir uma amizade de um namoro.” (Pe)</i></p> <p><i>“É sobre o sistema reprodutor feminino e masculino, métodos contraceptivos, doenças sexualmente transmissíveis e mudanças no corpo” (Pf)</i></p>
- Todos os participantes afirmam que deverá ser um tema questionado e abordado exclusivamente com pessoas de confiança e que uma maior quantidade informação conduz a uma maior proteção.	
- Nas questões relacionadas com o Abuso Sexual, o grupo demonstrou um conhecimento de que é um crime e que o ato sexual deverá ser por mútuo acordo.	<p><i>“Se não for consentido não, é uma violação” (Pf)</i></p> <p><i>“Não porque essa pessoa não é obrigada. Os dois têm de comunicar um com o outro” (Pg)</i></p> <p><i>“Está errado” (Ph)</i></p>
- Quando questionados se do desejo sexual é natural, 92.9% responde que sim.	

Dimensão: Sexualidade

- Acerca da diferença entre pensamentos sexuais e comportamentos sexuais, esta foi uma questão que gerou alguma confusão devido à complexidade da mesma relativamente à sua compreensão. 71.4% Do grupo afirma que existe diferença demonstrando dificuldade em justificar

“Quando uma pessoa quer ter relações sexuais é completamente diferente de pensar só” (Pb)
“Pensamento é pensar no que queremos fazer, o comportamento é fazer.” (Pd)
“Pensamentos podemos ter no trabalho, comportamentos é que não” (Pk)

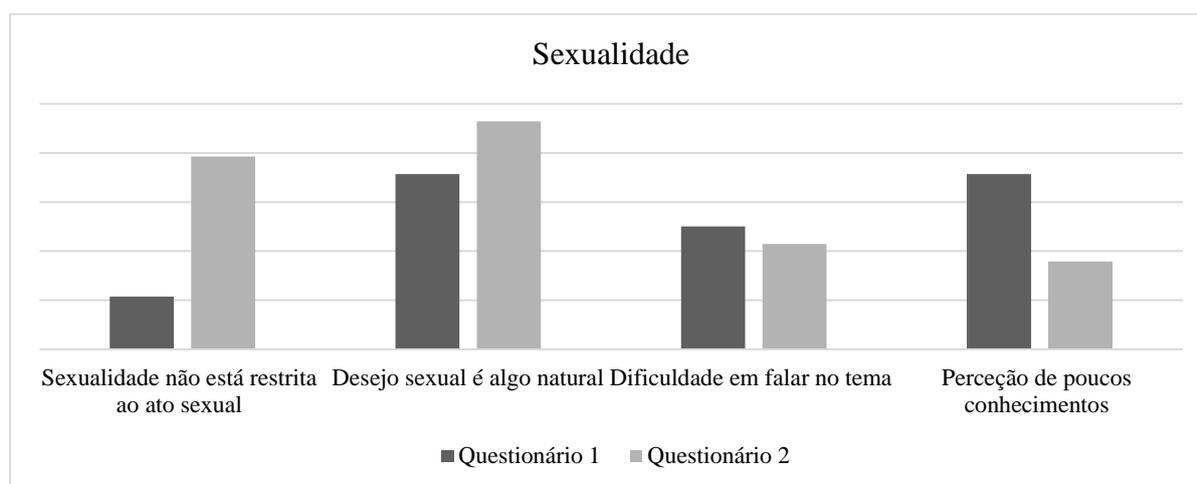
- Na temática da masturbação, 57.1% desconhece o seu significado e 78.6% do grupo não tem conhecimento dos perigos da masturbação compulsiva.

“Não sei, só sei que é em casa na privacidade” (Pk)
“É o que o homem deita” (Pl)

- Nas perguntas de perceção pessoal, como dificuldade em falar do tema da sexualidade ou a perceção da informação que possuem, 42.9% do grupo afirma sentir dificuldade em abordar o tema. Por outro lado, 64.3% afirma sentir que tem muita informação, também como consequência das ações de sensibilização.

“Agora tenho muita” (Pb)
“Tenho mais ou menos informação. Agora já não tenho tão pouca” (Pd)
“Não se for com alguém de confiança como a Inês” (Pk)

Figura 7- Comparação dos resultados: Sexualidade

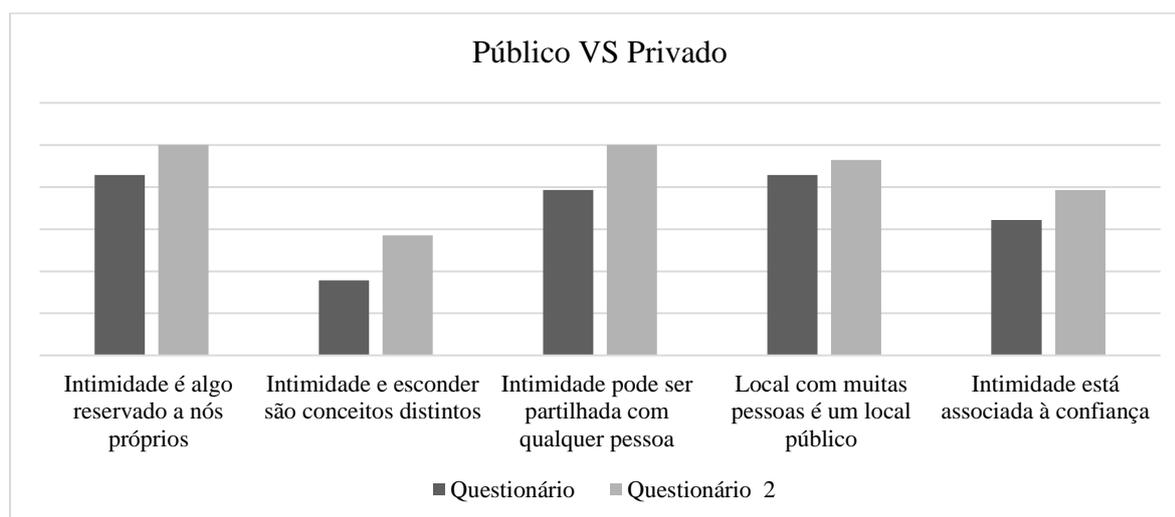


Público VS Privado

Tabela 28- Resultados Questionário 2: Público VS Privado

Dimensão: Público VS Privado	
- A totalidade do grupo reconhece, não só, que existem zonas do corpo que são privadas, bem como, a intimidade como algo reservado a nós próprios. No entanto, possuem dificuldades em explicar.	<p>“Uma coisa que é só nossa” (Pd)</p> <p>“É privacidade. Pode ser a dois numa relação amorosa” (Pi)</p> <p>“É a pessoa não poder tocar nem em baixo nem em cima. São coisas nossas.” (Pm)</p> <p>“É guardar coisas para nós” (Pn)</p>
- Na questão “Intimidade é a mesma coisa do que esconder?” 57.1% afirma que não. Por outro lado, quando lhes é perguntado se a intimidade está associada à confiança, 78.6% afirma que sim.	<p>“Intimidade não é fazer às escondidas, é fazer mais reservado para haver conforto” (Pi)</p> <p>“Não é esconder, é querer ficar sozinho” (Pi)</p> <p>“Há coisas que nós temos de guardar para nós e outras que escondemos para não nos chatearem” (Pn)</p>
- Quando questionados se “A intimidade pode ser partilhada com qualquer pessoa?”, todos os participantes afirmam que não.	
- Em relação aos espaços públicos ou privados, apenas 92.9% reconhece um local com muitas pessoas como um espaço público, pouco privado e pouco íntimo.	

Figura 8- Comparação dos resultados: Público VS Privado

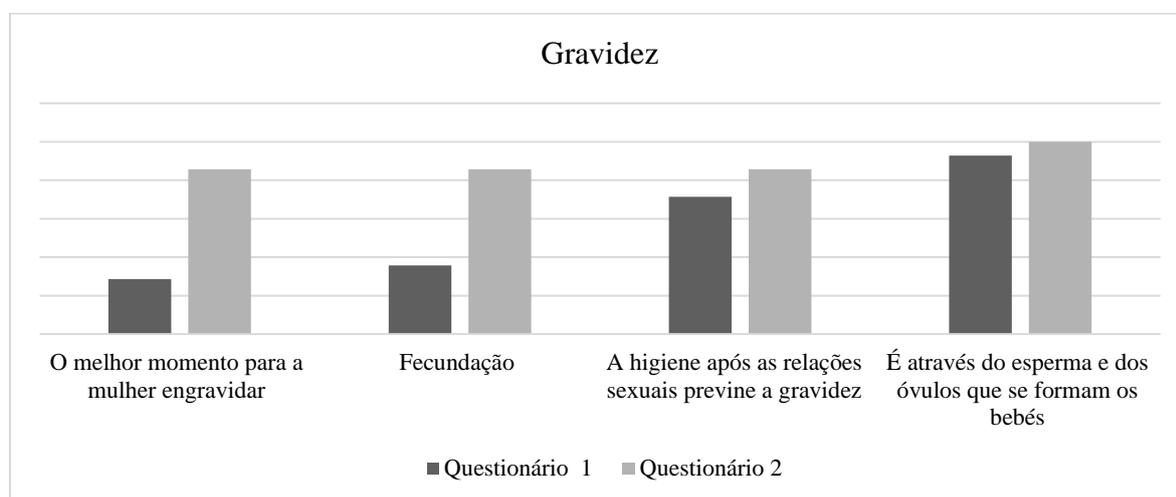


Gravidez

Tabela 29- Resultados Questionário 2: Gravidez

Dimensão: Gravidez	
- 85.7% Do grupo afirma que o melhor momento para a mulher engravidar é quando não está menstruada	<p>“Quando está no período fértil” (Pa)</p> <p>“É quando tem o período fértil” (Pi)</p> <p>“Quando acaba a menstruação” (Pj)</p>
- Em relação à fecundação, 85.7% dos participantes reconhece que é a união de um óvulo com um espermatozoide.	<p>“Óvulo é o que forma o bebê da fecundação com o espermatozoide. Espermatozoide são coisinhas pequeninas que vem do pênis do homem” (Pd)</p> <p>“Espermatozoide é aquilo que sai do homem, com cabeça e rabinho. Os ovários produzem óvulos.” (Pg)</p> <p>“Espermatozoide é um líquido que os homens metem na vagina da mulher para engravidar, porque furam o óvulo” (Pm)</p>
- Na questão se “A mulher não fica grávida se se lavar após as relações sexuais” 85.7% afirma que não tem qualquer influência. O grupo todo reconhece que é através do esperma e dos óvulos que se formam os bebês.	

Figura 9- Comparação dos resultados: Gravidez

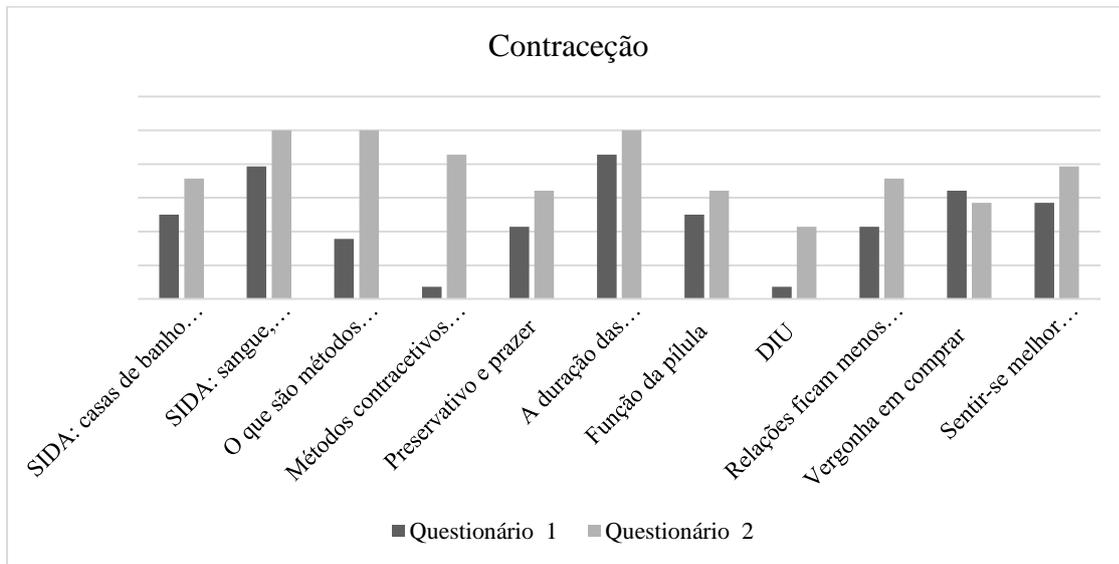


Contraceção

Tabela 30- Resultados Questionário 2: Contraceção

Dimensão: Contraceção	
- Em relação aos meios de transmissão da SIDA, 71.4% afirma que o uso de casas de banho públicas e a saliva não são meios de transmissão. Todos reconhecem que se transmite através do sangue e relações sexuais desprotegidas. 85.7% Diz que se pode transmitir também com o uso de seringas	<p>“Não, é através do sangue e atos sexuais” (Pe)</p> <p>“É através do sangue e seringas” (Pk)</p>
- Todos os participantes reconhecem o preservativo como o método contraceptivo mais seguro e apresentam todos conhecimentos dos objetivos da contraceção.	<p>“É algo para prevenir doenças e gravidez indesejada” (Pc)</p> <p>“É usar o preservativo, há mais, tomar a pílula. Servem para evitar a gravidez e as doenças sexualmente transmissíveis” (Pd)</p> <p>“O que é mais eficaz é o preservativo, porque protege tanto da gravidez como das doenças” (Pg)</p>
- 85.7% Do grupo demonstra conhecimento dos métodos contraceptivos de barreira e químicos, identificando um exemplo para cada grupo. Para além disso, todos afirmam que é importante verificar a validade e o estado da embalagem antes da utilização do preservativo.	<p>“Barreira é o preservativo e químico é a pílula” (Pb, Pc, Pe, Ph, Pk e Pn)</p>
- Quando questionados se a utilização do preservativo diminui o prazer da relação, 64.3% afirma que não. Por outro lado, todo o grupo considera que a duração da relação amorosa não deverá influenciar o uso de métodos contraceptivos.	
- 64.3% Do grupo reconhece que o efeito da pílula é a interrupção da ovulação. Em relação ao DIU, 42.9% sabe que não é colocado nos ovários, mas sim no útero.	
Foi questionado se a utilização de métodos contraceptivos tornavam as relações menos românticas, e 71.4% afirma que não.	<p>“Se as pessoas gostarem mesmo uma da outra não.” (Pd)</p>
- Nas questões de auto percepção, 57.1% revela não sentir vergonha em comprar métodos contraceptivos. 78.6% Revela sentir-se melhor consigo próprio quando os utiliza e 35.7% afirma sentir dificuldades.	<p>“Ao início tenho dificuldades” (Pd)</p> <p>“Tinha de pedir ao rapaz para me ajudar” (Pg)</p>

Figura 10- Comparação dos resultados: Contraceção



Discussão

O presente estudo pretendia compreender, em primeiro lugar, qual o nível de conhecimento apresentado por um grupo de pessoas portadoras de diagnóstico de deficiência intelectual, acerca de temáticas relacionadas com a sexualidade. Foram apresentados discursos muito limitados e com recurso a expressões desadequadas. Este conhecimento reduzido deve-se também à falta de contextos que proporcionem um desenvolvimento neste sentido e que, na maioria dos casos, se caracterizam por contextos desfavorecidos e problemáticos (Maia & Cláudia, 2016).

Através das entrevistas foi realizada uma reflexão sobre as histórias de vida de cada participante. Salvo algumas exceções, a maioria dos participantes não possuiu no seu desenvolvimento, contextos saudáveis. No seu percurso escolar foram confrontados com as próprias limitações e com dificuldades nas relações interpessoais. No contexto familiar, apresentam problemas relacionados com maus tratos, negligência, alcoolismo ou até mesmo, superproteção.

Os participantes institucionalizados, ao que tudo indica, parecem ter mais oportunidades acessíveis. As próprias instituições organizam atividades e passeios que permitam alargar os seus horizontes, conhecer locais novos e apostam num desenvolvimento, não só ao nível das competências cognitivas, mas também, no sentido de proporcionar uma maior qualidade de vida e realização pessoal, ao contrário de alguns participantes, que afirmam estar restritos aos contextos supervisionados contribuindo para sentimentos de pouca autonomia, desconfiança e dependência.

No que respeita a relacionamentos passados e atuais, a maior parte dos participantes relata já ter tido, pelo menos um relacionamento. Apesar dos discursos descreverem relacionamentos infantis e imaturos e demonstrarem, muitas vezes, a confusão entre uma

relação amorosa e uma amizade, Kijak (2013), vem também confirmar estes dados no seu estudo. Alguns participantes demonstram que já tiveram algumas experiências, sexuais ou apenas em relacionamentos, sendo que os restantes afirmam ter alguma curiosidade.

Através das entrevistas, mais concretamente, da perspectiva futura, grande parte dos participantes afirma que a dimensão familiar é a que apresenta mais peso quando se projetam no futuro. As respostas mais frequentes relacionavam-se com a constituição de uma família, da aquisição da sua casa e viajar. Assim, a sua realização pessoal passa não só por uma vida emocional e em relação com os pares, mas também, por um aumento de experiências diferentes e a necessidade de sair de contextos habituais e rotineiros.

Com a análise dos questionários aplicados, foi notória uma diferença em todas as dimensões. Com a realização das ações de sensibilização, foi possível não só um aprofundamento de conhecimentos e aquisição de novos, mas também, uma inquestionável melhoria ao nível dos seus discursos, fazendo na sua maioria, recurso a termos mais técnicos e maduros quando se referem a determinados conceitos.

Ao encontro do estudo de Kijak (2013) e Maia e Ribeiro (2010), apesar de todos os participantes reconhecerem o seu direito a ter uma relação amorosa, mostram também algumas reservas no que diz respeito aos seus parceiros ou às suas relações sexuais. Isto é, entendem estes direitos como restritos a determinados limites. Não se consideram, em alguns casos, merecedores de uma vida sexual ativa e saudável e consideram estar apenas restritos a parceiros com deficiência, levando a sentimentos de repressão, causados não só pelo seu contexto social, mas também, pela forte influência de fatores culturais. Muitos dos participantes ainda não iniciaram a sua vida sexual apesar de sentirem vontade de ter um relacionamento amoroso.

Foi possível também melhorar os seus relatos em relação à sua autoestima, aumentando o número de participantes que afirmam gostar tanto do seu corpo como da sua imagem (de 64.3% inicialmente, para 78.6%), tal como Garcia (2012), onde os participantes transmitem a importância da sua autoestima para uma vivência plena da sexualidade. Contudo, a percentagem de participantes que se consideram ainda crianças e que, por sua vez, não são tratados como tal, diminuiu. Em sentido inverso, aumentou o número de participantes que não se consideram infantis mas cujas figuras de referência assim os tratam, sendo possível pressupor que estes resultados se devem ao facto, das ações de sensibilização os consciencializarem para informações que os mesmos desconheciam, levando a um confronto entre os conhecimentos que possuíam e os que deveriam ou era esperado que obtivessem. Outro motivo possível, tal como afirmam Maia e Cláudia (2016), prende-se no impacto que os estigmas e atitudes muito protetoras têm na baixa autoestima e desvalorização deles próprios, conduzindo à formação e crescimento de adultos desinformados e irresponsáveis.

Na dimensão da “Noção do corpo”, foi demonstrada uma melhoria significativa em relação aos conhecimentos do ciclo menstrual (no primeiro momento apenas 28.6% afirmava ter conhecimento do que era, e num segundo momento, os resultados melhoraram para os 78.6%). As melhorias apresentaram-se não só no número de respostas certas, mas também, ao nível do discurso utilizado na sua descrição. Foram também apresentadas diferenças significativas ao nível das alterações típicas da adolescência.

Importa realçar também, o discurso obtido no primeiro momento de avaliação de conhecimentos, quando questionados acerca dos órgãos sexuais, onde era notório um acentuar de expressões populares. Nos conhecimentos relativos aos cuidados de higiene, após as ações de sensibilização, o grupo reconhece a importância dos mesmos em ambos os géneros.

Ao encontro do estudo de Garcia (2012), onde os sujeitos tinham uma percepção real da progressão gradual das relações, na dimensão “Afetividade/Relacionamentos”, o desenvolvimento compreendido relaciona-se essencialmente, com o conceito de afetos, com a sua importância e com a evolução gradual dos sentimentos e das relações interpessoais. Demonstram também, uma maior consciência da comunicação não-verbal e o recurso e importância da mesma nas relações interpessoais. O discurso dos participantes mostra-se também mais adequado e completo após as ações de sensibilização.

Ao encontro do presente estudo, está o de Siebelink, Jong, Taal e Roelvink (2006), onde os sujeitos relatam não só necessidades sexuais mas também ao nível relacional, isto é, a importância de ter um parceiro não se centra apenas nas relações sexuais, mas essencialmente, no sentido de companheirismo em algumas atividades, como passear ou desabafar. Deste modo, não procuram uma satisfação sexual rápida, mas sim, a construção de laços afetivos fortes.

Em relação ao conceito de sexualidade os resultados obtidos foram bastante significativos. Se no momento da primeira avaliação os participantes consideravam estar exclusivamente relacionado com relações sexuais tal como no estudo de Maia e Cláudia (2016), atualmente, integram nesta dimensão questões como afetos, métodos contraceptivos, autoestima, doenças sexualmente transmissíveis e o próprio corpo. Resultados relevantes foram também apresentados na percepção que os participantes tinham em relação ao desejo sexual, o que poderá ter tido a influência da abordagem natural com que foram trabalhados determinados temas. Isto é, possivelmente o espaço de partilha e de confiança construído nas ações possibilitou a redução de sentimentos repressivos.

Não existiram diferenças na temática da masturbação, nos dois questionários, o que reflete a impossibilidade de abordar este tema e de trabalhar as questões relacionadas, devido

à limitação do tempo. O grupo demonstrou ter ligeiramente menos dificuldade em falar da sexualidade e a percepção da quantidade de informação que possuem melhorou.

Possuem também consciência de que existem zonas do corpo privadas e de que a intimidade corresponde a algo que é reservado, tendo sido apresentados exemplos da vida diária. Para além disso, demonstram saber que é algo que só deverá ser partilhado com pessoas de confiança. A consciência dos locais públicos e privados também foi alvo de melhorias ressaltando a ideia de que o comportamento deverá ser adequado consoante o local onde se encontram.

No tema da gravidez, os resultados evoluíram de forma significativa. No primeiro questionário, afirmavam que a menstruação era a melhor altura para a mulher engravidar. Atualmente chegam até a reconhecer um período fértil. Grande parte destas aprendizagens pode dever-se ao facto da atividade realizada neste âmbito ter sido o visionamento de um filme, fazendo com que, de forma geral, se sintam mais motivados. Os resultados foram positivos também para o conceito de fecundação, apesar da dificuldade ainda demonstrada na definição de espermatozoide e óvulo. No geral, o grupo apresenta-se mais consciente para o processo de formação de um bebé. Estes resultados encontram-se congruentes com o estudo de Siebelink *et al.* (2006), em que 93% sabe que a mulher fica grávida depois de ter relações sexuais.

Na última temática abordada, isto é, a contraceção, os conhecimentos foram aprofundados e desmistificaram-se alguns mitos relacionados com os meios de transmissão da SIDA e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis. Os participantes apresentam conhecimentos de que o uso de casas de banho públicas e a saliva não são meios de contágio, mas sim, relações sexuais desprotegidas, sangue e seringas.

Para além disso, possuem mais conhecimentos acerca dos métodos contraceptivos, nomeadamente, das suas funções, cuidados a ter na sua utilização e quais as diferenças entre eles (métodos contraceptivos químicos e de barreira). Foram identificadas melhorias significativas nos resultados apresentados, verificando-se um grande impacto das ações de sensibilização, quando comparados com o primeiro questionário, tal como no estudo de Gil-Llario, Morell-Mengual, Ballester-Arnal & Díaz-Rodríguez (2018).

Por fim, o grupo afirma que o tempo das relações não deverá influenciar a utilização de métodos contraceptivos, refletindo um grande sentido de responsabilidade e amadurecimento. Nas questões de auto percepção do segundo questionário, apesar de afirmarem ter mais vergonha de falar na sexualidade, demonstram sentirem-se melhor com eles próprios se utilizarem métodos contraceptivos, tendo-se mantido os resultados no que diz respeito às dificuldades de utilização.

Tal como Gil-Llario et al. (2018), o presente estudo vem reforçar a ideia de que a pessoa portadora de deficiência é capaz de adquirir conhecimentos sobre a sexualidade, desde que, as atividades sejam planeadas consoante as limitações individuais. É congruente também, o interesse demonstrado pelos jovens durante toda a investigação.

Atualmente, uma quantidade enorme de informação encontra-se acessível, seja através da televisão ou dos valores impostos pela sociedade. Estas atitudes negativas em relação à sexualidade na deficiência intelectual fazem com que a expressão da mesma seja também negativa, tal como afirma Siebelink (2006) e Maia e Camossa (2003). Mesmo após a Convenção dos direitos sexuais da pessoa com deficiência intelectual, continua a ser um tema que exige grande atenção. Siebelink (2006), demonstrou no seu estudo que não existe uma correlação significativa entre os níveis de conhecimentos e a experiência. Isto significa que, as pessoas com uma vida sexual ativa, não são necessariamente, as mais informadas.

Procurou-se então colmatar algumas das dificuldades do grupo de participantes em questão, desmistificar mitos, reduzir as dúvidas e, acima de tudo, transmitir conhecimentos. Abrir as portas à aprendizagem sobre a sexualidade minimizando os motivos psicológicos e sociais que levam a uma reduzida informação.

Ressalva-se o impacto das ações de sensibilização nos conhecimentos nas 7 dimensões estudadas: na “autoestima”, em que as melhorias foram ao nível da perceção da sua imagem e do seu corpo; na “noção do corpo”, em que no primeiro momento não tinham conhecimentos dos conceitos de ciclo menstrual, órgãos sexuais e as transformações típicas da adolescência, e atualmente, possuem mais informação e um maior cuidado com a linguagem utilizada; na “afetividade/relacionamentos”, onde estava presente um desconhecimento em relação aos afetos, demonstram mais conhecimentos, inclusive na linguagem e comunicação não-verbal; na “sexualidade”, as melhorias surgem na sua definição e consciencialização dos temas que a compõem; em relação ao “público vs privado” foram notórias alterações nos conhecimentos acerca da intimidade e no reconhecimento dos espaços públicos; na temática da “gravidez”, o grupo não demonstrava conhecimentos em relação ao processo de gestação, bem como do período fértil, resultados que melhoraram significativamente; na “contraceção”, foram desenvolvidos conhecimentos relacionados com as Doenças Sexualmente Transmissíveis e métodos contraceptivos, temas estes que se apresentavam pouco explorados.

Importa referir também que este estudo remete-nos para diversas teorias da Psicologia como a Teoria da Aprendizagem de Vygotsky, que se reflete no facto do indivíduo aprender em interação com o meio social que o rodeia. Deste modo, quando o meio não é potencializador de aprendizagens, o desenvolvimento do sujeito fica comprometido. Erikson encontra-se também bastante presente, com a sua Teoria do Desenvolvimento Psicossocial,

onde enfoca a importância do meio social. Por outro lado, considera-se pertinente também Bronfenbrenner, com a Teoria Ecológica do desenvolvimento humano, que nos remete para a perspectiva adotada no estudo, isto é, a premissa de que a análise do indivíduo deverá ser feita com a consciência do mesmo, como parte integrante de vários contextos que se influenciam. Por fim, Carl Rogers, contribuindo para uma visão humanista da aprendizagem, ou seja, a importância de um ambiente benéfico à aprendizagem, sem que os sujeitos se sintam pressionados para a aquisição de informação e que os mesmos tenham iniciativa de aprender. Esta ideia encontra-se refletida neste estudo, na medida em que, o próprio grupo demonstrou interesse na temática da sexualidade, bem como, ofereceu um espaço dinâmico de partilha entre os vários membros, assegurando um ambiente favorável para a aprendizagem de conteúdos (Lima, Barbosa e Peixoto, 2018; Coelho e Pisoni, 2012; Bhering, 2009; Bordignon, 2007).

A investigação apresenta algumas limitações, nomeadamente, a incapacidade de controlar o número de faltas dos participantes e o facto de existir um tempo limitado, sugerindo-se, para investigações futuras, estudos na mesma linha orientadora, mas realizadas em períodos de tempo superiores (tanto no que respeita à duração das ações de sensibilização como no intervalo de tempo entre a realização dos dois questionários).

Em suma, considera-se pertinente a continuação de programas de Educação Sexual na população com deficiência intelectual, que tenham em consideração não só a prevenção e promoção de comportamentos adequados, mas também que se direcionem para a vida real dos participantes. Por outro lado, ressalva-se a pertinência da transmissão dos resultados de investigações semelhantes aos pais e educadores dos jovens, uma vez que estas figuras são igualmente intervenientes diretos no desenvolvimento saudável de cada jovem.

Bibliografia

- Aderemi, T.J., Pillay, B.J., & Esterhuizen, T.M. (2013). Differences in HIV knowledge and sexual practices of learners with intellectual disabilities and non-disabled learners in Nigeria. *Journal of the International AIDS Society*, 16, 1-9.
- Alferes, V.R. (1999). Escala de atitudes sexuais. In M.R. Simões, M.M. Gonçalves & L.A. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (pp. 131-148). Braga: SHO/APPORT.
- American Psychiatric Association – APA. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico das perturbações mentais - DSM-5* (5.ª ed). Lisboa: Climepsi editores.
- Bastos, O.M., & Deslandes S.F. (2012). Sexualidade e deficiência intelectual: narrativas de pais de adolescentes. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 22, 1031-1046.
- Bhering, E., & Sarkis, A. (2009). Modelo bioecológico do desenvolvimento de Bronfenbrenner: implicações para as pesquisas na área da educação infantil. *Horizontes*, 27, 7-20.
- Bordignon, N.A. (2007). O desenvolvimento psicossocial do jovem adulto em Erik Erikson. *Revista Lasallista de Investigación*, 4, 7-16.
- Canha, L.N., & Neves, S.M. (2008). *Promoção de competências pessoais e sociais: desenvolvimento de um modelo adaptado a crianças e jovens com deficiência: manual prático*. Lisboa: Instituto Nacional de Reabilitação.
- Carvalho, C.P., Pinheiro, M.R.M., Gouveia, J.P., & Vilar, D.R. (2017). Conhecimentos sobre sexualidade: construção e validação de um instrumento de avaliação para adolescentes em contexto escolar. *Revista Portuguesa de Educação*, 30, 248-274.
- Coelho, L., & Pisoni, S. (2012). Vygotsky: sua teoria e a influência na educação. *Revista e-PED*, 2, 144-152.

- Cuskelly, M., & Bryde, R. (2004). Attitudes towards the sexuality of adults with a- intellectual disability: parents, support staff, and a community sample. *Journal of Intellectual & Developmental Disability, 29*(3), 255-264.
- Cuskelly, M., & Gilmore, L. (2007). Attitudes to sexuality questionnaire (individuals with disability): scale development and community norms. *Journal of Intellectual & Developmental Disability, 32*, 214-221.
- Dantas, L.E.R. (2013). O direito ao corpo e a sexualidade da pessoa com deficiência: um direito da personalidade. *Em tempo, 12*, 203-218.
- DelCampo, R.L., & DelCampo, D.S. (1998). Contraceptive knowledge inventory. In C.M. Davis, W.L. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer & S.L. Davis (Eds), *Handbook of Sexuality-Related Measures* (pp. 153-155). Thousands Oaks: SAGE Publications.
- Direção Geral de Educação (2013). Manual de boas práticas adoles(ser). Recuperado de http://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esaude/guia_adoles_ser.pdf
- Ferreira, A.M., Lapa, A.C., Marques, A.M., Forreta, F., Neves, A., Rodrigues, C., ... Nunes, V. (2009). *Ser +: programa de desenvolvimento pessoal e social para crianças, jovens e adultos portadores de deficiência mental*. Lisboa: Associação para o planeamento em família.
- Garcia, W.P. (2012). Apontamentos e reflexões sobre a sexualidade da pessoa com deficiência intelectual. *Psicologia Argumento, 30*, 149-160.
- Garghetti, F.C., Medeiros, J.G., & Nuernberg, A.H. (2013). Breve história da deficiência intelectual. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia, 10*, 101-106.
- Gesser, M., & Nuernberg, A.H. (2014). Psicologia, sexualidade e deficiência: novas perspectivas em direitos humanos. *Psicologia: Ciência e Profissão, 34*, 850-863.

- Gil-Llario, M.D., Morell-Mengual, V., Ballester-Arnal, R., & Díaz-Rodríguez, I. (2018). The experience of sexuality in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 62, 72-80.
- Gürol, A., Polat, S., & Oran, T. (2014). Views of mothers having children with intellectual disability regarding sexual education: a qualitative study. *Sex Disabil*, 32, 123-133.
- Higgins, D. (2010). Sexuality, human rights and safety for people with disabilities: the challenge of intersecting identities. *Sexual and Relationship Therapy*, 25, 245-257.
- Kijak, R. (2013). The sexuality of adults with intellectual disability in poland. *Sex Disability*, 31, 109-123.
- Lança, C. (2009). *O sexo dos anjos ou os anjos sem sexo*. Águeda: CERCIAG.
- Lima, L.D., Barbosa, Z.C.L., & Peixoto, S.P.L. (2018). Teoria humanista: Carl Rogers e a educação. *Cardernos de Graduação*, 4, 161-172.
- Maia, A.C.B., & Camossa, D.A. (2003). Relatos de jovens deficientes mentais sobre a sexualidade através de diferentes estratégias. *Paidéia*, 12, 205-214.
- Maia, A.L.M.M., Medeiros, I., & Ferreira, D.G. (2018). Sexualidade: uma nova área de conhecimento. *Saúde & Conhecimento*, 2, 18-22.
- Maia, B., & Cláudia, A. (2016). Vivência da sexualidade a partir do relato de pessoas com deficiência intelectual. *Psicologia em Estudo*, 21, 77-88.
- Maia, A.C.B., & Ribeiro, P.R.M. (2010). Desfazendo mitos para minimizar o preconceito sobre a sexualidade de pessoas com deficiência. *Revista Brasileira*, 16, 159-176.
- Maia, A.C.B., Reis-Yamauti, V.L., Schiavo, R.A., Capellini, V.L.M.F., & Valle, T.G.M. (2015). Teacher opinions on sexuality and Sexual Education of students with intellectual disability. *Estudos de Psicologia*, 32, 427-435.

- Martins, L., Cunha, M., Guerreiro, D., & Marques, M. (2015). Correlatos psicológicos de cuidadores formais de pessoas com deficiência mental: amostra portuguesa. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social, 1*, 17-29.
- McDaniels, B., & Fleming, A. (2016). Sexuality education and intellectual disability: time to address the challenge. *Sex Disability, 34*, 215-225.
- Milian, Q.G., Alves, R.J.R., Wechsler, S.M., & Nakano, T.C. (2013). Deficiência intelectual: doze anos de publicações na base scielo. *Revista de Psicopedagogia, 30*, 64-73.
- Monat, R.K. (1982). *Sexuality and the Mentally Retarded*. San Diego: College-Hill Press.
- Ramiro, L., Reis, M., Matos, M.G., Diniz, J.A., & Simões, C. (2011). Educação sexual, conhecimentos, crenças, atitudes e comportamentos dos adolescentes. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 29*, 11-21.
- Sankhla, D., & Theodore, K. (2015). British attitudes towards sexuality in men and women with intellectual disabilities: a comparison between white westerners and south asians. *Springer, 33*, 429-445.
- Santos, C. (2017). *Sexualidade e afetos no mundo da trissomia 21*. Lisboa: Chiado Editora.
- Schaaf, M. (2011). Negociando sexualidade na convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência. *Revista Internacional de Direitos Humanos, 8*, 115-135.
- Schaafsma, D., Kok, G., Stoffelen, J.M.T., & Curfs, L.M. (2015). Identifying effective methods for teaching sex education to individuals with intellectual disabilities: a systematic review. *Journal of Sex Research, 52*, 412-432.
- Siebelink, E.M., Jong, M.D.T., Taal, & Roelvink, L. (2006). Sexuality and people with intellectual disabilities: assessment of knowledge, attitudes, experiences and needs. *Mental Retardation, 44*, 283-294.

- Silva, F.B., & Brígido, E. (2016). A sexualidade na perspectiva Freudiana. *Revista Contemplação*, 13, 125-138.
- Simões, J. (2015). Deficiência intelectual, gênero e sexualidade: algumas notas etnográficas em uma APAE do interior do estado de são paulo- brasil. *Revista da Faculdade Medicina*, 63, 143-148.
- Stoffelen, J.M.T., Herps, M.A., Buntinx, W.H.E., Schaafsma, D., Kok, G., & Curfs, L.M.G. (2017). Sexuality and individual support plans for people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 61, 1117-1129.
- Stoffelen, J.M.T., Schaafsma, D., Kok, G., & Curfs, L.M.G. (2018). Women who love: an explorative study on experiences of lesbian and bisexual women with a mild intellectual disability in The Netherlands. *Springer*, 36, 249-264.
- World Health Organization (2011) World Report on Disability Recuperado de https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj2_JCgrfLfAhVGY1AKHbbqADIQFjAAegQIBBAC&url=https%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fdisabilities%2Fworld_report%2F2011%2Freport.pdf&usg=AOvVaw2xEwmN7Ae-COE3c5NfIN-4

LISTA DE APÊNDICES

- Apêndice A** - Autorização da Fundação LIGA
- Apêndice B** - Pedido de autorização aos representantes legais
- Apêndice C** - Instrumentos: Entrevistas
- Apêndice D** - Instrumentos: Questionário de Avaliação de conhecimentos sobre a sexualidade
- Apêndice E** - Resultados completos das Entrevistas
- Apêndice F** - Resultados do Questionário 1: Pré ações de sensibilização
- Apêndice G** - Resultados do Questionário 2: Pós ações de sensibilização

APÊNDICE A

Autorização da Fundação LIGA

Exmo. Senhor Diretor Geral da Fundação LIGA, Gonçalo Solla

Assunto: Pedido de autorização para realização de investigação

Lisboa, 8 de Janeiro de 2019

Eu, Inês Isabel Serrano Faustino, venho por este meio solicitar a colaboração da vossa prestigiada fundação, no sentido de realizar recolha de dados para fins de investigação da dissertação de mestrado em Psicologia Clínica da Universidade Lusíada de Lisboa, sob orientação do Professor Doutor António Rebelo. Os dados recolhidos são confidenciais e, em momento algum, os participantes serão identificados, acrescentando ainda sob compromisso de honra que o funcionamento da fundação não será posto em causa.

No âmbito de uma investigação de seu tema: “Sexualidade na Deficiência Intelectual e Importância da Educação Sexual: Estudo de caso” pretende-se avaliar 15 clientes. O estudo possuirá três momentos, um primeiro momento de breve entrevista semiestruturada e um questionário de avaliação de conhecimentos; no segundo momento, serão realizadas ações de sensibilização e de partilha de conhecimentos em grupo sobre a sexualidade (integrando também esta componente como um dos objetivos estipulados no meu estágio curricular realizado na Fundação LIGA); e um terceiro e último momento de nova resposta ao questionário. Importa referir que a resposta à entrevista e ao questionário é feita de forma individual com cada cliente e que apenas as ações de sensibilização serão feitas em grupo de acordo com a disponibilidade de cada cliente, assegurando que nenhuma rotina diária será alterada.

Por motivos éticos e deontológicos, assumo desde já o compromisso de devolver os resultados obtidos pela amostra permitindo assim que a mesma possa contribuir para um desenvolvimento do trabalho já realizado na Fundação LIGA.

Anexo: Guião de Entrevista e Questionário de Avaliação de Conhecimentos

Com os meus melhores cumprimentos,

Inês Isabel Serrano Faustino

Apêndice B

Autorização aos representantes legais

Declaração de Consentimento Informado

A investigação atual, intitulada “Sexualidade na Deficiência Intelectual e a Importância da Educação Sexual: Estudo de Caso” é uma componente integrada no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica da Universidade Lusíada de Lisboa sob orientação do Professor Doutor António Rebelo. Tem como principal objetivo o aprofundamento de conhecimentos e a sua contribuição científica para o exercício de um trabalho completo junto de pessoas com dificuldades específicas do foro cognitivo. Para além disso, pretende-se dar continuidade a estudos anteriores demonstrando que, por um lado, ainda existe pouca informação do que é a sexualidade, e por outro, de que um programa de Educação sexual possui um papel fundamental na vida dos participantes, melhorando as suas competências e possibilitando uma vida plena com o exercício dos seus direitos.

Deste modo, é necessário a participação de alguns clientes da Fundação LIGA, isto é, a sua colaboração é fundamental. Os resultados obtidos serão divulgados, no entanto, acrescento que qualquer dado pessoal é estritamente confidencial, sendo que, em momento algum, será possível identificar os participantes bem como a utilização destes dados para qualquer outro fim.

Importa referir também, que a participação neste estudo não acarreta nenhum risco nem despesa, podendo desistir a qualquer momento que desejar, bem como, garantir que nenhuma rotina diária dos clientes será alterada.

A investigação será composta por três etapas: uma primeira etapa, de avaliação de conhecimentos através de uma entrevista semiestruturada e de um questionário de avaliação de conhecimentos; um segundo momento, onde serão realizadas ações de sensibilização, durante três meses, em grupo e com o objetivo de somar conhecimentos e partilhar experiências; o último momento pretende avaliar novamente os conhecimentos de cada cliente para que deste modo seja possível uma compreensão do impacto das ações de sensibilização realizadas na etapa anterior. Por fim, esclarecer também, que todo este processo será autorizado e acompanhado pelos profissionais da Fundação LIGA.

Caso possua qualquer dúvida ou questão, poderá contactar a Dra. Isabel Amaro, Inês Faustino (autora da investigação) e o Professor Doutor António Rebelo (orientador da dissertação).

Depois das explicações acima referidas, declaro que autorizo a participação do cliente _____ na investigação.

Assinatura (Representante legal):

Data: _____

Obrigada pela sua colaboração!

Inês Isabel Serrano Faustino

Apêndice C

Instrumentos: Entrevista

Questões sociodemográficas

Participante

Género:

Idade:

Habilitações Literárias:

Etiologia:

Diagnóstico:

Grau de deficiência:

Congénita ou Adquirida?

Número de Irmãos:

Algum dos irmãos é portador de deficiência?

Tem atualmente um parceiro? Se sim, quanto tempo?

Já teve relacionamentos antes?

Pais/ Representantes Legais

Pai

Idade:

Habilitações Literárias:

Profissão:

Mãe

Idade:

Habilitações Literárias:

Profissão:

Guião de Entrevista

→ Perspetiva Pessoal

1. Com que idade te apercebeste das tuas dificuldades? Como foi toda essa fase de descoberta e aceitação? Quem fala sobre o assunto contigo regularmente?
2. Como te sentes contigo próprio?
3. Qual a tua perspetiva acerca das tuas potencialidades/capacidades?

→ Perspetiva Educativa

1. Quando andavas na escola, quais as maiores dificuldades que sentiste?
2. Sentiste que houve um esforço por parte dos professores e colegas para te sentires adaptado?
3. A escola era algo importante para ti? Sentes que contribuiu para o teu crescimento?

→ Perspetiva Familiar

1. Como é a relação com a tua família?
2. Que cuidados especiais tens em casa?
3. Sentes que é um ambiente que te ajuda a crescer?

4. Quando tens alguma dúvida, sentes que a tua família é o principal ambiente que te ajuda?

Nota: Perguntas alternativas para participantes institucionalizados

1. Como é a tua vida na instituição onde moras?
2. Que cuidados especiais tens na instituição?
3. Sentes que é um ambiente que te possibilita crescer de forma feliz?
4. Quando tens alguma dúvida, sentes que na instituição te ajudam?
5. Sentes que lá encontras uma “família”?

➔ Perspetiva Social

1. Sentes que tens bons amigos?
2. Costumas passar muito tempo com eles? (o que fazem?)
3. Já te sentiste discriminado?
4. Que atividades gostas de fazer nos teus tempos livres?

➔ Desenvolvimento afetivo

1. Em que situações dizes “gosto muito de ti”?
2. Sabes o que são os afetos e as diferentes formas de os manifestar?
3. Sentes que gostam de ti?
4. Sentes afetos por parte dos diferentes sítios que costumas ir? (por exemplo, casa, instituições, LIGA, amigos, etc) Como é que te demonstram?
5. Consideras os afetos como algo muito importante na tua vida?

➔ Perspetiva Futura

1. Como achas que irá ser o teu futuro? Como te imaginas daqui a uns anos?
2. Tens algum sonho que aches possível de realizar?

Apêndice D

Instrumentos: Questionário de Avaliação de conhecimentos sobre a sexualidade

Questionário de Avaliação de Conhecimentos sobre a Sexualidade

Este questionário destina-se à recolha de dados para uma investigação, com o tema “Sexualidade na Deficiência Intelectual e Importância da Educação Sexual: Estudo de caso”, no âmbito da Dissertação de Mestrado do curso de Psicologia Clínica, da Universidade Lusíada de Lisboa.

Gostaria que respondesses a todas as questões colocando uma cruz (X) na resposta mais adequada (“Sim”, “Não” ou “Não sei”). Por favor, lê todas as questões com atenção, caso não consigas, eu própria irei ler para ti assinalando a resposta que tu desejares. Recordo que o questionário não é um teste, e por isso, não necessitas de ter receio de errar. O questionário é anónimo e todas as tuas respostas serão confidenciais.

Obrigada pela tua colaboração!

Auto-Estima

	Sim	Não	Não sei
Uma pessoa com as tuas dificuldades tem o direito a ter uma relação amorosa?			
Tenho uma boa imagem?			
Gosto do meu corpo?			
Ainda me sinto criança?			
Ainda me tratam como uma criança?			

Nocção do Corpo

	Sim	Não	Não sei
O ciclo menstrual da mulher é normalmente de 28 dias?			
A mulher tem o período cerca de 7 dias?			
Os órgãos sexuais da Mulher são diferentes			

dos órgãos sexuais dos Homens?			
Ao longo do crescimento o corpo vai sofrendo alterações?			
Na adolescência a voz altera-se mais nas Mulheres?			
Os cuidados de Higiene são necessários tanto nos rapazes como nas raparigas?			
Os órgãos genitais necessitam de Higiene para prevenir <i>infecções</i> ?			
As mulheres produzem <i>espermatozoides</i> ?			
A barba é uma manifestação que aparece nos Homens na adolescência?			
O corpo da Mulher é igual ao corpo do Homem?			
O órgão genital do Homem é a vagina?			

Afetividade/Relacionamentos

	Sim	Não	Não sei
Os amigos demonstram carinho de forma diferente dos namorados?			
Os afetos são importantes na minha vida?			
Os abraços são uma forma de mostrar que gostamos de alguém?			
Podemos demonstrar que gostamos de alguém sem dizer “Gosto muito de ti”?			

Sexualidade

	Sim	Não	Não sei
Quando se tem dúvidas acerca da <i>Sexualidade</i> deve-se perguntar a alguém de confiança?			
A <i>masturbação</i> é um comportamento natural?			
É difícil falar da <i>Sexualidade</i> ?			
Saber mais sobre a <i>Sexualidade</i> permite que estejamos mais protegidos?			
É natural ter desejo sexual?			
Sentes que tens pouca informação acerca da <i>Sexualidade</i> ?			
A <i>masturbação</i> muito frequente é perigosa?			
Quando falamos de <i>Sexualidade</i> estamos só a falar de relações sexuais?			
Existe diferença entre pensamentos sexuais e comportamentos sexuais?			
Devemos ter relações sexuais mesmo quando a outra pessoa não quer?			
O abuso sexual é crime?			

Público VS Privado

	Sim	Não	Não sei
Existem partes do corpo que são privadas e que ninguém pode tocar?			

<i>Intimidade</i> corresponde a algo que é reservado a nós próprios?			
Existem zonas do corpo que são <i>privadas</i> ?			
Intimidade é a mesma coisa do que esconder?			
Intimidade está associada à confiança?			
A intimidade pode ser partilhada com qualquer pessoa?			
Um local com muitas pessoas é um lugar íntimo e privado?			

Gravidez

	Sim	Não	Não sei
O melhor momento para a mulher engravidar é quando está menstruada?			
A mulher não fica grávida se se lavar após as relações sexuais?			
À união de um <i>óvulo</i> com um <i>espermatozoide</i> chama-se de fecundação?			
É através dos óvulos e do esperma que se formam os bebés?			

Contraceção

	Sim	Não	Não sei
O preservativo é o <i>método contraceptivo</i> mais seguro?			

Existem métodos contraceptivos químicos e de barreira?			
A SIDA é transmitida através da saliva e do uso de casas de banho públicas?			
Tenho vergonha de comprar preservativos/pilula?			
Antes da colocação do preservativo devemos verificar sempre o estado da embalagem e a validade?			
Usar o preservativo tira o prazer?			
Devemos utilizar os métodos contraceptivos mesmo quando já conhecemos a pessoa há muito tempo?			
A função da pílula é interromper a ovulação?			
A SIDA transmite-se através do sangue e de relações sexuais sem proteção?			
Sinto-me melhor comigo próprio quando utilizo métodos contraceptivos?			
O DIU coloca-se nos ovários?			
A melhor forma de prevenir a SIDA é com o uso do preservativo?			
Tenho dificuldades em utilizar os métodos contraceptivos?			
A SIDA pode ser transmitida através de seringas de alguém infetado?			
Os métodos contraceptivos tornam as relações menos românticas?			

Apêndice E

Resultados completos das Entrevistas

Perspetiva Pessoal

- A Afirma nunca ter tido uma relação próxima com os pais e nunca lhe explicaram as suas dificuldades. A sua autoestima encontra-se afetada por falta de intimidade com a namorada. Jovem bastante consciente no que diz respeito a filhos. A sua perspetiva em relação às suas capacidades varia consoante o dia.
- B Nunca existiu uma conversa direta acerca das suas dificuldades, foram os colégios que se foram apercebendo. Relata sentir-se bem, dependente da medicação. Considera não ter muitas capacidades, mas as que tem são boas.
- C Conversaram sobre as suas dificuldades com cerca de 10 anos. Sente-se bem com ela própria apesar de não sentir essa aceitação pelos outros. Indica consciência das suas dificuldades e capacidades.
- D Quando nos referimos às suas dificuldades apresenta pouca consciência da sua condição. Afirma gostar de si próprio.
- E Afirma ter-se apercebido que possuía dificuldades quando ainda frequentava o ensino regular. Sente-se bem consigo próprio, embora relate dificuldades na organização do tempo.
- F Afirma não saber o porquê das suas dificuldades e que a sua família possui várias versões. A irmã afirma que foi resultado de uma agressão do pai para a mãe (problemas de alcoolismo) enquanto a mesma estava grávida. Para além disso, sente-se bem com ele próprio, apesar de sofrer de ansiedade, e considera-se capaz de realizar algumas tarefas de vida diária.
- G Em relação às suas dificuldades não se lembra de terem tido alguma conversa, foi-se apercebendo na escola. Sente-se bem como ela própria e demonstra interesse por aprender coisas novas.
- H Percebeu as suas limitações aos 18 anos, mas nunca ninguém lhe explicou. Afirma que percebia as dificuldades mas que não se abria com ninguém. Apesar disso, sente-se bem com ele próprio, principalmente quando os outros o tratam bem e com respeito. Relata também que, quando tinha namorada, era quando se sentia melhor porque tinha alguém para conversar. Demonstra gosto por saber coisas novas
- I Afirma que quando era pequenino não conseguia ler nem escrever e as pessoas o incentivam a tentar. Sente-se bem e considera ter uma boa autoestima e amor-próprio. Tem boas competências e muito jeito para o desenho e pintura, demonstrando uma grande modéstia em relação às suas competências.
- J Apercebeu-se das suas dificuldades aos 18/19 anos de idade. A psicóloga do centro de saúde ajudava-a nos problemas e tratou do processo para ser institucionalizada. Afirma estar numa fase em que se sente triste com ela própria desde que os pais faleceram. Sente-se capaz em algumas coisas e noutras reconhece que necessita de ajuda, não especificando quais.
- K Apercebeu-se das dificuldades quando entrou para a escola. Sente-se bem consigo próprio, mas gostava de fazer um curso de assistente administrativo e ser mais autónomo.
- L Tomou consciência das suas dificuldades aos 18 anos, nomeadamente, na escrita. A professora falou com ele e disse-lhe que não ia conseguir a maioria das coisas. Sente-se bem com ele próprio e confia nas suas capacidades. Afirma saber cozinhar e andar de transportes de forma autónoma.

Perspetiva Pessoal

- M Afirma que já não tinha muitos conhecimentos quando entrou na escola. Não conseguia ler e os colegas gozavam e ofendiam. Sente-se bem consigo própria e considera as suas capacidades boas.
- N Apercebeu-se através do discurso da sua professora que lhe perguntou "o que está aqui a fazer?". Aprendeu a ler sozinha e na praia. Diz que se sente em baixo e triste mas que é algo que tenta contrariar pensando um dia de cada vez. Afirma que é capaz de fazer de tudo um pouco e que gosta de estar ocupada.
-

Perspetiva Educativa

- A Durante o período da escola sentiu-se mal porque via os colegas com as namoradas. Sentiu um grande esforço por parte dos professores, embora os conteúdos do ensino regular para o ensino especial serem diferentes, desmotivando e dificultando a sua aprendizagem. Considera a escola importante.
- B As dificuldades eram apenas nos conteúdos dos programas. Não se sentia adaptada, apesar do trabalho dos professores, contudo, afirma que a escola era importante.
- C Principais dificuldades eram nos conteúdos, apesar de ter apoio individualizado e estar ao abrigo do decreto de lei 3/2008. Dificuldades de integração com os restantes colegas, contudo, os professores foram responsáveis pela sua proteção e ajuda. Considera a escola importante.
- D Teve dificuldades na matéria e a criar relações com os colegas. Os professores tiveram um papel importante na tentativa de o adaptar.
- E As principais dificuldades foram na aquisição de competências de leitura e escrita e nas relações interpessoais. Sempre se identificou mais com o sexo feminino e afirma que a iniciativa partia sempre delas. Afirma que a escola contribuiu para o seu crescimento e que hoje já tem mais facilidade em fazer amigos do sexo masculino.
- F Afirma ter tido dificuldades na matemática e no cálculo e que teria estado ao abrigo do projeto de escola inclusiva. Possuía ajuda de todos, tanto dos colegas como dos professores e sentiu pena de não continuar na escola.
- G As suas dificuldades foram essencialmente no inglês, no português e na matemática. O relacionamento com os colegas era saudável. Frequentou o ensino especial desde pequena até aos seus 18 anos.
- H As principais dificuldades eram nas competências de escrita e leitura. Afirma também ter tido conflitos com os colegas porque gozavam com ele. Sentia apenas o apoio dos professores. Gostava da escola porque aprendia coisas novas mas não gostava das pessoas.
- I Na escola, as primeiras dificuldades que teve foi a ler e escrever, tendo tido também dificuldades nos relacionamentos interpessoais. Tinha tendência para se isolar, mas sentiu o apoio dos professores e dos colegas. Como estava sempre a chorar, na primeira escola teve a alcunha de bebé, mas depois amadureceu, segundo o seu relato.
- J As principais dificuldades foram nas competências de leitura. Com os colegas correu tudo bem e frequentou a Terapia da Fala. Sentiu apoio tanto dos professores como dos colegas, e gostava muito da escola, demonstrando o seu desejo por regressar.
- K Sentiu dificuldades na matéria e o ensino especial ajudou-o bastante no seu percurso escolar. Só tinha um amigo devido ao *bullying* que sofreu. Não sentiu apoio por parte

Perspetiva Educativa

- dos colegas, mas sim através dos professores. A escola era algo de grande importância, pois ajudou-o a crescer e a se desenvolver.
- L Sentiu dificuldades nas competências de leitura e escrita, tendo tido algumas desavenças com os colegas. Sentiu apoio dos professores e dos colegas, e afirma ter sido um período importante para o seu crescimento. Tinha várias atividades para além das aulas, como barro, pintura, ginásio e informática.
- M Tinha dificuldades nas competências de leitura e cálculo. Teve algumas dificuldades em se relacionar com alguns colegas e não gostava da professora porque não tinha paciência para lhe explicar as coisas de forma mais calma. Afirma que não gostava da escola e que cresceu mais desde que saiu.
- N As dificuldades residiam nas competências de leitura e matemática. Com os colegas e professores correu sempre tudo bem.
-

Perspetiva Familiar

- A Relação com os pais era melhor antes do acidente, causado por negligência por parte da mãe e motivo de grandes discussões entre o pai e a mãe; A relação com a tia (atual cuidadora e responsável) é boa. A relação com os irmãos tornou-se distante desde a morte da mãe, bem como, a sua relação com o pai (atualmente já faleceu). Contudo, considera um ambiente saudável.
- B A relação com a sua família é bastante problemática. Progenitor foi acusado de abuso sexual, tendo uma ordem de afastamento. Com a mãe encontra-se com pouca frequência. Foi institucionalizada há 5 anos. Gosta de estar no lar, pois são realizadas diversas atividades e sente que é um ambiente familiar. Sabe que tem abertura para falar sobre assuntos de namorados, apesar de não o fazer por vergonha.
- C Ambiente familiar saudável. Relação com pais e primos bastante próxima. Quando tem dúvidas acerca de relacionamentos amorosos procura essencialmente a mãe
- D Relação familiar positiva com os pais e irmã. Com o divórcio passaram uma fase mais conturbada mas atualmente é um ambiente saudável com ambos.
- E O participante mora num lar e em alguns fins-de-semana vai a casa. O lar onde reside é apenas de rapazes, mas afirma que encontra no lar uma casa. Possui alguma liberdade e pode fazer atividades como ler ou ir ao supermercado. Ao contrário da sua antiga residência, onde recorriam, frequentemente, à violência. Apesar de tudo, como mantém um contacto direto com a sua família, relata que possui duas famílias. Demonstra também alguma consciência em relação ao futuro e ao que lhe irá acontecer.
- F Afirma ter mais conflitos no seio familiar desde a morte da sua mãe (faleceu à 1 ano) e que, normalmente, esses conflitos surgem do problema de alcoolismo do pai. Não é um ambiente saudável pois as discussões são frequentes. A figura significativa era a mãe.
- G Bom relacionamento com a mãe, com as tias e primas. Relação muito afastada com o pai, mas que, parece ser algo resolvido na sua cabeça.
- H O ambiente familiar é marcado por alguns conflitos e discussões. A mãe assume uma postura mais controladora. A relação com a irmã era boa, em tempos, atualmente, não se falam. Afirma que gostava de ser mais autónomo e independente em casa. Em relação à abertura familiar para tirar dúvidas afirma que tudo depende dos assuntos.

Perspetiva Familiar

- I O seu ambiente familiar é bom, apesar de alguns conflitos. Contudo, conseguem resolver qualquer problema com base no diálogo. Os pais ensinaram a andar de autocarro e metro sendo bastante autónomo nesse aspeto. É um ambiente seguro e sente que pode questionar sempre que tem dúvidas. O pai ensinou-o a utilizar o preservativo.
- J No lar sente-se bem, apesar de às vezes existirem algumas discussões. As auxiliares ajudam na roupa, refeições e medicação. O ambiente familiar em casa (junto dos irmãos) não era saudável, e apesar de gostar de ter a casa dela, sente-se bem no lar.
- K Tem uma relação muito boa com a mãe e com o padrasto. Não tem qualquer relação com a irmã e com o pai. Consegue fazer algumas atividades em casa e sente que já o tratam como um adulto.
- L Mora no Lar e apesar de gostar do espaço, gostava de poder cozinhar e ir às compras. Demonstra o seu desejo pelo projeto casas de autonomia. Contudo, afirma sentir-se bem lá e que existe espírito de união.
- M O ambiente no lar é bom, ao fim de semana faz tarefas domésticas. É permitido ouvir música, ver televisão e jogar no tablet. Pode sair para passear dentro do horário estipulado. É um ambiente com algumas regras mas bom. É um lar só de raparigas e todas as pessoas a tratam bem. Só mantém contacto com uma irmã (também institucionalizada). O outro irmão encontra-se com a mãe e com o padrasto.
- N Afirma gostar muito dos seus pais e do seu irmão, e mesmo com algumas discussões, é um ambiente saudável. Apesar disso, prefere conversar sobre determinados assuntos, com a terapeuta, apesar da abertura e confiança que tem em casa.
-

Perspetiva Social

- A Afirma ter uma rede pequena de amigos e muito restrita. Costuma sair com os amigos, beber café e conversar. Relata ter sido discriminado.
- B Reconhece ter uma rede social em ambas as instituições onde está inserida. Nunca se sentiu discriminada (deixando dúvidas se sabe o significado do conceito ou se o reconheceu).
- C Rede social restrita ao ambiente da fundação LIGA. Já teve episódios de discriminação tanto na escola como na vida profissional.
- D Rede social limitada ao contexto da Fundação LIGA. Apenas na escola ocorreram episódios de discriminação.
- E Afirma não ter muitos amigos apesar de se sentir satisfeito com os que tem. Dá especial enfoque a um amigo que reside no lar e que é mais velho. Os outros rapazes do lar não apresentam os mesmos gostos que ele, e por isso, possui atividades mais solitárias, como ler e ouvir música.
- F Afirma ter poucos amigos e uma postura defensiva nas suas relações interpessoais. Tem amigos em diferentes contextos (bairro e LIGA). Com os amigos da sua área de residência costuma ir dançar e ao café. Relata ter sofrido de episódios de discriminação, essencialmente na escola.
- G A participante afirma ter muitos amigos da LIGA, mas que, as atividades e o contacto que mantém com eles, é restrito a esse contexto. Gosta de ouvir música, passear, ver o mar e televisão.
-

Perspetiva Social

- H Relata ter alguns amigos com quem vai lanchar, passear e jantar. Gosta de passear com companhia, jogar no computador e no telemóvel e ir comer fora de casa. Já sofreu de alguns episódios de discriminação, na escola e nos transportes públicos
- I Em relação aos amigos, encontram-se fora da LIGA e vão passear ao centro comercial. Gosta de passear, jogar nitendo, redes sociais, ver filmes e ler. Não foi discriminado e afirma que sempre o aceitaram como era.
- J Sente afeto tanto na LIGA como no lar. Gosta de passear, ver lojas, falar e ir ao cinema. Apesar de sentir que gostam dela, afirma que por vezes se sente de parte no lar, pois sente que existem preferências.
- K Sente que tem amigos na LIGA e fora deste contexto. Costumam conviver, apesar de, não sair sem a vigia de um adulto. Gosta de jogar computador.
- L Relata ter bons amigos, tanto na LIGA como no lar. Gosta imenso de desporto e combinam ir jogar à bola e ir ao café.
- M Tem muitos amigos no lar, mas gosta mais de estar sozinha. Afirma ter tido alguns conflitos com uma colega no lar que a ofendeu. Gosta de escrever, passear, ir ao cinema (sozinha) e ver os morangos com açúcar.
- N Gosta de trabalhar com os seus colegas e sente o apoio deles. Não pode ir ter com eles fora da LIGA, algo que ela gostava muito. Gosta de estar no computador e redes sociais.
-

Desenvolvimento Afetivo

- A Não sabe descrever o que são afetos. Sente que gostam dele, apesar de a sua tia reforçar constantemente a ideia de que não é sua mãe.
- B Revela dificuldade em demonstrar sentimentos pelos outros, apesar de, sentir afetos por parte dos outros.
- C Tem consciência dos momentos adequados para demonstrar afetos, reconhece a importância dos mesmos e revela senti-los nos diferentes contextos da sua vida.
- D Afirma demonstrar afetos pelos outros com alguma regularidade, embora não consiga descrever o que são.
- E Afirma sentir afetos por parte dos amigos próximos mas também da sua família. Reconhece que os afetos caracterizam laços afetivos fortes.
- F Afirma ter consciência do que são os afetos e da sua importância, no entanto, desde o falecimento da sua mãe que o seu contexto familiar não lhe transmite.
- G Tem consciência da importância dos afetos e afirma receber na LIGA e em casa.
- H Relata que demonstra afetos com quem consegue ter um relacionamento. Afeto, no seu entender, é carinho e tratar bem uma mulher. Estes afetos são importantes porque o ajudam a não pensar em coisas más e a ultrapassar dificuldades. Percebe que gostam dele pela maneira de falar e pelas atitudes.
- I Afirma dizer que gosta de alguém sempre que é o momento certo e adequado. Afirma que os afetos tem vários tipos, como pela família, amigos, animais, mas também, que existem formas diferentes de os manifestar.
- J Afetos no seu entender é amor e amizade. Destaca a Dra. do lar porque a ajuda a crescer. Sente apoio da LIGA e do lar e menos em casa.
-

Desenvolvimento Afetivo

- K Costuma dizer que gosta muito dos pais, colegas da LIGA e profissionais. Não sabe definir muito bem o que são afetos, no entanto, sente carinho de muitas pessoas através do orgulho que falam dele. Quando vai para a colónia de férias também se sente bem porque conhece pessoas novas.
- L Relata dizer que gosta de alguém quando fazem algo especial ou simplesmente, quando lhe apetece. Não identifica de forma clara o que são os afetos, mas afirma sentir que gostam dele. Tem pessoas ao seu lado que acreditam nas suas capacidades e que o apoiam e incentivam.
- M Afirma não gostar de muitas pessoas, mas quando gosta verbaliza. Não sabe identificar o que são afetos. Sente carinho por parte de muitas pessoas, ao contrário do que sentiu pela mãe.
- N Diz que gosta de alguém quando sente que lhe dão apoio e atenção. Afetos são amizade, apoio e preocupação. Afirma que sente tanto na LIGA como em casa.
-

Perspetiva Futura

- A Considera importante desenvolver as suas competências comunicativas, futuro positivo. Tem o sonho de ver a neve.
- B Gostava de tirar um curso de cabeleireira e viver fora da instituição com a família. Tem o sonho de ir a Cabo Verde visitar família.
- C No futuro, idealiza casar com o atual namorado, no entanto, refere a necessidade de suporte familiar tanto de um lado como do outro. Tem o sonho de conseguir ter mais intimidade com o namorado.
- D No futuro pensa em trabalhar na LIGA e ser um profissional. Tem o sonho de ir a um concerto do David Carreira.
- E Espera continuar a crescer e tirar um curso ou arranjar outra ocupação. Em relação aos sonhos, um passava pelo pai ter uma casa e segundo ele, já se realizou. Outro sonho passa por encontrar uma relação amorosa.
- F Em relação à sua perspetiva de futuro, espera ser mais independente e conhecer pessoas e sítios novos. O seu sonho é ir a Cabo Verde conhecer a sua família
- G No futuro espera ter uma ocupação e a sua casa. O seu sonho é viajar para o Brasil com uma amiga ou um namorado.
- H No futuro gostava de ter uma família e uma namorada para se ajudarem mutuamente, pois quando está fora do ambiente de casa se sente uma pessoa diferente. O seu sonho é andar sem as canadianas e ter uma vida melhor sem tantos conflitos e problemas.
- I Reconhece que enquanto houver necessidade a vida se vai manter igual, mas que, talvez tenha a sua casa (fora de Lisboa) e construa a sua família. O seu sonho é ter uma casa, uma família e morar numa ilha dos Açores.
- J Afirma que no futuro irá para um lar de idosos. Gostava de fazer coisas que pudesse vender e fazer disso o seu trabalho. Gostava de ir a Sevilha (a sua terra natal), de ter um carro e a capacidade de tirar a carta de condução.
- K No futuro, espera estar a trabalhar. Ter uma casa e tirar a carta de condução. Espera também ter uma namorada. Gostava de ser piloto de rally mas como reconhece a impossibilidade, quer viajar pelo mundo.
-

Perspetiva Futura

- L No futuro, imagina-se um rapaz saudável que gosta de desporto e ir à praia. Tem o sonho de ir à Disney e visitar a Torre Eiffel.
- M Imagina-se a casar e a comprar uma casa. Afirma não querer filhos por não se sentir preparada. O seu sonho era casar e viver com o seu namorado, junto dos pais dele para os apoiarem.
- N Gostava de ter a sua própria casa, um marido e filhos e ter um trabalho com um bom ordenado.
-

Apêndice F

Resultados do Questionário 1: Pré ações de sensibilização

Auto estima

- Todos os participantes reconhecem o seu direito de ter uma relação amorosa, sendo este resultado partilhado pela totalidade dos participantes. No entanto, um número pequeno de participantes, não reconhece os seus direitos sexuais e indicam que estas relações amorosas estão restritas a parceiros também com deficiência.

“Como as pessoas normais, claro” (Pc)

“Sim porque a pessoa com quem estou também tem as suas dificuldades” (Pi)

“Uma pessoa gostar da outra só, sim. Ter sexo é que não, como é que íamos viver com um filho?!” (Pn)

- Em relação à perspetiva e aceitação da sua imagem e do seu corpo, apenas 64,3% dos participantes afirma gostar tanto da sua imagem como do seu corpo. Nenhum dos participantes indicou não gostar do corpo e da imagem, sendo que os que não gostam do corpo, gostam da sua imagem (21,4%) e os que não gostam da sua imagem, gostam do seu corpo (14,3%).

“Às vezes não consigo passar uma boa imagem de mim. Não sei se estou a fazer bem e isso muda o meu comportamento” (Pc)

“Não brincava com carros e bolas, era com bonecos e acessórios da minha tia. Gosto mais do corpo da mulher e por isso preferia ter uma vagina mesmo. Gostava de ser mulher.” (Pe)

“Imagem não conta, o que conta é a personalidade” (Pf)

“Porque ando de canadianas” (Ph)

“Sou bastante cuidadoso” (Pi)

“Não consigo escolher a roupa adequada” (Pj)

“Corpo mais ou menos, sou um bocadinho forte” (Pn)

- Por fim, no que diz respeito à perceção de si próprio como criança e ao sentimento de ser tratado como tal, 50% dos participantes tem uma perceção de si próprio congruente com a forma como é tratado, isto é, não se sente nem é tratado como uma. Contudo, 28.6% afirmam que não se sentem crianças apesar de serem tratadas como tal, sendo que esta atitude provém, de forma significativa, por parte de figuras de referência como os pais ou profissionais de instituições. 21.4% Afirma ter ainda uma perceção de si próprio infantil, apesar de serem tratados como adultos, o que parece indicar alguma imaturidade ou afastamento da realidade.

“Não tenho a certeza por causa dos meus comportamentos às vezes” (Pc)

“(…) o meu pai ainda” (Pf)

“A minha mãe e o meu pai” (Ph)

“Colegas e Doutora do lar” (Pj)

“(…) em casa” (Pn)

Noção do corpo

- A maioria dos participantes (71.4%) não tem conhecimento do conceito de “ciclo menstrual” e, os poucos participantes que identificam o “período” apresentam um discurso muito vago acerca desta temática.

“Período é uma coisa que as mulheres têm todos os meses. Só sei que ficam mal dispostas e mal-humoradas” (Pa)

“Ciclo menstrual é o início da primeira menstruação. O período é o fluxo que aparece todos os meses e que varia de mulher para mulher (…)” (Pc)

“Coisa que as mulheres têm” (Pd)

“Aquilo que as mulheres têm quando passam de crianças para adultas e mulheres, por volta dos 11 anos” (Pe)

“Quando as mulheres têm aquilo” (Pf)

“Coisa que as mães têm” (Pg)

“Nos homens não sei, mas nas mulheres é quando têm a menstruação que é o período” (Pi)

- No que diz respeito ao período da Adolescência e alterações do corpo ao longo do desenvolvimento, 85.7% não reconhece a voz como uma alteração e apenas 14.3% não

Noção do corpo

identifica a barba. Contudo, todo o grupo reconhece as alterações que o corpo vai sofrendo de um modo geral.

“Não, a voz altera-se mais nos homens” (Pd)

“Não, fica mais nos homens. Fica mais grossa” (Pe)

“Acho que em nenhum” (Ph)

“As mulheres também têm bigode” (Pn)

- No que toca á noção dos órgãos sexuais, 35.7% dos participantes não sabe identificar.

“Órgãos sexuais são os reprodutores. Trompa de Falópio, ovários, quando se junta o ovário com o espermatozoide leva ao embrião” (Pc)

“Vagina e pénis” (Pe e Pf)

“Peito, Tarrachinha (Vagina), pénis” (Pg)

“Nas mulheres são os peitos e a vagina e nos homens são os testículos e pénis” (Pi)

“Vagina, pénis e atrás é o cú” (Pj)

“Não sei, só sei que o homem tem uma coisa e a mulher tem outra” (Pm)

-Apenas 3 do total de 14 participantes não identificam o espermatozoide como algo exclusivo do género masculino, o que demonstra que no geral apresentam conhecimento apesar de um discurso pobre.

“Tipo liquido branco que sai dos homens quando fazem sexo” (Pa)

“Coisa branca do homem” (Pb)

“Espermatozoides são produzidos pelas hormonas, é tipo uma minhoca com cabeça e cauda”

(Pc)

“Coisa dos homens” (Pd)

“Esperma do homem, o que o homem tem que origina o filho no organismo da mulher” (Pe)

“Coisa dos homens que entra dentro da mulher e pode ficar grávida” (Pg)

“O que os rapazes têm um e a rapariga outro” (Ph)

“Faz parte do corpo masculino e são o que permite um dia ter filhos” (Pi)

-Relativamente aos cuidados de higiene 85.7% reconhece a necessidade de cuidados em ambos os géneros. 78.6% Reconhece também esse cuidado relativamente aos órgãos genitais.

- Todos os participantes possuem consciência das diferenças entre o corpo da mulher e o corpo do homem.

Afetividade/Relacionamentos

- 92.9% Do grupo de estudo reconhece e refere os afetos como uma componente importante na sua vida. A resposta dos restantes 7.1% deve-se ao desconhecimento do que são os afetos.

- A mesma percentagem encontra-se no que diz respeito à diferença de manifestações de afetos por parte de amigos e por parte de namorados. 92.9% Refere que o carinho das relações amorosas é diferente das relações de amizade.

- Em relação às manifestações de afeto de forma não-verbal ou através de abraços, todos os participantes consideram os abraços como uma manifestação de afetos. Contudo, 21.4% refere que não existe forma de manifestar que se gosta de alguém sem ter de verbalizar “Gosto muito de ti” apresentando algum desconhecimento no comportamento não-verbal.

“Troca de olhares” (Pc)

“Dando uma prenda ou fazendo uma surpresa agradável” (Pe)

“Quando fazemos uma boa ação” (Pf)

“Se não digo como é que a pessoa sabe, só se tiver uma bola de cristal!” (Pg)

“Abraços é um carinho que há em qualquer tipo de amor” (Pi)

“Podemos demonstrar com atitudes” (Pi)

“Dar um abraço ou um beijinho” (Pj)

“Conversar e dar abraços” (Pl)

Sexualidade

- 78.6% Dos participantes não soube definir sexualidade sem estar diretamente relacionada com o ato sexual em si.

“Sexualidade é quando se faz sexo com alguém” (Pb)

“Sexualidade é a ciência que explica de forma específica e identifica os órgãos sexuais do homem e da mulher” (Pc)

“Sexualidade é quando um casal faz uma relação, às vezes formam filhos, outras é só por prazer por gostarem um do outro” (Pe)

“Sexualidade é a reprodução, como prevenir doenças nas relações” (Pf)

“Quando vamos ter uma relação para saber mais pormenores, se tem doenças ou para usar o preservativo” (Pg)

“É fazer sexo” (Pj)

“É amor” (Pn)

- A totalidade do grupo tem consciência de que deverá ser um tema abordado exclusivamente com pessoas de confiança bem como que uma maior quantidade de informação possibilita comportamentos mais protegidos.

- 35.7% Demonstra a ideia de que a sexualidade está diretamente e exclusivamente relacionada apenas com o ato sexual. Os que mencionam que não se restringe apenas a relações sexuais apresentam um discurso com pouca informação.

“E relações amorosas” (Pa)

“E da prevenção, e de tudo, modo como devemos utilizar os métodos contraceptivos” (Pc)

“E sobre o corpo das pessoas” (Pd)

“E também sobre proteger dos perigos” (Pe)

“E como é que podemos fazer, o que é a primeira vez” (Pg)

“Também de namoro” (Pi)

“Mas também de relações sem ser sexuais” (Pk)

“Também do corpo e da SIDA, é importante” (Pm)

- Nas questões de Abuso sexual o grupo na sua totalidade reconhece como sendo um crime ressaltando, em alguns casos, valores como o respeito.

“Está errado, não somos ninguém para obrigar” (Ph)

“Temos de respeitar” (Pk)

- Quando questionados acerca do desejo sexual ser natural, apenas 28.6% afirma não ser algo natural, isto porque o percebem como tal ou por desconhecimento do que é.

“É da própria natureza” (Pc)

“Por isso é que nos masturbamos, as mulheres também se masturbam” (Pe)

“Dá origem à masturbação” (Pi)

“Às vezes” (Pk)

- Acerca da diferença entre pensamentos sexuais e comportamentos sexuais, esta foi uma questão que gerou alguma confusão devido à complexidade da mesma e dificuldade de compreensão. 50% Do grupo afirma não existir diferença ou não saber responder à questão.

“Pensamento é só o que pensamos e comportamento é o que se demonstra” (Pc)

“Pensamentos é com a cabeça, comportamentos são ações” (Pd)

“Comportamento é quando um casal faz, pensamento é quando pensam ou dizem” (Pk)

“Às vezes penso nessas coisas, mas pouco” (Pm)

- Na temática da masturbação, 42.8% afirma ser um comportamento natural, contudo, a maioria (57.1%) não sabe o que é, associa a um ato a dois ou identifica como um comportamento exclusivo do género masculino.

“Quando se faz sozinho” (Pb)

“Quando roçamos com coisas nos órgãos genitais e depois os sítios ficam sujos. É um comportamento natural dos homens” (Pc)

“Coisa dos homens. É natural nos homens, claro que as mulheres não fazem isso não é?!”
(Pd)

“Quando estamos com desejo sexual, fazemos sozinho” (Pf)

“Não sei, nem ouvi falar” (Ph)

Sexualidade

“É quando se está a dormir e se está a tocar na parte genital e a pensar em desejos. Só se tem quando se está a dormir para ninguém ver porque é uma coisa íntima” (Pi)

“É uma coisa que o homem tem quando faz com a mulher” (Pk)

“É aquilo que o homem deita quando está a fazer relações sexuais com a mulher” (Pl)

- Quando questionados acerca da masturbação compulsiva, 78.6% não sabe ou considera que não acarreta perigos.

- Nas questões de percepção pessoal, nomeadamente, dificuldade em falar no tema Sexualidade, 50 % afirma sentir alguma dificuldade.

“Para mim já não, porque antes ainda não sentia isso” (Pe)

“Só falamos com quem temos confiança” (Pg)

“Depende da pessoa” (Pi)

“Não gostava de falar muito nisso porque fico meio envergonhada” (Pj)

“Depende da pessoa, agora não” (Pl)

Também a percepção de ter pouca informação sobre a mesma, foi bastante relatada (71.4%).

“Tenho algumas, claro que não chega, só aprendi na escola” (Pd)

“De vez em quando pergunto aos meus pais” (Pk)

Público VS Privado

- A totalidade do grupo afirma que existem zonas do corpo que são privadas. No entanto, 14.3% afirma que existem exceções quando questionamos se ninguém pode tocar.

“Ninguém fora o teu namorado. São privadas para quem não é namorado” (Ph)

- 50% Do grupo não sabe o que significa o conceito de intimidade, sendo que os restantes 50%, apresentam um discurso incompleto acerca deste conceito. 85.7% Afirma que a intimidade é algo reservado a nós próprios.

“Intimidade é quando alguém se está a vestir” (Pa)

“Intimidade é quando se conquista amizade durante muito tempo, a intimidade é mais profunda” (Pc)

“Intimidade é quando se está sozinho” (Pd)

“Pessoa ter a coisa de ficar sozinha quando se está a vestir ou quando não quer ser vista” (Pe)

“Quando temos coisas e não dizemos nada” (Pf)

“Intimidade é só eu e outra pessoa sozinhas” (Pg)

“Intimidade é quem fica muito calado” (Ph)

“É o que é feito em privado e não é para contar ou outras vezes é a dois, namorados” (Pi)

“Estar só duas pessoas a conversar entre elas” (Pj)

“Quando temos a nossa privacidade, é quando não queremos dizer a não ser a pessoas de confiança. Não vamos dizer a um desconhecido.” (Pk)

“É por exemplo, imagina que estou na casa de banho, é a minha intimidade” (Pl)

“Confiança de uma pessoa para a outra” (Pn)

- Na questão “Intimidade é a mesma coisa do que esconder?” 35.7% responde que é a mesma coisa, 35.7% responde que são conceitos distintos e 28.6% não soube responder à questão.

- No que se refere à questão “A intimidade pode ser partilhada com qualquer pessoa?” a maioria dos participantes (78.6%) afirma que não, no entanto, 14.3% afirma que não sabe.

“Só com o namorado ou com a nossa mãe” (Pc)

“Só com os nossos namorados” (Pg)

“Depende da pessoa se for estranha não porque não temos confiança” (Pl)

- Quando questionados se um local com muitas pessoas é um local íntimo e privado, 85.7% dos participantes afirma que não. Por fim, quando se pergunta se a intimidade está associada à confiança, 64.3% dos participantes afirmam que sim.

“Se está a esconder não tem confiança” (Pe)

“Temos de fazer com quem gostamos mesmo” (Pg)

Gravidez

- A maioria dos participantes, considera que o período da menstruação é o melhor momento para a mulher (42.8%) ou não tem conhecimento em relação a esta questão (28.6%). Apenas 28.6% reconhece o momento da menstruação como o momento desadequado para a mulher engravidar.

“Se a mulher tiver menstruada não faz sexo como a minha tia me explicou, eu digo logo que não” (Pm)

- 64.3% Do grupo não sabe o que é a fecundação, demonstrando que possuem um conhecimento muito vago do que são os óvulos e os espermatozoides.

“Óvulo é uma bolinha que o rapaz deixa na rapariga” (Pa)

“Homem mete o espermatozoide e fica lá o óvulo. Espermatozoide é o que os homens deitam do pénis” (Pb)

“Óvulo é como se fosse uma fórmula que se junta ao espermatozoide e é perfurado. Os espermatozoides são produzidos pelas hormonas, é tipo uma minhoca com cabeça e cauda” (Pc)

“Espermatozoide é uma coisa dos homens. Vem do pénis do homem que vai para dentro do ovário e entra no óvulo. Os óvulos são a para da mulher dentro dos ovários” (Pd)

“Esperma do homem, o que o homem tem que origina o filho no organismo da mulher. O óvulo é onde o filho está dentro, daquela bolsa à volta do bebé” (Pe)

“Óvulo é o que a mulher tem. Espermatozoide com o óvulo faz a gestão do filho” (Pf)

“Óvulo é o que está dentro da barriga da mulher. Espermatozoide é do homem, está lá dentro do pénis” (Pg)

“Espermatozoide é o que os rapazes têm um e as raparigas outro” (Ph)

“Espermatozoide faz parte do corpo masculino e são o que permite um dia ter filhos” (Pi)

“Quando uma pessoa está a fazer amor o espermatozoide enfia na coisa da mulher e nasce um bebé. O óvulo é uma coisinha pequenina quando vão fazer sexualidade consigo. Vem do organismo da mulher” (Pj)

“Espermatozoide é aquilo que os homens têm. Óvulo é da mulher e origina o bebé.” (Pk)

“Espermatozoides são uns bichinhos que o homem deita e vão para dentro de uns embriões por cima da vagina (óvulos) e que depois se transformam numa bola que cresce e surge o bebé” (Pl)

“Espermatozoide é um líquido que o rapaz mete dentro da mulher” (Pm)

- Na questão “A mulher não fica grávida se se lavar após as relações sexuais” 28.6% do grupo afirma que concorda com a afirmação e, 28.6% afirma que não sabe responder. 92.8% Afirma que é através do esperma e dos óvulos que se formam os bebés.

“Esperma é o que sai do homem” (Pa)

“Esperma é uma coisa transparente, ou melhor, uma substância que vai com muitos espermatozoides e só um é que perfura o óvulo” (Pc)

“É um líquido que sai do pénis do homem” (Pd)

“Líquido que os rapazes têm no “pirilau””(Ph)

Contraceção

- Em relação à transmissão da SIDA, 50% do grupo afirma que o uso de casas de banho públicas e a saliva são meios de transmissão e 42.8% afirma que não sabe. O meio de transmissão através do sangue e relações sexuais desprotegidas, bem como, o uso de seringas de alguém infetado foram confirmados por 78.6% do grupo (apenas 21.4% diz não ter conhecimento).

“Saliva não sei mas sanitas pode ser” (Pe)

“Sangue e urina” (Pe)

“Já vi em documentários” (Pf)

“Saliva não, casa de banho talvez” (Pi)

- 64.3% Dos participantes não sabe o que são métodos contraceptivos, apesar de identificarem com facilidade o que é um preservativo. 64.3% Considera o preservativo o método mais seguro (21.4% não considera o mais seguro).

“Método contraceptivo é um preservativo ou uma camisinha” (Pc)

Contraceção

“É uma coisa que nos protege das doenças e das mulheres engravidarem” (Pe)

“É um preservativo ou pilula, mas o preservativo não é 100%, pode falhar. A pilula é que é a mais segura.” (Pg)

“É o preservativo. Para rapaz é mas para as raparigas não” (Ph)

“São o que os homens e mulheres usam para evitar doenças e gravidez. Mulheres não podem usar preservativo é único dos homens” (Pi)

“Um é o preservativo, o implante e o outro...” (Pj)

“É para proteção do homem e da mulher entre relações sexuais” (Pk)

- 92.8% Não sabe o que são métodos contraceptivos químicos e métodos contraceptivos de barreira e revelam nunca ter ouvido falar em tais conceitos. Por outro lado, quando questionados se deveremos sempre verificar o estado da embalagem do preservativo e a validade antes da sua utilização, todos os participantes consideram este hábito como importante.

“Pode estar fora do prazo e o preservativo romper” (Pg)

- Outra questão influenciada também, pela ausência de uma vida sexual ativa, foi se a utilização do preservativo comprometeria o prazer da relação, que 42.8% revela não ter conhecimento dessa informação e 35.7% afirma que o preservativo não influencia o prazer. Por outro lado, 85.7% afirma que o tempo da relação amorosa não deverá influenciar a utilização dos métodos contraceptivos, pelo que mesmo quando se tem relações amorosas duradouras, este hábito deverá ser mantido.

“Não sei nunca fiz. Pode tirar mas temos de usar para prevenir.” (Pg)

“Se as duas pessoas não tiverem condições e não planearem ter filhos devem” (Pi)

- 50% Do grupo reconhece o efeito da pilula, isto é, a interrupção da ovulação, e 35.7% não tem conhecimento. No que diz respeito ao DIU, a maior parte do grupo (92.8%) não sabe o que é.

- Por fim, foi perguntado se a utilização de métodos contraceptivos tornava as relações menos românticas, pelo que 42.8% afirma que em nada influencia, 28.6 afirma que as relações ficam menos românticas e os restantes não têm conhecimento.

“Amigas que namoram dizem que às vezes não gostam de usar” (Pg)

“Uma coisa não tem que ver com outra” (Ph)

“Depende da forma como vão ser usados. Têm de ser sempre lavados e desinfetados todos os dias” (Pj)

“Depende da relação do homem com a mulher” (Pk)

- Nas questões de auto percepção, 64.3% revela não sentir vergonha em comprar métodos contraceptivos. Quando questionados se o uso de métodos contraceptivos os fazem sentir melhor com eles próprios, 57.1% afirma que sim. Contudo, o resto do grupo (42.9%) afirma que não sabe, em muitos casos, devido à inexperiência ou não terem iniciado a sua vida sexual. Por último, foram questionados acerca de dificuldades em utilizar métodos contraceptivos, 35.7% revela sentir dificuldades, 28.6% não tem dificuldade alguma e 35.7% não sabe, também devido a não ter iniciado a sua vida sexual.

“Não sei se me sinto melhor nunca usei” (Pd)

“Não é bem dificuldades, é porque sou gay e só um é que normalmente mete. Não sou eu, essa parte é como se não funcionasse” (Pe)

“Nunca comprei” (Pf)

“Não é preciso ter vergonha, é uma farmácia” (Pk)

“Isso eu compro, não tenho vergonha nenhuma. Não é crime!” (Pm)

Apêndice G

Resultados do Questionário 2 Pós ações de sensibilização

Auto estima

- 13 Participantes do grupo reconhecem o direito a ter uma relação amorosa, resultado este apresentado anteriormente, na aplicação do primeiro questionário. No entanto, dois participantes parecem indicar algumas reservas no que diz respeito à perspectiva dos outros ou em relação ao tipo de dificuldade.

“Porque se têm dificuldades não podem ter uma relação amorosa” (Pb)

“Depende das dificuldades” (Pf)

“Mas para outras pessoas não parece” (Ph)

- Em relação à perspectiva da sua imagem e ao seu corpo, 78.6% afirma gostar tanto do seu corpo como da sua imagem. Contudo, apenas 14.3% dos participantes afirmam que gostam da sua imagem apesar de não gostarem do seu corpo, e apenas 1 participante afirma não gostar da sua imagem mas sim do seu corpo.

“Por causa das muletas” (Ph)

“Cuido dela” (referente à imagem) (Pi)

“Às vezes visto-me bem outras mal” (Pj)

- Em relação às questões se se sentem ainda crianças ou tratados como tal, apenas 42.9% participantes afirmam não se sentirem nem serem tratados como crianças. Os restantes 21.4% relatam serem tratados como tal, apesar de não se sentirem, frequentemente por figuras de referência como a família, e por outro lado, 35.7% afirmam sentirem-se ainda crianças apesar de não receberem esse trato.

“Sim, pelo meu pai” (Pf)

“A minha família e algumas pessoas” (Ph)

“Eu tenho maturidade mas sinto-me criança por ser um bocado sensível e ter os mesmos interesses” (Pi)

“Sou meio abebezada” (Pj)

“Um bocado, há sempre uma criança dentro de nós” (Pk)

“De vez em quando” (Pl)

“Um bocadinho” (Pm)

“Às vezes um bocadinho, em casa” (Pn)

Noção do corpo

- A maioria dos participantes demonstra ter um conhecimento geral do que é o ciclo menstrual, bem como do período (78,6%)

“É aquilo que a mulher tem no mês. A menstruação é sangue.” (Pa)

“É o período, sai sangue da vagina da mulher” (Pb)

“São 21 dias desde que a mulher menstrua até aos dias férteis. É uma lavagem que o organismo faz todos os meses” (Pc)

“Quando as mulheres têm o período. Quando sai sangue.” (Pd)

“É quando a mulher tem o período e quando tem o óvulo e pode engravidar. Quando a mulher sangra pela vagina” (Pe)

“Dias que se tem o período e os dias que não se tem. Mulher deita sangue da vagina” (Pf)

“É o período. É sangue que tem de sair” (Pg)

“É o período. 21 Dias sem o período onde aparece um óvulo e 7 dias sem o período, onde sai sangue pelo pipi” (Ph)

“É uma coisa que acontece às mulheres, quando entra os espermatozoides/esperma no corpo da mulher. As paredes do útero criam sangue novo e volta a repetir um período depois” (Pi)

“Quando a mulher está à espera aparece a menstruação. É o sangue que a gente deita cá para fora para limpar das doenças” (Pj)

“É 21 dias de pílula e 7 dias sem pílula que pode ter o período. Aquilo que as mulheres têm.

Aquele sangue que sai da vagina.” (Pk)

“É o período, Sangue que a mulher deita da vagina” (Pl)

“É o período. Perda de sangue 1 vez por mês” (Pm)

Noção do corpo

“É o período, Sangue que as mulheres têm todos os meses” (Pn)

- No que diz respeito ao período da adolescência e alterações do corpo ao longo do desenvolvimento, 71.4% dos jovens identifica que a voz se altera mais no sexo masculino e todos identificam a barba como uma alteração exclusiva dos homens. A totalidade do grupo apresenta a consciência de que o corpo sofre alterações.

“A voz altera-se nos homens” (Pb) (Pf) (Pm)

“Nos homens a voz é mais grossa” (Pj)

“É nos homens mas depende das hormonas de cada um” (Pk)

- No que toca à noção dos órgãos sexuais, 85.7% reconhece os órgãos sexuais tanto dos homens como das mulheres.

“É o pênis e a vagina” (Pa, Pd, Pe, Pf, Pg, Pj, Pm)

“Da mulher é a vagina e do homem o pênis” (Pb)

“Vagina, Trompas de Falópio, Pênis e Espermatozoides” (Pc)

“Pilha, cú ou rabo e pipi” (Ph)

“Da mulher é o útero e ovários e do homem os espermatozoides” (Pi)

“Vagina, testículos e pênis” (Pk)

“A mulher tem as mamas e a vagina, os homens têm a bexiga” (Pl)

“Pila e pipi” (Pn)

- Todos os participantes identificam a produção de espermatozoides como exclusiva do sexo masculino, apresentando alguma dificuldade em definirem o seu conceito.

“É um líquido que o rapaz deixa na vagina da rapariga e que se transforma num óvulo” (Pa)

“São aquelas coisas que os homens têm que vão para dentro da mulher e depois ela engravida” (Pb)

“Tipo uma minhoca com cabeça e cauda que vai penetrar o óvulo e ficam os dois no endométrio e desenvolve o embrião” (Pc)

“Coisinhas pequeninas que vêm do pênis do homem” (Pd)

“Uma espécie de líquido que pode engravidar a mulher se entrar dentro do óvulo” (Pe)

“Líquido branco que sai do pênis” (Pf)

“Aquilo que sai dos homens” (Pg)

“Espermatozoides são aquela bola e o líquido que sai do pênis” (Ph)

“Espermatozoides são sementes que vão para o corpo da mulher antes de engravidar e que vai junto do líquido que é o esperma” (Pi)

“Bichinhos que estão nos testículos do homem e que entram na vagina da mulher e juntamente com um óvulo nasce um bebe” (Pj)

“Aqueles bolinhas pequeninas com um fiozinho. É um líquido e serve para engravidar” (Pk)

“É uma espécie de bichinhos que entra na vagina da mulher e ocorre a ovulação e origina um bebe” (Pl)

“Líquido que os homens metem dentro da vagina da mulher para engravidarem” (Pm)

- Relativamente aos cuidados de higiene, a totalidade do grupo reconhece a necessidade em ambos os géneros, bem como, esse cuidado relativamente aos órgãos genitais.

- Todos os participantes possuem a consciência das diferenças entre o corpo da mulher e o corpo do homem.

Afetividade/Relacionamentos

- Todos os participantes reconhecem os afetos como uma componente importante na sua vida e os abraços como uma forma não-verbal de manifestar afeto.

- 92,9% Dos participantes afirma que a forma de demonstrar carinho é diferente nas relações amorosas e na amizade.

- Todos os participantes afirmam também que não é necessário verbalizar que gostamos de alguém, isto é, podemos transmitir a mesma ideia através da linguagem não-verbal.

“Da maneira como conversamos, dando conselhos” (Pa)

“Através do olhar ou escrevendo” (Pb)

“Pelo olhar, pelo toque e pelos gestos” (Pc)

Afetividade/Relacionamentos

“Com gestos” (Pd)

“Oferecer uma coisa, levar a passear, estar com ela simplesmente. Às vezes até com o toque, uma festa ou um beijinho” (Pe)

“Expressão corporal, gestos, olhar e sorriso” (Pf)

“Através do olhar e carinho, maneira de falar” (Pg)

“Com o olhar, falar com os olhos” (Ph)

“Quando conhecemos a pessoa o suficiente pode ser pelo olhar, sinais ou gestos” (Pi)

“Um abraço ou um beijinho” (Pk)

“Comunicar por gestos” (Pl)

“Pelo olhar, sorriso e pelo rosto” (Pm)

“Olhares e tocar” (Pn)

Sexualidade

- 78.6% Dos participantes afirmam que a sexualidade não se restringe apenas ao ato sexual, incluindo temas como os métodos contraceptivos, afetos, autoestima e o desenvolvimento humano, contudo, apresentam definições da mesma muito pobres.

“É a forma que a mulher e o homem demonstram que sentem amor um pelo outro mas com segurança” (Pa)

“É aquilo que as mulheres têm, quando a mulher engravida e tem filhos” (Pb)

“Ciência que estuda a identidade da mulher e do homem” (Pc)

“É falarmos sobre doenças, métodos contraceptivos e cuidados a ter com a sexualidade. De tudo o que se falou ao longo deste tempo.” (Pd)

“Quando uma pessoa se apaixona por outra e cria laços afetivos de namorados e acasalam. Têm relações sexuais. Falamos de doenças, coisas para prevenir de engravidar, como conseguimos distinguir uma amizade de um namoro.” (Pe)

“É sobre o sistema reprodutor feminino e masculino, métodos contraceptivos, doenças sexualmente transmissíveis e mudanças no corpo” (Pf)

“É a forma de saber melhor a linguagem de como fazer amor. Saber de tudo um pouco, namoros, afetos, conhecer bem” (Pg)

“É falar sobre o pênis, óvulos, sobre o período, cuidados que temos de ter e sobre o pipi e doenças” (Ph)

“Pode ser namora mas também outras coisas como relações sexuais, cada pessoa saber o seu próprio sexo, amor próprio e afetos” (Pi)

“Quando estão a ter uma relação, ou falar de doenças, da saúde e da amizade” (Pj)

“Tem que ver com relações, com o nosso corpo e cuidados a ter” (Pk)

“Saber coisas sobre como se aprende a fazer, como se utiliza o preservativo e para aprender coisas sobre nós e sobre as mulheres e da ovulação também.” (Pl)

“É sentimentos, sexo, a autoestima, sobre os órgãos da mulher e gravidez” (Pm)

“É amor” (Pn)

- Todos os participantes afirmam que deverá ser um tema questionado e abordado exclusivamente com pessoas de confiança e que uma maior quantidade informação conduz a uma maior proteção.

“É bom que tenha mais conhecimentos porque existem muitos contraceptivos para usar” (Pc)

- Nas questões relacionadas com o Abuso Sexual, o grupo demonstrou conhecimento de que é um crime e que deverá ser por mútuo acordo. Em relação ao desejo sexual, 92.9% do grupo afirma ser algo natural.

“Se não for consentido não, é uma violação” (Pf)

“Não porque essa pessoa não é obrigada. Os dois têm de comunicar um com o outro” (Pg)

“Está errado” (Ph)

-Na diferença entre pensamentos sexuais e comportamentos sexuais, continuou a ser uma questão com alguma complexidade de resposta. 71.4% Dos participantes afirmou existir diferença, mas com dificuldades em fundamentar a resposta.

Sexualidade

“Quando são comportamentos temos prazer, se não pensarmos nisso estamos a fazer forçados” (Pa)

“Quando uma pessoa quer ter relações sexuais é completamente diferente de pensar só” (Pb)

“Pensamento é um aspeto emocional, o comportamento é outra coisa, é saber estar” (Pc)

“Pensamento é pensar no que queremos fazer, o comportamento é fazer.” (Pd)

“Vai dar tudo ao mesmo” (Pe)

“Comportamentos é tipo relações sexuais, pensamentos é a masturbação” (Pf)

“Pensamentos é tipo teorias, comportamentos é mesmo praticar a sexualidade” (Pi)

“Pensamentos podemos ter no trabalho, comportamentos é que não” (Pk)

“Têm de existir regras e cuidados” (Pl)

“Pensar é pensar, ter é ter” (Pn)

- Na temática da masturbação, 57.1% desconhece o seu significado e 35.7% considera um comportamento natural. 78.6% do grupo não tem conhecimento dos perigos da masturbação compulsiva.

“É quando uma pessoa toca sozinha no corpo” (Pb)

“Roçar objetos e toalhas e deixar tudo sujo” (Pc)

“Quando uma pessoa toca nas partes íntimas” (Pe)

“Quando temos desejo sexual, nós homens estimulamos o pénis. Já ouvi dizer que fazer muitas vezes mata mas não sei” (Pf)

“Quando se está a dormir e a deitar e se toca na zona genital a pensar em desejos. As mulheres também podem ter” (Pi)

“Não sei, só sei que é em casa na privacidade” (Pk)

“É o que o homem deita” (Pl)

- Nas perguntas de perceção pessoal, como dificuldade em falar do tema da sexualidade ou a perceção da informação que possuem, 42.9% do grupo afirma sentir dificuldade em abordar o tema e 42.9% afirma ser um tema natural. Por outro lado, 64.3% afirma sentir que tem muita informação, também como consequência das ações de sensibilização.

“Agora tenho muita” (Pb)

“Não tenho dificuldade porque a sexualidade existe.” (Pc)

“Tenho mais ou menos informação. Agora já não tenho tão pouca” (Pd)

“Agora já não” (Pe)

“É um tema natural” (Pj)

“Não se for com alguém de confiança como a Inês” (Pk)

“É um bocadinho” (Pl e Pm)

Público VS Privado

- A totalidade do grupo reconhece que existem zonas do corpo que são privadas, bem como, a intimidade como algo reservado a nós próprios. No entanto, quando lhes é pedido que expliquem o significado de intimidade o discurso é incompleto e limitado.

“São as nossas coisas pessoais tipo a nossa roupa íntima, como boxers. Ou um rapaz não pode falar de coisas sexuais com quem não tem intimidade” (Pa)

“Quando se constrói uma grande amizade que se desenvolve em algo mais do que a amizade existe um maior afeto, mais íntimo.” (Pc)

“Uma coisa que é só nossa” (Pd)

“Quando uma pessoa está no seu espaço e quer estar à vontade e não quer ser observado por outras pessoas” (Pe)

“São coisas que são nossas” (Pf)

“É namorar com alguém, ter muita confiança com a pessoa” (Pg)

“É quem tem vergonha” (Ph)

“É privacidade. Pode ser a dois numa relação amorosa” (Pi)

“Uma coisa própria e íntima” (Pj)

Público VS Privado

“Fazer alguma coisa e não dizer a alguém desconhecido. Só a alguém conhecido. É uma coisa nossa” (Pk)

“Pessoa quer estar sozinha, por exemplo, estar no quarto a vestir-se chama-se privacidade” (Pl)

“É a pessoa não poder tocar nem em baixo nem em cima. São coisas nossas.” (Pm)

“É guardar coisas para nós” (Pn)

- Na questão “Intimidade é a mesma coisa do que esconder?” 57.1% afirma que não e 35.7% afirma que sim.

“Não, porque esconder é tipo um segredo que não podemos contar, uma coisa íntima é nossa” (Pa)

“Intimidade guardamos só para nós” (Pd)

“Intimidade não é fazer às escondidas, é fazer mais reservado para haver conforto” (Pi)

“Não é esconder, é querer ficar sozinho” (Pl)

“Eu não escondo mas se querem tocar não deixo, não me sinto à vontade nem preparada e digo ao meu namorado que não” (Pm)

“Há coisas que nós temos de guardar para nós e outras que escondemos para não nos chatearem” (Pn)

- Quando questionados se “A intimidade pode ser partilhada com qualquer pessoa?”, todos os participantes afirmam que não.

“Alguém mesmo com confiança” (Pa)

“Só com as pessoas com quem temos mais confiança” (Pd)

- Em relação aos espaços públicos ou privados, apenas 92.9% reconhece um local com muitas pessoas como um espaço público, pouco privado e pouco íntimo.

“Não, é público, só podemos dar um beijinho” (Pg)

“É público” (Pe e Pf)

- Por fim, quando lhes é perguntado se a intimidade está associada à confiança, 78.6% afirma que sim, no entanto, 7.1% afirma que não e 14.3% que não sabe.

“Não porque se a pessoa está a ser reservada não está a partilhar” (Pe)

“Se está junto à muito tempo não precisa de ter vergonha” (Ph)

Gravidez

- 85.7% Do grupo afirma que o melhor momento para a mulher engravidar é quando não está menstruada, demonstrando até conhecimento da existência de um período fértil.

“Quando está no período fértil” (Pa)

“Quando não está” (Pb)

“A mulher não pode engravidar quando está com o período, quando está na fertilidade” (Pc)

“O melhor momento é quando não tem o período” (Pe)

“Quando está fora. Tem de ser no período da fertilidade” (Pg)

“É quando tem o período fértil” (Pi)

“Quando acaba a menstruação” (Pj)

“Não porque são aqueles 7 dias” (Pk)

“Não, é quando não tiver o período. Se tiver relações fica tudo cheio de sangue e é falta de higiene” (Pm)

“É quando não está” (Pn)

- Em relação à fecundação, 85.7% dos participantes reconhece que é a união de um óvulo com um espermatozoide, demonstrando alguma dificuldade em defini-los.

“Um óvulo é aquilo que funde o espermatozoide para poder formar um bebé. Um espermatozoide é um líquido que o rapaz deixa na vagina da rapariga e transforma-se num óvulo” (Pa)

“Óvulo é aquela coisa pequena que a mulher tem e depois fica grávida. Espermatozoides são aquelas coisas que os homens têm que vão para dentro da mulher e depois engravidar” (Pb)

Gravidez

“É um ovo que se produz dentro da trompa e faz-se na ovulação da mulher. Espermatozoides são tipo uma minhoca com cabeça e cauda que vai penetrar o óvulo e ficam os dois no endométrio e desenvolve o embrião” (Pc)

“Óvulo é o que forma o bebé da fecundação com o espermatozoide. Espermatozoide são coisinhas pequeninas que vem do pénis do homem” (Pd)

“Óvulo é uma bolha que se cria no útero da mulher e faz com que ela possa engravidar. Os espermatozoides é uma espécie de líquido que pode engravidar a mulher ao entrar dentro do óvulo” (Pe)

“Espermatozoides é um líquido branco que sai do pénis. Quando um homem tem relações sexuais, o espermatozoide vai até à Trompa de Falópio e pode ou não, transformar-se num óvulo.” (Pf)

“Espermatozoide é aquilo que sai do homem, com cabeça e rabinho. Os ovários produzem óvulos.” (Pg)

“Óvulo é produzido nos ovários” (Ph)

“Espermatozoides são sementinhas que vão para o corpo da mulher antes de engravidarem e que vai junto do líquido que é o esperma. Óvulo é o que os ovários têm e que o espermatozoide pode entrar lá dentro e a mulher engravida” (Pi)

“Espermatozoides são bolinhas pequeninas com um fiozinho. É um líquido e serve para engravidar a mulher. Óvulos são bolinhas pequeninas que se pendura no útero e servem para engravidar” (Pj)

“Espermatozoides são bichinhos que estão nos testículos do homem e que entram na vagina da mulher e juntamente com um óvulo nasce um bebé. Um óvulo é uma célula que está no organismo da mulher e que juntamente com os espermatozoides formam um óvulo e nasce um bebé” (Pk)

“Espermatozoides é uma espécie de bichinhos que entra na vagina da mulher e ocorre a ovulação e origina um bebé. O óvulo é produzido nos testículos da mulher, o espermatozoide é o líquido que o homem deita, se não usar, o espermatozoide entra na mulher e ela engravida” (Pl)

“Espermatozoide é um líquido que os homens metem na vagina da mulher para engravidar, porque fúram o óvulo” (Pm)

“Óvulo é uma coisa que as mulheres têm no pipi e o espermatozoide é algo que têm na pilinha e que servem para engravidar” (Pn)

- Na questão se “A mulher não fica grávida se se lavar após as relações sexuais” 85.7% afirma que não tem qualquer influência. O grupo na sua totalidade reconhece que é através do esperma e dos óvulos que se formam os bebés.

“Temos de prevenir com outras coisas” (Pg)

Contraceção

- Em relação à transmissão da SIDA, 71.4% do grupo afirma que o uso de casas de banho públicas e a saliva não são meios de transmissão. Por outro lado, a totalidade do grupo reconhece como meio de transmissão o sangue e relações sexuais desprotegidas. Em relação ao uso de seringas de alguém infetado, 85.7% confirma que é sim um meio de transmissão.

“Não, é através do sangue e atos sexuais” (Pe)

“É através do sangue e seringas” (Pk)

- Todos os participantes reconhecem o preservativo como o método contraceptivo mais seguro e apresentam todos conhecimentos dos objetivos da contraceção.

“São preservativos. Servem para prevenir das doenças e para a mulher não ficar grávida” (Pa)

“É a pilula, o implante e servem para proteger da gravidez e doenças” (Pb)

“É algo para prevenir doenças e gravidez indesejada” (Pc)

“É usar o preservativo, há mais, tomar a pilula. Servem para evitar a gravidez e as doenças sexualmente transmissíveis” (Pd)

“É aquelas coisas para proteger das doenças e dos bebés” (Pe)

Contraceção

“É o implante, penso, preservativo. Há os métodos contraceptivos químicos que são de medicamentos tipo a pílula. Servem para prevenir não só doenças sexualmente transmissíveis mas também outras e para não engravidar” (Pf)

“O que é mais eficaz é o preservativo, porque protege tanto da gravidez como das doenças” (Pg)

“É o preservativo e também há outros, é para não ficar doente nem grávida” (Ph)

“É proteção, preservativo, pílula por exemplo. Servem para proteger da gravidez e doenças” (Pi)

“Há vários, o implante e o preservativo. Servem para proteger de doenças, da SIDA e da gravidez” (Pj)

“Preservativo e implante. Evitam que as mulheres tenham filhos. Preservativo é o mais seguro e existem para homem e mulher. Evita as doenças e a gravidez” (Pk)

“São coisas seguras que protegem as relações sexuais para o homem não apanhar doenças e impedem a gravidez” (Pl)

“Servem para não engravidar e não apanhar doenças” (Pm)

“São por causa da SIDA e para não ter doenças e não engravidar” (Pn)

- 85.7% Do grupo demonstra conhecimento dos métodos contraceptivos de barreira e químicos, identificando um exemplo para cada grupo. Para além disso, todos afirmam que é importante verificar a validade e o estado da embalagem antes da utilização do preservativo.

“Químico é o adesivo e barreira o preservativo” (Pa)

“Barreira é o preservativo e químico é a pílula” (Pb, Pc, Pe, Ph, Pk e Pn)

“Barreira é que não deixa passar, não me lembro. Químico é o implante” (Pj)

“Penso hormonal é químico e preservativo barreira” (Pl)

- Quando questionados se a utilização do preservativo diminui o prazer da relação, 64.3% afirma que não (21.4% afirma que não sabe e os restantes, 14.3%, considera que o prazer é reduzido). Por outro lado, todo o grupo considera que a duração da relação amorosa não deverá influenciar o uso de métodos contraceptivos, ou seja, mesmo em relações duradouras deverá ser utilizado um método contraceptivo.

“Se não podemos ficar logo grávidas e com doenças” (Pg)

- 64.3% Do grupo reconhece o efeito da pílula (interrupção da ovulação) e 28.6% não tem conhecimento. Por outro lado, em relação ao DIU, 42.9% sabe que não é colocado nos ovários, mas sim no útero (35.7% confunde os ovários com o útero).

“No útero” (Pc)

“Dentro da mulher, assim os espermatozoides não se encontram com os ovários” (Pk)

- Por fim, foi questionado se a utilização de métodos contraceptivos tornavam as relações menos românticas, e 71.4% afirma que não. Contudo, uma percentagem ainda significativa, de 28.6%, considera que sim.

“Se as pessoas gostarem mesmo uma da outra não.” (Pd)

“Porque se calhar não temos tanto prazer. Depende dos casais, mas temos de utilizar como você diz.” (Pg)

“Sim porque uma pessoa diz que quer fazer e depois a outra recusa” (Pj)

“Sim porque há pessoas que são menos sensíveis” (Pl)

- Nas questões de auto percepção, 57.1% revela não sentir vergonha em comprar métodos contraceptivos. 78.6% Revela sentir-se melhor consigo próprio quando faz uso dos mesmos, independentemente da inexperiência. Por fim, foram questionados sobre as dificuldades que possuem ao utilizar qualquer método contraceptivo, 35.7% afirma sentir dificuldades, bem como, a mesma percentagem é demonstrada para os que não relatam dificuldades. 28.6% Demonstra não saber se tem dificuldades, em parte, por nunca terem utilizado ou não terem uma vida sexual ativa.

“Ao início tenho dificuldades” (Pd)

“Tinha de pedir ao rapaz para me ajudar” (Pg)

Lista de Anexos

Anexo A - Níveis de gravidade de Deficiência Intelectual

Anexo A

Níveis de gravidade de Deficiência Intelectual

Tabela 31 - Níveis de gravidade da Deficiência Intelectual (APA, 2014)

Nível de gravidade	Domínio Conceptual	Domínio Social	Domínio Prático
Ligeiro	Nos adultos, apresenta-se essencialmente por dificuldades académicas (leitura, escrita e matemática), como a noção do tempo ou dinheiro. Capacidade para elaborar estratégias, definir prioridades e flexibilidade cognitiva aparecem comprometidas. No entanto, aproximam-se de adultos com a mesma idade.	Dificuldades nas interações sociais, nomeadamente, atitudes imaturas na relação com o outro. Dificuldade na regulação emocional e características vulneráveis de manipulação por parte de outras pessoas.	Necessidade de mais apoio em atividades de vida diária mais complexas, por exemplo, compras, gestão do dinheiro, transportes públicos e o cuidado da casa. Apresentam dificuldades na toma de decisão quando são assuntos médicos ou legais bem como na aprendizagem de uma profissão.
Moderado	Competências académicas muito inferiores necessitando assim de apoio contínuo a nível profissional, pessoal e das atividades de vida diária	Nível de comunicação básico quando comparado com outros indivíduos. Apesar de serem capazes de construir relações afetivas, nem sempre apresentam capacidade para interpretar pistas sociais. Necessidade de apoio na tomada de decisões.	O sujeito é capaz de realizar atividades de cuidado pessoal como alimentação ou vestir, no entanto, precisa de algum tempo de aprendizagem para adquirir alguma autonomia. Ao nível da vida profissional, são capazes de ter um emprego mais ao nível conceptual e com longo período de aprendizagem.

Nível de gravidade	Domínio Conceptual	Domínio Social	Domínio Prático
Grave	Em geral, apresenta dificuldades na compreensão da linguagem escrita e na noção de números ou quantidades. Necessidade de grande apoio ao longo de toda a vida.	Linguagem oral bastante comprometida (pouco vocabulário e escasso conhecimento gramatical). Conversa centrada no aqui-e-agora. As relações interpessoais consistem na principal fonte de prazer e suporte.	Necessita de apoio no que diz respeito às atividades mais simples como alimentação e higiene. Todas as competências exigem longo período de tempo e a necessidade de assistência é inevitavelmente permanente ao longo da vida. Sem capacidade de tomar decisões.
Profundo	Competências conceituais não integram processos simbólicos. Dificuldades motoras e sensoriais comprometem o uso funcional de objetos.	Pouca compreensão da linguagem verbal e não-verbal. Emoções são expressas através de comportamento não-verbal. Comunicação nos relacionamentos interpessoais limitada à comunicação não-verbal. Muitas atividades sociais estão limitadas devido às limitações motoras e sensoriais.	Elevado nível de dependência dos outros, a nível de segurança, cuidados médicos, e nas atividades de vida diária. A sua estimulação e desenvolvimento passa maioritariamente pela realização de atividades simples.
