



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

**A VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE DA PESSOA
PORTADORA DE DEFICIÊNCIA MOTORA**

MARGARIDA ISABEL CACHOPO VEIGAS

Orientação: Prof^a Doutora Graça Duarte Santos

Mestrado em Psicologia

Área de especialização: *Psicologia da Educação*

Évora, 2013



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

A VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA MOTORA

-THE EXPERIENCE OF SEXUALITY OF THE PERSON OF CARRIER
MOTOR DISABILITIES-

MARGARIDA ISABEL CACHOPO VEIGAS

(ORIENTAÇÃO CIENTÍFICA:)

ORIENTADORA: PROFESSORA DOUTORA GRAÇA DUARTE SANTOS

MESTRADO EM PSICOLOGIA

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOLOGIA DA EDUCAÇÃO

ÉVORA, 2013



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

A VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA MOTORA

-THE EXPERIENCE OF SEXUALITY OF THE PERSON OF CARRIER
MOTOR DISABILITIES-

MARGARIDA ISABEL CACHOPO VEIGAS

ORIENTADORA: PROFESSORA DOUTORA GRAÇA DUARTE SANTOS

MESTRADO EM PSICOLOGIA

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOLOGIA DA EDUCAÇÃO

ÉVORA, 2013

"A VERDADEIRA DEFICIÊNCIA É AQUELA QUE PRENDE O SER HUMANO POR DENTRO E NÃO POR FORA, POIS ATÉ OS INCAPACITADOS DE ANDAR PODEM SER LIVRES PARA VOAR."

THAÍS MORAES

AGRADECIMENTOS

Várias pessoas estão intimamente relacionadas com a realização desta tese, que direta ou indiretamente me apoiaram, com incentivos, informação e disponibilização de diversos meios que contribuíram para o trabalho que aqui se apresenta. A todos eles, o meu bem-haja.

Agradeço à minha orientadora Professora Doutora Graça Santos, que sempre me incentivou com a sua sabedoria, capacidade de trabalho, e com a sua paciência. Muito do que aqui tenho devo a ela, por isso o meu bem – haja para ela.

Agradeço ao Eng. Sérgio Godinho que me ajudou bastante na análise dos dados através do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), pois sem ele teria sido impossível completar esta dissertação.

Agradeço também a todas as pessoas que colaboraram no meu estudo e que sem elas teria sido impossível concretizá-lo da melhor maneira, o meu sincero agradecimento.

Agradeço muito aos meus pais e aos meus avós pois graças a eles cheguei até aqui, com muito esforço, muita dedicação e muito amor. Sem o apoio deles não seria o que sou hoje, não tenho dúvidas disso. Por isso o meu bem-haja do tamanho do mundo para eles.

Finalmente, um agradecimento muito especial e de todo o meu coração à minha irmã por toda a ajuda, paciência, sabedoria e dedicação que sempre me deu desde que eu nasci.

RESUMO

A Paralisia Cerebral (PC) é uma deficiência motora congénita que impõe acentuadas limitações à vida da pessoa ao nível da autonomia e do relacionamento. Por seu turno a vivência da sexualidade nos seus aspectos afectivos e comportamentais é uma característica inata ao ser humano. No entanto, ao longo dos séculos e mesmo actualmente a vida sexual da pessoa com deficiência motora não tem sido suficientemente estudada, principalmente a das pessoas portadoras de Paralisia Cerebral.

O presente estudo tem como finalidade investigar a percepção das pessoas portadoras de deficiência motora e especificamente PC em relação à sua vida e à vivência da sua sexualidade,

Participaram neste estudo 51 pessoas portadoras de deficiência motora que responderam a um questionário especificamente construído para este fim. Os dados recolhidos foram submetidos a análise de estatística descritiva e frequencial com recurso ao programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

A discussão de resultados e conclusões realçam muitas lacunas na vivência sexual da pessoa portadora de deficiência motora, especialmente das pessoas portadoras de Paralisia Cerebral tais como a falta de informação dos técnicos de acompanhamento e a falta de autonomia da pessoa como um obstáculo na vivência plena da sexualidade.

Palavras-chave: deficiência motora; paralisia cerebral, sexualidade; vida sexual; relacionamento;

ABSTRACT

This study aims to investigate the perception of people with physical disabilities in relation to his life and the experience of their sexuality, presenting the results of a survey conducted with 100 individuals with physical disabilities.

After a theoretical background of the subject, which is focused on the theme of sexuality in people with motor disabilities, we conducted a field survey, where questionnaires were administered built from scratch, directed to review the experience of sexuality of the disabled motor.

The methodology used was a qualitative. This widely used, is mainly characterized by quantification of data collection and statistical processing of the information obtained. The questionnaires were processed by computer through the program Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

Then presents the analysis, interpretation and discussion of results through graphs and charts produced and also proposals to combat the negative results obtained in this study.

Finally, the main conclusions of this study, among many others, there are still many gaps in the sexual experience of the disabled motor, such as the lack of information from relatives and technical monitoring and the lack of autonomy of the person as an obstacle in their sexualities.

Keywords: motor disabilities; sexuality; relationship; paralysis, inquiry.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	I
RESUMO	II
ABSTRACT	III
ÍNDICE GERAL	IV
ÍNDICE DE GRÁFICOS	VI
ÍNDICE DE TABELAS	VII
INTRODUÇÃO	1
PARTE I – ESTUDO TEÓRICO	5
CAPÍTULO I - DEFICIÊNCIA E PARALISIA CEREBRAL	6
1. DEFICIÊNCIA E DESVANTAGEM	6
2. PARALISIA CEREBRAL	9
2.1. ETIOLOGIA	10
2.2. DIAGNÓSTICO E CARACTERIZAÇÃO	10
2.3. CLASSIFICAÇÃO	12
2.4. ASPETOS PSICOSSOCIAIS DA PARALISIA CEREBRAL	13
2.5. INTEGRAÇÃO SENSORIAL NA PARALISIA CEREBRAL	14
2.6. INTERVENÇÃO NA PARALISIA CEREBRAL	16
CAPÍTULO II – SEXUALIDADE	17
1. O QUE É A SEXUALIDADE?	17
2. FATORES FÍSICOS E HORMONAIS	18
3. FATORES SÓCIO-AFETIVOS	21
CAPÍTULO III – SEXUALIDADE E DEFICIÊNCIA	27
1. CRENÇAS E PRECONCEITOS	27
2. A VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA	33
3. A DIFERENÇA DE GÊNERO NA SEXUALIDADE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA	35
4. EDUCAÇÃO SEXUAL E DEFICIÊNCIA	36
5. INCLUSÃO SOCIAL E DEFICIÊNCIA	40
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	42
CAPÍTULO IV – METODOLOGIA	43
1. OBJETIVOS DO ESTUDO	43
2. POPULAÇÃO E AMOSTRA	43
3. PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	47
3.1. ESTUDO PILOTO	48

3.2. INSTRUMENTO	49
4. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS	50
CAPÍTULO V – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	50
1. PARTE I DO QUESTIONÁRIO – INFORMAÇÃO SOBRE SEXUALIDADE	50
2. PARTE II DO QUESTIONÁRIO – VIDA SEXUAL	65
3. PARTE III DO QUESTIONÁRIO – VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE	87
CONCLUSÕES	107
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	111
ANEXOS	122
ANEXO I – CONSENTIMENTO INFORMADO	123
ANEXO II – QUESTIONÁRIO – VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE	124
ANEXO II – TERMO DE RESPONSABILIDADE	131

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráficos 1. e 2. – Caracterização da população alvo do presente estudo, de acordo com a idade e o género	44
Gráficos 3. – Caracterização da população alvo do presente estudo, de acordo com o tipo de deficiência	46
Gráficos 4. – Caracterização da população alvo do presente estudo, de acordo com a presença ou ausência de Paralisia Cerebral (PC – Paralisia Cerebral; NR – Não respondeu)	47

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. – Caracterização da população-alvo do presente estudo, de acordo com a idade e o gênero.	44
Tabela 2. – Caracterização da população-alvo do presente estudo, de acordo com o tipo de deficiência.	45
Tabela 3. – Caracterização da população-alvo do presente estudo, de acordo com a existência de Paralisia Cerebral/ Outro tipo de deficiência.	46
Tabela 4. e 5. – Classificação do nível de informação sobre sexualidade, de acordo com o gênero e a idade.	51
Tabela 6. – Classificação do nível de informação sobre sexualidade, de acordo com o tipo de deficiência.	53
Tabela 7. e 8. – Caracterização da fonte sobre sexualidade, de acordo com o gênero e a idade.	54
Tabela 9. – Caracterização da fonte sobre sexualidade, de acordo com o tipo de deficiência.	56
Tabela 10. – Classificação da informação sobre as alterações físicas do corpo, de acordo com o tipo de deficiência.	58
Tabela 11. e 12. – Caracterização da população-alvo sobre as relações sexuais, de acordo com o gênero e a idade dos inquiridos.	65
Tabela 13. – Caracterização da população-alvo sobre as relações sexuais, de acordo com o tipo de deficiência dos inquiridos.	66
Tabela 14 e 15. – Caracterização da população-alvo sobre os relacionamentos sexuais, de acordo com o gênero e a idade dos inquiridos.	67
Tabela 16. – Caracterização da população-alvo sobre os relacionamentos sexuais, de acordo com o tipo de deficiência dos inquiridos.	69
Tabela 17. e 18. – Caracterização da população-alvo, de acordo com o gênero e a idade dos inquiridos.	70
Tabela 19. – Caracterização da população-alvo, de acordo com o tipo de deficiência dos inquiridos.	71
Tabela 20. e 21. – Caracterização da população-alvo, de acordo com o gênero e a idade dos inquiridos.	73
Tabela 22. – Caracterização da população-alvo, de acordo com o tipo de deficiência dos inquiridos.	75
Tabela 23. e 24. – Caracterização da população-alvo, de acordo com o gênero e a idade dos inquiridos.	76
Tabela 25. – Caracterização da população-alvo, de acordo com o tipo de deficiência dos inquiridos.	77
Tabela 26. e 27. – Caracterização da população-alvo, de acordo com o gênero e a idade dos inquiridos.	78
Tabela 28. – Caracterização da população-alvo, de acordo com o tipo de deficiência dos inquiridos.	79
Tabela 29. e 30. – Classificação da informação sobre a idade da primeira masturbação de acordo com o gênero e a idade dos inquiridos.	80
Tabela 31. – Caracterização da população-alvo sobre o início da masturbação, de acordo com o tipo de deficiência dos inquiridos.	82
Tabela 32. e 33. – Caracterização da população-alvo sobre a homossexualidade, de acordo com o gênero e a idade dos inquiridos.	83
Tabela 34. – Caracterização da população-alvo sobre a homossexualidade, de acordo com o tipo de	84

deficiência dos inquiridos.

Tabela 35. e 36. – Caracterização da população-alvo sobre orientação médica, de acordo com o gênero e a idade dos inquiridos. 85

Tabela 37. – Caracterização da população-alvo sobre orientação médica, de acordo com o tipo de deficiência dos inquiridos. 86

Tabela 38. e 39. – Classificação da informação sobre a sexualidade na vida da pessoa portadora de deficiência motora. 88

Tabela 40. – Caracterização da população-alvo sobre a sexualidade na vida da pessoa portadora de deficiência motora, de acordo com o tipo de deficiência dos inquiridos. 89

Tabela 41. e 42. – Classificação da informação sobre o grau de satisfação em relação à forma como vivenciam a sexualidade, de acordo com o gênero e a idade. 90

Tabela 43. – Caracterização da população-alvo sobre o grau de satisfação em relação à sexualidade, de acordo com o tipo de deficiência dos inquiridos. 92

Tabela 44. e 45. – Classificação da informação sobre os aspetos que influenciam a vivência da sexualidade, de acordo com o gênero e a idade. 94

Tabela 46. – Caracterização da população-alvo sobre os aspetos que influenciam a vivência da sexualidade, de acordo com o tipo de deficiência dos inquiridos. 96

Tabela 47. e 48. – Classificação da informação sobre a vida sexual e amorosa, de acordo com o gênero e a idade. 97

Tabela 50. e 51. – Classificação da informação sobre a existência ou ausência de namorado(a), de acordo com o gênero e a idade. 99

Tabela 52. – Caracterização da população-alvo sobre a existência ou ausência de namorado(a), de acordo com o tipo de deficiência dos inquiridos. 100

Tabela 53. e 54. – Classificação da informação sobre a partilha de experiências da vida sexual dos inquiridos, de acordo com o gênero e a idade. 101

Tabela 55. – Caracterização da população-alvo sobre a partilha de experiências da vida sexual dos inquiridos, de acordo com o tipo de deficiência dos inquiridos. 103

Tabela 56. e 57. – Classificação da informação sobre o abuso sexual de acordo com o gênero e a idade. 103

Tabela 58. – Caracterização da população-alvo sobre o abuso sexual de acordo, de acordo com o tipo de deficiência dos inquiridos. 104



INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

O tema da sexualidade, em diferentes contextos educacionais, vem sendo debatido intensamente. Porém, no âmbito da educação especial, as propostas de intervenção em relação à sexualidade parecem extremamente limitadas. Ainda há pouca discussão sobre a sexualidade da pessoa com deficiência, tanto no ambiente do ensino especial (escolas especiais ou classes especiais), quanto no ambiente do ensino comum, considerando a opção política do país pela construção de sistemas educacionais inclusivos e a inserção de muitos alunos com diferentes deficiências em escolas regulares.

A pessoa com deficiência é uma pessoa íntegra na sua sexualidade. Isto é, independentemente das possíveis limitações e complicações que possam ocorrer na manifestação sexual, ninguém se torna assexuado em função de uma incapacidade física, sensorial ou mental (Blackburn, 2002).

Compreende-se por sexualidade um conjunto de concepções e valores que envolvem a intencionalidade humana e a expressão afetiva de cunho social e histórico. A sexualidade abarca então, uma amplitude de condutas humanas, para além da sua genitalidade e não deve ser entendida, exclusivamente, como sinónimo de sexo, relação sexual, orgasmo, órgãos sexuais, mas sim, na sua dimensão ampla e cultural que abrange diferentes aspetos como o amor, relacionamentos afetivos e sexuais, a sensualidade, o erotismo e o prazer, a expressão da identidade e dos papéis sexuais etc. (Chauí, 1985). Neste sentido, uma pessoa jamais pode ser considerada assexuada, pois a sexualidade é inerente ao ser social.

Frequentemente a sociedade encara a sexualidade da pessoa com deficiência como sendo patológica, isto é, por um lado, a sexualidade é compreendida como angelical, infantil ou até mesmo inexistente; e, por outro, uma sexualidade instintiva, agressiva, animalesca e incontrolável. Neste sentido, é comum o entendimento da sexualidade da pessoa com deficiência sob essas duas premissas: ou tais pessoas são vistas como *anjos*, quando a sexualidade é reprimida e não manifesta, ou como *feras*, quando é expressa, explícita, e muitas vezes, inadequada. Nos dois casos, há uma percepção distorcida sobre a vida afetiva e sexual dessas pessoas (Amaral, 1994). A sexualidade ampla, independentemente de se ter ou não uma deficiência, existe e

manifesta-se em todo ser humano. O erotismo, o desejo, a construção de gênero, os sentimentos de amor, as relações afetivas e sexuais, são expressões potencialmente existentes em toda a pessoa, e também naqueles que têm deficiências (Daniels, 1981).

As expressões da sexualidade são múltiplas e variadas tanto para deficientes como para não-deficientes. Em qualquer caso não é fácil determinar se a vida sexual e afetiva é satisfatória ou não, e é importante lembrar que em diferentes momentos da vida, dificuldades e facilidades vão ocorrer em maior ou menor grau para todos. Entre as pessoas com deficiências o mesmo acontece e seria injusto generalizar, rotular e estigmatizar quem é a pessoa com deficiência - seus potenciais e seus limites - em função de rótulos, sem considerar o contexto social, econômico, educacional em que o sujeito se desenvolve e sem considerar a diversidade entre as pessoas com deficiências.

As pesquisas, portanto, sobre sexualidade e deficiências têm divulgado que não é possível afirmar a priori as dificuldades que elas terão ou não no campo sexual (Daniels, 1981). Segundo Bastos & Deslandes (2008) uma das maiores barreiras para a discussão da sexualidade de pessoas com deficiência deve-se à escassez de relatos de experiência sobre o assunto, que alimentada pelo preconceito e discriminação existentes colabora para uma perspectiva de que o portador de deficiência não tem direito a exercer a sua sexualidade. A dificuldade da sociedade em perceber nestes jovens possibilidades de vinculação afetiva e sexual limita suas oportunidades de vida, mantendo uma relação antagônica entre a imagem dos mesmos como “não-pessoa” e o desenvolvimento da sexualidade. Esta postura de negação das possibilidades sexuais destes jovens indica que os mesmos devem ser isolados, protegidos e infantilizados.

A sexualidade do portador de deficiência deve ser abordada de maneira englobante, levando em consideração tanto os aspectos físicos e subjetivos como os valores, crenças e expectativas da sociedade na qual o indivíduo se encontra inserido.

O conceito de sexualidade foi usado no século XIX para se referir a saberes sexuais decorrentes dos estudos sobre os significados das práticas sexuais que foram construídas culturalmente (Chauí, 1985). O mesmo é um conceito amplo que envolve a manifestação do desejo e sua representação no estabelecimento de relações que

envolvem o afeto, a comunicação, a gratificação libidinosa e vínculo afetivo entre as pessoas e cuja expressão depende de influências culturais, da sociedade e da família, por meio de ideologias e crenças morais, envolvendo ainda questões religiosas, políticas etc. (Daniels, 1981).

O presente estudo, de carácter exploratório, tem como finalidade perceber de que forma é que as pessoas portadoras de deficiência motora percecionam a sua vida e vivência da sua sexualidade.

O presente trabalho está dividido em duas partes, que por sua vez estão organizadas em três capítulos, nomeadamente I.DEFICIÊNCIA E PARALISIA CEREBRAL, II.SEXUALIDADE, III.SEXUALIDADE E DEFICIÊNCIA, IV.METODOLOGIA e V.APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS. Assim, após uma breve introdução aos temas a abordar, realizou-se uma recolha bibliográfica, que constitui a Parte I do presente trabalho, onde é apresentado o suporte teórico das matérias estudadas, focando a deficiência e a paralisia cerebral, a sexualidade e a sexualidade e deficiência.

Posteriormente, na Parte II do trabalho apresentado, procede-se à exposição dos aspetos metodológicos, assim como à análise, interpretação e discussão dos resultados obtidos.

Por último, são apresentadas as considerações finais do estudo realizado.



PARTE I

ESTUDO TEÓRICO

CAPÍTULO I. - DEFICIÊNCIA E A PARALISIA CEREBRAL

1. DEFICIÊNCIA E DESVANTAGEM

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a deficiência representa “qualquer perda ou alteração de uma estrutura ou de uma função psicológica fisiológica ou anatômica” (OMS, 1989). Esta caracteriza-se pela perda ou alteração, temporária ou definitiva (de uma estrutura ou de função psicológica, fisiológica ou anatômica) que inclui a existência ou ocorrência de uma anomalia, defeito ou perda de um membro ou órgão, tecido ou estrutura do corpo, incluindo a função mental (OMS, 1989). As deficiências podem ser intelectuais, da linguagem, da audição, da visão, dos outros órgãos, músculo-esqueléticas, estéticas, das funções gerais e sensitivas (OMS, 1989). A deficiência não é um problema médico ou problema pessoal, mas um conjunto de barreiras físicas e sociais que constrange, regula e discrimina pessoas com incapacidade (Hughes, 2002). Esta deve ser encarada não como um deficit corporal, mas em termos do modo como as pessoas excluem as estruturas e oprimem este tipo de pessoa. Apesar de estarem mais limitadas relativamente aos outros, com as suas características, necessidades e interesses, não se pode cair no esquecimento de que as pessoas com deficiência são também cidadãos e principalmente são também seres humanos que merecem ser respeitados com a devida dignidade.

As pessoas portadoras de deficiência (deficientes) representam e são identificados como contendo elementos que as afastam dos grupos dominantes de quaisquer sistemas sociais. Sendo portadores de desvios negativos nos padrões de referência, estão sujeitos aos pressupostos e preconceitos sociais (Marques, 1997). A sociedade ao considerar as pessoas portadoras de deficiência como algo de negativo, acaba por obrigar os deficientes a esconderem-se cada vez mais e a viverem cada vez mais isoladas como se estas fossem uma ameaça para o mundo, quando na verdade é precisamente o oposto. Muitas vezes, as pessoas nos dias de hoje, cada vez mais tentam-se enganar a si próprias e tentam ter comportamentos que não são verdadeiros, agindo de forma obrigatória e imposta pela sociedade. Os jovens sem deficiência tendem a ter atitudes e comportamentos quase que forçados, interiorizando-os como uma regra apenas para se convencerem a eles próprios que é assim e que têm de agir dessa forma, não agindo de acordo com aquilo que sentem.

Relativamente à deficiência motora, segundo a Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF (2003), esta caracteriza-se como os problemas nas funções ou nas estruturas do corpo, tais como desvio importante ou perda. A deficiência motora pode ser considerada como uma perda de capacidades, afetando diretamente a postura e/ou movimento, fruto de uma lesão de natureza congénita ou adquirida, ao nível de estruturas efectivas e reguladoras do movimento no sistema nervoso e osteomuscular (Rodrigues, 1989). Assim, este tipo de deficiência consiste na existência de um qualquer défice ou anomalia que se traduza numa dificuldade, alteração e/ou inexistência de um determinado movimento considerado normal no ser humano (Vicente, 1995). A incapacidade que se traduz na perda ou limitação das capacidades motoras, implicando a perda ou redução da liberdade, nos indivíduos portadores de deficiência motora conduz a grandes limitações, relativamente à sua autonomia impedindo-os de viver a sua vida de igual forma aos das outras pessoas, tornando-os por isso especiais, mais fortes e com uma experiência de vida muito mais rica e muito mais intensa.

A incapacidade refere-se, segundo a Organização Mundial de Saúde, a qualquer restrição ou falta (resultante de uma deficiência) da capacidade para realizar dentro dos moldes e limites considerados normais para um ser humano (OMS, 1989). Surge como consequência directa ou é resposta do individuo a uma deficiência psicológica, física, sensorial ou outra representando a objectivação da deficiência e reflectindo os distúrbios da própria pessoa, nas actividades e comportamentos essenciais da vida diária. Esta pode ser temporária ou permanente, reversível ou irreversível e progressiva ou regressiva. As incapacidades podem ser ao nível do comportamento, da comunicação, do cuidado pessoal, do posicionamento do corpo, da destreza, face a diversas situações e face a situações particulares (OMS, 1989).

Quanto ao conceito de “desvantagem”, segundo a Organização Mundial de Saúde, a mesma refere-se à “condição social de prejuízo, sofrido por um dado indivíduo, resultante de uma deficiência ou de uma incapacidade que limita ou impede o desempenho de uma determinada actividade considerada normal para esse indivíduo, tendo em atenção, a idade, o sexo, e os factores sócio-culturais” (OMS, 1989). As pessoas com deficiência ao estarem limitadas não conseguem desempenhar as actividades que a sociedade considera como normais da mesma forma das pessoas que são consideradas como “normais” e por isso faz com que as pessoas com

deficiência estejam em desvantagem em relação às outras apenas por realizarem as atividades que são impostas pela sociedade de uma forma diferente, de uma forma especial própria de cada indivíduo que dentro das suas condições é aquela forma que encontram e que conseguem para viverem a sua vida de uma forma plena e se sentirem realizados e felizes. As desvantagens podem ser relativas à orientação, a independência (física e económica), a mobilidade e a capacidade de integração social (OMS, 1989).

A pessoa portadora de deficiência envolve um aspeto biomédico. O indivíduo inadaptado reflete um aspeto social. Por exemplo, duas pessoas com deficientes visuais podem ser diferentes, ou seja, num indivíduo a deficiência pode ser congénita, noutro adquirida. Daí a necessidade de não se confundir pessoa inadaptada com pessoa deficiente, pois podem dar-se todas as combinações possíveis, que não permitem a compreensão da deficiência nem a urgente precisão terminológica, visto dependerem de muitas situações sub-culturais (Fonseca, 1995). Por existirem diversos tipos de deficiências e nenhuma ser igual à outra, nem todas as pessoas aprendem e se desenvolvem no mesmo ritmo e reagem emocionalmente do mesmo modo. Existe a deficiência congénita que é aquela que a pessoa nasce com ela, e a adquirida que por conta de alguma patologia ou acidente, adquire. Existem algumas classificações de patologias que podem ser adquiridas quando o indivíduo nasce ou através de algum tipo de acidente:

- ♣ **Paralisia ou Paraplegia:** perda total do movimento;
- ♣ **Monoplegia:** perda do movimento de um membro;
- ♣ **Diplegia:** perda do movimento de dois membros superiores;
- ♣ **Paraplegia:** perda do movimento de dois membros inferiores;
- ♣ **Triplegia:** perda do movimento de três membros;
- ♣ **Tetraplegia:** perda do movimento de quatro membros;
- ♣ **Hemiplegia:** perda do movimento da metade do corpo direita ou esquerda;

Segundo Fonseca (1995), no campo médico, a deficiência pode ser causada por vários factores:

♣ **pré-natais** - alterações cromossómicas, autossómicas, genossómicas que alteram informações genéticas. Estes fatores são mais relacionados com as condições da deficiência do trabalho de parto e de proteção fetal, que decorrem num período de grande vulnerabilidade. Outros fatores têm a ver com os níveis de adaptação à vida

extra-uterina, podendo ser observados clinicamente pela cor da pele, frequência cardíaca, reflexos, tônus muscular e respiração aos 60 segundos e aos 5 minutos após o nascimento;

♣ **neo-natais** - mais significativos que podem ocorrer depois do nascimento, causando eventuais alterações no neonato, como por exemplo a idade do feto, o tamanho do feto, os efeitos de doenças maternas, a doença da membrana hialina, a incompatibilidade Rh, infecções, doenças metabólicas, hemorragias, convulsões, etc.

Todos estes fatores de risco pré-natais e neonatais podem causar desde lesão mínima de cérebro ou disfunção mínima do cérebro até a paralisia cerebral.

2. PARALISIA CEREBRAL

Segundo Rodrigues (1989), a Paralisia Cerebral é entendida como uma desordem permanente, mas não imutável, da postura e do movimento, devida a uma disfunção do cérebro antes que o seu crescimento e desenvolvimento estejam completos. O principal transtorno é ao nível da postura e do movimento, a lesão ocorre durante a fase de desenvolvimento do cérebro (antes, durante ou depois do parto, até aos três ou cinco anos) e o dano cerebral não é progressivo excluindo as patologias do sistema nervoso ou musculares com carácter progressivo (Martín-Caro, 1993).

A PC define-se como o conjunto de alterações oriundas de um determinado acontecimento encefálico, caracterizado essencialmente por uma alteração persistente, porém não estável do tônus, da postura e do movimento que se inicia durante o período de maturação anatomofisiológico do sistema nervoso central (Gomes *et al.*, 1995). Em muitos casos associado a epilepsia e anormalidades da fala, visão, intelecto, resultante de um defeito ou lesão do cérebro em desenvolvimento (Behrman *et al.*, 1994). Não é progressiva, mas pode trazer transtornos secundários, como por exemplo a tensão ou espasmos musculares, movimentos involuntários, transtornos na mobilidade, dificuldades para engolir e problemas na fala, que podem piorar ou melhorar. A PC define-se como uma doença não progressiva afetando aquelas porções do cérebro que controlam os movimentos e atitudes, adquirida no curso do desenvolvimento precoce do cérebro. É um termo descritivo, não específico e bastante ambíguo, que pode ser resumido como distúrbios da função motora, de início na primeira infância, caracterizados por paralisia, espasticidade e/ou movimentos

involuntários dos mesmos, raramente hipotonia e ataxia, frequentemente acompanhados de défice mental e epilepsia.

2.1. ETIOLOGIA

Segundo Rodrigues (1989), a Paralisia Cerebral pode ser causada pelos seguintes fatores:

- ♣ **Pré-Natais** – predisposição familiar, influências intra-uterinas precoces (infecções virais, alcoolismo, etc), influências na gravidez adiantada e hemorragias;
- ♣ **Perinatais** – fatores de risco intraparto (parto pélvico, parto prolongado, traumatismo de parto, etc) e fatores de risco extraparto (meningite, anóxia, hemorragia intracraniana, etc);
- ♣ **Pós-Natais** – infecções virais bacteriológicas e traumatismos.

Aproximadamente, em 60 a 70% dos indivíduos com diagnóstico de Paralisia Cerebral, as suas histórias familiares encontram-se relacionadas com alguns tipos de anomalias neurológicas. Assim, pode ser lançada a hipótese de que as causas que se supunham ocorrerem no período pré-natal podem ter uma origem em fatores genéticos. A dificuldade em determinar com precisão a etiologia da Paralisia Cerebral poderá estar no facto de serem múltiplas as causas que atuam conjuntamente e a combinação desses fatores varia segundo os casos (Martín-Caro, 1993 & Heward, 2000).

2.2. DIAGNÓSTICO E CARACTERIZAÇÃO

A PC dificilmente é diagnosticada no primeiro ano de vida, mesmo com a presença de sinais sugestivos da mesma, tais como desenvolvimento insatisfatório, espasticidade ou falta de coordenação. Inicialmente o acompanhamento médico visa determinar se as alterações são decorrentes da paralisia cerebral ou de distúrbio motor progressivo. A relação entre a lesão do sistema nervoso central e o comprometimento funcional pode modificar-se com o tempo. Anormalidades do tônus muscular ou do movimento, presente nas primeiras semanas, podem melhorar gradativamente no primeiro ano de vida e em alguns casos ocorrer o desaparecimento do quadro clínico. Por outro lado sinais motores, como hipotonia, que são vistos nas primeiras semanas e meses de vida, podem evoluir após o primeiro ou segundo ano de vida para espasticidade e

sintomas extrapiramidais. O tipo específico de PC dificilmente pode ser diferenciado antes da criança atingir os 18 meses de idade.

Segundo Bobath & Bobath (1990), o diagnóstico específico da PC no lactente de até 4 ou mesmo 6 meses de idade é difícil. O diagnóstico precoce baseia-se, em grande parte, na diferenciação dos sinais primitivos de atraso e os de natureza patológica. À medida que a criança com PC se torna mais ativa, as posturas e os movimentos anormais irão desenvolver-se e modificar-se, porém essas alterações são diferentes nos vários tipos de PC.

Na criança com PC os reflexos primitivos persistem por mais tempo e, podem mesmo não chegar a desaparecer. Esses reflexos são: reflexo tônico-cervical ou de Magnus Kleijn, reflexo de endireitamento cervical, reflexo de Moro, reflexo tônico-cervical simétrico, reação de colocação dos pés, impulso extensor, reação de para-quedas, reflexo de preensão, reflexo de Landau (Volpon, 1997). O diagnóstico é primordialmente clínico, tendo em consideração algumas observações como: alterações faciais, alterações de atitudes, tônus muscular, motilidade de tronco e membros, alterações do reflexo de integração, convulsões e movimentos involuntários, alterações na sucção e deglutição, sinais de hipertensão endocraniana, sinais oculares, alterações cranianas como macro e microcefalia, alterações sensoriais e atraso na aquisição de condutas motoras, adaptativas e sociais nas semanas seguintes ao nascimento (Gomes, *et al.*, 1995).

O eletroencefalograma (EEG) e tomografia computadorizada podem ser exames indicados para determinar a localização e extensão das lesões estruturais ou malformações congênitas associadas, exames adicionais podem incluir testes das funções auditiva e visual (Behrman, *et al.*, 1994). Estes exames são importantes na determinação da etiologia ou na orientação do tratamento das complicações, tais como epilepsia, deficiência mental, deformidades ortopédicas, hidrocefalia, défices visuais ou auditivos (Manreza & Gherpelli, 1999). Grande parte das crianças com défices motores apresentam exames de neuroimagem totalmente normais, considerando que não houve nesses casos alterações estruturais e sim funcionais (Gomes, *et al.*, 1995).

2.3. CLASSIFICAÇÃO

A classificação do grau e do tipo de tônus da criança com PC apresenta-se em quatro modalidades (Bobath, 1998):

♣ **Hipertônico:** tipo de tônus considerado o mais comum na PC, com incidência em 75% dos casos. O tônus muscular é entendido como o grau de tensão num grupo muscular que pode ser sentido durante a palpação e o alongamento. Ocorre então uma resistência no músculo que é denominado “espasticidade”. O principal problema da criança com espasticidade é a tensão com fixação exagerada em certas posturas, causada pela co-contração inadequada. A co-contração do músculo é, de uma forma moderada, um fenômeno normal de interação de grupos musculares opostos, nos quais ocorre uma contração simultânea dos agonistas com os antagonistas para o controle postural. A postura do paralisado cerebral é típica, mais ou menos rígida, e os movimentos podem ser realizados com esforços excessivos. Os movimentos são limitados na amplitude e resultam num aumento da espasticidade e das reações associadas. A criança com PC hipertônica apresenta comprometimento sobretudo nas articulações proximais e, por isso, os grupos musculares espásticos são contrapostos por outros músculos espásticos igualmente fortes, ou até mais fortes. Por esse motivo, ocorre a razão principal da imobilidade e a falta de ajuste postural da criança. Muitas vezes, faltam à criança hipertônica os mais básicos padrões de movimentos, tais como, controle da cabeça e rotação de tronco;

♣ **Hipotônico:** a criança que apresenta o tônus baixo é considerada uma criança que tem o seu tronco e membros “molinhos”. A maioria das crianças com PC, quando bebê, é hipotônica, especialmente as prematuras. A hipotonia pode ser uma fase transitória para a criança apresentar uma espasticidade, atetose, ataxia ou uma combinação de vários destes. A mesma é evidenciada pela forma como o corpo utiliza a superfície de apoio e pela hipermobilidade das articulações. O baixo tônus dificulta a criança mover-se. A criança com hipotonia tem uma co-contração insuficiente nos músculos do tronco e do pescoço e, conseqüentemente, tem um controle insuficiente da cabeça e do tronco. Por apresentar um tônus baixo, a criança apresenta problemas respiratórios e na alimentação;

♣ **Extrapiramidal:** é o segundo tipo mais comum na PC. A lesão situa-se no núcleo da base do cérebro, área que controla os movimentos indesejáveis que levam a movimentos involuntários, classificados como: atetóide, coreico e distônico. A criança que apresenta este tipo de PC quase não apresenta deformidades que podem, ou não, ser perceptíveis;

♣ **Atáxico:** é considerada a forma pura da PC e muito rara de ser encontrada. O diagnóstico é difícil, já que a criança apresenta uma desordem motora que dificulta os testes de avaliação. Caracteriza-se pela incoordenação estática e cinética (tremores) de origem cerebral. A maioria dos casos tem como fator comum um tônus postural baixo, combinado com distúrbio da inervação recíproca, com ausência de co-contratação, o que torna o controle contra a gravidade e os movimentos muito difíceis. O tipo de alteração do movimento da criança com paralisia cerebral é classificado da seguinte forma (Bobath & Bobath, 1990).

♣ **Diplegia:** todo o corpo da criança fica comprometido, mas os membros inferiores são mais afetados que os membros superiores. A espasticidade distribui-se de forma mais ou menos simétrica e todas as crianças pertencem ao grupo espástico. A criança, na maioria das vezes, apresenta um bom controle de cabeça e comprometimento moderado dos membros superiores, geralmente, a fala não é comprometida;

♣ **Quadriplegia:** todo o corpo da criança é comprometido. Na quadriplegia espástica e em alguns casos mistos, os membros inferiores podem estar comprometidos no mesmo grau que os membros superiores. Na quadriplegia atetóide, os membros superiores e o tronco estão, em geral, mais comprometidos que os membros inferiores. Há uma considerável diferença nos dois lados do corpo, apresentando uma assimetria da postura e movimento. O controle da cabeça da criança apresenta-se deficiente, bem como a fala e a coordenação ocular;

♣ **Hemiplegia:** a criança apresenta somente um dos lados do corpo comprometido e geralmente é hipertônica;

♣ **Monoplegia:** a criança apresenta comprometimento somente um dos membros inferiores ou um dos membros superiores.

2.4. ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DA PARALISIA CEREBRAL

A criança quando nasce com PC, geralmente pode não exercer todas as atividades como as outras crianças, principalmente aquelas que eventualmente possam exigir habilidades motoras. No caso de incapacidades mais graves, esse prejuízo é percebido desde o início do desenvolvimento da criança. Nos primeiros anos de vida, a exploração e a manipulação dos brinquedos podem ser muito difíceis, e às vezes, praticamente impossíveis. Nos anos seguintes, jogar a bola, correr, pular á corda, desenhar e pintar, além de outras brincadeiras e atividades da vida diária, também poderão ser tarefas difíceis de realizarem (Souza, 1996).

A socialização consiste no processo por meio do qual os indivíduos interagem ativamente com os outros e com o meio cultural, sendo capazes de construir e transformar conjuntamente a realidade.

O impacto da PC na vida dos adolescentes deve ser considerado tanto pelas sequelas deixadas como pelos significados a elas atribuídos, histórica e culturalmente, assim como pelo próprio sujeito, uma vez, que neste caso, existem elementos constituintes de processos de identificação também marcados pela diferença. O isolamento, as dificuldades em lidar com a sexualidade, a dependência de terceiros e a depressão vivenciada pelos adolescentes com deficiência contribuem para que a adolescência na paralisia cerebral seja ainda mais difícil do que para os jovens que não apresentam deficiência física (Nelson & Ellenberg, 1978).

2.5. INTEGRAÇÃO SENSORIAL NA PARALISIA CEREBRAL

A integração sensorial caracteriza-se como a habilidade inata para organizar, interpretar sensações e responder de maneira apropriada ao ambiente. Esta define-se como o processo neurológico que organiza as sensações do próprio corpo e do ambiente, permitindo a organização do comportamento e o uso eficiente do corpo nas ações e atividades que fazemos rotineiramente (Ayres, 1995).

A terapia de Integração Sensorial tem o uso de atividades objetivas para as crianças que envolvam a promoção e controle de estímulos sensoriais, atividades estas que vão elicitar respostas adaptativas que integram os estímulos, a promoção e controle de estímulos sensoriais aumenta as oportunidades para receber, filtrar e organizar informações sensoriais, respostas adaptativas melhoram a habilidade para responder apropriadamente às várias demandas do ambiente. Por hipótese, a ênfase esta em aumentar o processamento de informações sensoriais dentro do sistema nervoso. A terapia tem melhores resultados quando a criança quer estímulos. O princípio central da terapia é fornecer e controlar a entrada de estímulos sensoriais, especialmente o estímulo do sistema vestibular, das articulações, músculos e pele de tal forma que a criança espontaneamente forma as respostas adaptativas que integram todas as sensações.

A lesão cerebral na PC pode ser responsável também por distúrbios dos sentidos especiais da visão e audição, anormalidades da fala e linguagem e aberrações de percepção. Distúrbios perceptivos ou agnosias são dificuldades em reconhecer objetos

ou símbolos. Também podem haver apraxias, algumas das quais são também denominadas distúrbios visuomotores. Isto significa que a criança é incapaz de realizar certos movimentos, mesmo que não haja paralisia, porque os padrões ou engramas foram perdidos ou não se desenvolveram. A apraxia pode envolver movimentos membros, face, olhos, língua ou estar restrita especificadamente a atos como a escrita, desenho e construção ou mesmo o ato de vestir-se. Em outras palavras, parece haver um problema no planejamento motor das crianças que são apráxicas. Crianças com PC também podem ter vários problemas de comportamento, como hipercinesia e facilidade em distrair-se, que tem origem na lesão cerebral orgânica. Todos estes distúrbios resultam em problemas de aprendizagem variados e dificuldades de comunicação. Além disso, pode haver também várias epilepsias ou déficits intelectuais (Levitt, 2001).

A criança portadora de PC por todo o seu comprometimento físico, não recebe toda estimulação que uma criança normal receberia, portanto é uma criança com disfunção da Integração Sensorial, a terapia de Integração Sensorial para essas crianças funcionaria porque o ambiente terapêutico é preparado de forma que é divertido para a criança usar os seus processos sensoriais de uma forma que ela jamais usaria antes, a terapia é uma maneira de fazer o que a natureza, a criança e a sua mãe não foram capazes de fazer (Ayres, 1995).

A integração sensorial baseia-se em três princípios básicos (Long & Cintas, 2001):

- ♣ Os indivíduos são capazes de receber informações dos seus corpos e do ambiente, processar e interpretar essas informações no seu sistema nervoso central e usá-las de forma funcional;
- ♣ Os indivíduos com problemas de processamento sensorial têm dificuldades em planejar e realizar atos motores;
- ♣ Se o indivíduo com disfunção do processamento sensitivo receber estimulação sensitiva no seu contexto significativo, integrará as informações sensitivas e, desta forma, demonstrará habilidades motoras mais eficientes, bem como comportamentos adaptativos.

2.6. INTERVENÇÃO NA PARALISIA CEREBRAL

A intervenção deve ser organizada e estruturada de forma a privilegiar o desenvolvimento geral da criança ou jovem com PC. Deve existir uma equipa de profissionais que trabalhem no sentido de suprimir as dificuldades da criança ou jovem. A criança ou jovem deve beneficiar de áreas que possibilitem e auxiliem o seu desenvolvimento, tais como:

- ♣ **Terapia da Fala** - com o objectivo de elevar a capacidade de expressão oral e de comunicação;

- ♣ **Terapia Ocupacional** - de forma a desenvolver aptidões úteis que lhes permitam desempenhar tarefas de rotina;

- ♣ **Psicomotricidade** - com o objectivo de melhorar a adaptação ao mundo exterior, através do domínio do equilíbrio; controle da inibição voluntária e da responsabilidade; consciência do corpo; eficácia das diversas coordenações globais e segmentárias; organização do esquema corporal; orientação espacial; etc;

- ♣ **Apoio psicológico** - para acompanhar a criança/jovem durante a intervenção ao nível psicológico;

- ♣ **Fisioterapia** - através da utilização do exercício e técnicas de relaxamento, ensinar a criança/jovem a caminhar com o auxílio de canadianas, muletas e outros aparelhos (como cadeira de rodas); para auxiliar a rotina diária da criança ou jovem;

- ♣ **Áreas de expressão** - a dança e música podem auxiliar a criança ou jovem a elevar a sua coordenação, desenvolverem o tónus e força muscular, autoconfiança, etc. As atividades de expressão plástica, como a pintura podem ajudar no desenvolvimento da motricidade, comunicação, etc;

- ♣ **Massagens** - com o objectivo de aliviar os espasmos e reduzir as contrações musculares;

- ♣ **Informática** - a utilização do computador pode ajudar ao nível da comunicação, assim como ao nível da motricidade fina;

- ♣ **Atividades da vida diária** - com o objectivo de trabalhar a higiene, a segurança entre outros.

O trabalho realizado pelos técnicos (professores, educadores, psicólogos, terapeutas, etc), assim como a interação de todas as áreas acima mencionadas deverão procurar elevar o nível cognitivo, a autonomia pessoal e social, comunicação, psicomotor, sócio-afetivo, assim como desenvolver a área sensorial-perceptiva.

CAPÍTULO II. - SEXUALIDADE

1. O QUE É A SEXUALIDADE?

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a sexualidade é definida como uma energia que motiva para encontrar amor, contacto, ternura e intimidade; integra-se no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ser-se sexual. A sexualidade influencia pensamentos e, por isso, influencia também a saúde física e mental.

Refere-se às características coletivas que marcam as diferenças entre o macho e a fêmea. O termo sexualidade apresenta-se como tendo dois significados: por um lado, a procura de prazer sexual, reprodução, a necessidade de amor e realização pessoal e por outro, a tomada de consciência da sua identidade sexual, ou seja, o sentimento de ser macho ou fêmea (Sorensen, 1998). O desenvolvimento da sexualidade está presente desde a infância, sendo que, as crianças se auto manipulavam em busca de prazer que inicialmente se trataria de um prazer oral, depois anal e por fim tomaria a forma de prazer genital (Sigmund Freud). O Ciclo da Resposta Sexual Humana apresenta-se descrito em quatro fases: excitação, plateau, orgasmo e resolução. A sexualidade abarca muito mais do que a resposta sexual humana, envolve toda uma série de sensações, emoções e afetos, que acompanham o indivíduo no seu dia a dia ao longo de todo o seu ciclo vital. O ser humano é sexual desde o nascimento até à morte, sendo esta uma parte importante da pessoa, ao longo de todo o seu ciclo vital (Nodin, 2002).

A sexualidade manifesta-se em vários níveis, orgânico ou físico, revelado no crescimento e na maturação sexual, ou psicológico e cultural/social, revelado nos comportamentos e na vida de relação (Cordeiro, 2003). Ao longo da infância e da adolescência as experiências serão determinantes para um adulto sexualmente feliz. O sistema de crenças, a organização social e a própria capacidade de controlo da pulsação ou a habilidade para encontrar companheiro sexual definem, entre muitos outros fatores, o comportamento sexual das pessoas (López & Fuertes, 1989). O desenvolvimento da sexualidade acontece durante toda a vida do indivíduo. É uma construção social operando em campos de poder e não um mero conjunto de imperativos biológicos que podem ou não encontrar satisfação direta, ou seja, para além da componente biológica da sexualidade, esta passou também a ter uma

componente social e psicológica que reflete as diferentes culturas e as diferentes épocas (Antunes, 2007). A sexualidade humana nasce com cada indivíduo e mantém-se presente até ao fim da vida. As atitudes e os valores relacionados com a sexualidade são culturalmente impostos, sendo definidos pela família, pela religião, pelos parceiros sexuais, pelos grupos de pares, pela economia, pelos órgãos de comunicação sexual e pelos estabelecimentos de ensino (Vilelas, 2009).

Neste sentido, a sexualidade pode ser entendida como a necessidade do Homem, quer para se multiplicar, quer para a realização do corpo e espírito. O prazer, o sentimento e a procriação são essenciais para descrever a esfera da sexualidade. Esta enquanto constelação de sensações, de emoções e de cognições que, conjuntamente com os estímulos fisiológicos, dão lugar ao desejo e/ou comportamento sexual (Rodrigues, 1989). É caracterizada pela anatomia, fisiologia, psicologia e também pela cultura na qual o indivíduo vive os seus relacionamentos interpessoais e as suas experiências acumuladas durante a vida. Ela inclui a percepção de ser masculino ou feminino e todos os pensamentos, sentimentos e comportamentos associados à gratificação sexual, à reprodução e à atração entre duas pessoas (Penteado *et al.*, 2002).

2. FATORES FÍSICOS E HORMONAIS

O corpo cresce, novas funções sexuais surgem, a mente desenvolve-se, o ambiente modifica-se, a qualidade das sensações afetivas e sexuais transforma-se, tudo isso provoca no jovem uma série de crises que vão tendo de ser superadas uma a uma, com maior ou menor dificuldade sem que o desenvolvimento natural seja dificultado.

A organização da imagem corporal não é puramente neurológica nem mental, as emoções também tem um papel importante no desenvolvimento da imagem corporal (Shontz, 1990). Unindo os aspetos fisiológicos com as forças emocionais, a imagem vai condensando a vivência que o homem tem de si mesmo e do mundo. Resgata o passado, funde-se com o presente e transcende para o futuro, ultrapassando as fronteiras do imaginário humano. Faz-se ser atuante perante as correlações estabelecidas por ele mesmo, constituindo-se presente em imagens corpóreas (Barros, 2001). As imagens corporais ligam-se por meio de uma proximidade especial que favorece o contato entre corpos e as suas experiências. A sua torna-se mais fácil e rica e as trocas de vivências entre duas ou mais pessoas são maiores. Isto se deve à incorporação de diversas partes das imagens corporais dos outros e à doação das

nossas próprias imagens a eles. O fator emocional é muito importante neste processo, pois podemos estabelecer uma relação íntima com determinada pessoa trocando as nossas imagens corporais, é uma experiência de sentidos. Primeiro, temos uma impressão sensorial do corpo do outro, esta impressão adquire o seu significado real através do nosso interesse emocional pelas diversas partes do corpo (Schilder, 1999). Quando percebemos o nosso corpo ou partes dele, projetamos essas imagens para outros corpos e passamos a ter curiosidade sobre outras partes que, até então, eram-nos obscuras. A imagem é um fenômeno social pois há um intercâmbio contínuo entre a nossa própria imagem e a imagem corporal dos outros. A nossa imagem corporal só adquire as suas possibilidades e existência porque o nosso corpo não é isolado. Um corpo é, necessariamente, um corpo entre corpos. Precisamos ter outros à nossa volta (Schilder, 1999).

Segundo Cash & Pruzinsky (1990) o conceito de imagem corporal refere-se às percepções, aos pensamentos e aos sentimentos sobre o corpo, é uma experiência subjetiva. As imagens corporais são multifacetadas, as suas mudanças podem ocorrer em muitas dimensões. As experiências da imagem corporal são permeadas por sentimentos sobre nós mesmos, o modo como percebemos e vivenciamos os nossos corpos relata como percebemos a nós próprios. São determinadas socialmente, essas influencias sociais prolongam-se por toda a vida. As imagens corporais não são fixas ou estáticas, aspetos da nossa experiência corporal são constantemente modificados. As imagens corporais influenciam o processamento de informações, sugestionando-nos a ver o que esperamos ver. A maneira como sentimos e pensamos o nosso corpo influencia o modo como percebemos o mundo. Influenciam o comportamento, particularmente as relações interpessoais.

O corpo e a sua utilização passam por um processo de aprendizagem construtor de hábitos. Encerra-se o ponto crucial da modificação constante da nossa auto-imagem. Esta é definida a partir das interferências sociais que sofremos e dos hábitos que criamos, moldando o nosso aspeto de existir como seres corporais (Olivier, 1995). A nossa percepção do mundo passa a ser definida a partir das tais influências, e nos sujeitamos a ver essas transformações com os limites impostos por nós mesmos. O nosso comportamento é comandado por esses limites, que são as percepções individuais que criamos e sobre as quais exercemos certo controle, e que também afetam as relações interpessoais, na medida em que acolhemos uma imagem corporal tendo em vista a sua mobilidade e transformação constante, estabelecendo uma

interface de relacionamentos que se moldam pela nossa própria imagem e a do outro. A imagem corporal, no seu resultado final, é uma unidade. Mas essa unidade não é rígida, e sim passível de transformações (Schilder, 1999). Essa unidade são todas as possibilidades de unir as diversas relações e experiências que desenvolvemos ao longo da nossa vida, procurando sentido através de uma totalidade corporal e imagética de nós mesmos em constante transformação.

O ato de construir discursos e imagens corporais de nós mesmos resulta em revelar a descoberta de imagens que nos permeiam de forma a nos satisfazer no maior número de correlações sociais possíveis. Faz-nos perceber que a imagem corporal é a nossa totalidade como seres humanos, concluindo que somos fruto das nossas atitudes (físicas, mentais e emocionais) e, conseqüentemente, as imagens do corpo formam-se a partir delas.

O corpo e a sua imagem são elementos simbólicos e materiais que ocupam um momento no espaço e no tempo através do conhecimento que é sempre renovável e translúcido. Transforma-se na razão direta da sua fugacidade em saber e exigir ser entendido a partir de um lugar: um lugar que o reconheça no pormenor, mas que o identifique no todo (Silva, 1999). O esquema corporal é idêntico para todos os indivíduos da espécie humana, diferenciando-o da imagem do corpo pela subjetividade que lhe é inerente, na medida que esta última está ligada ao indivíduo e à sua história (Dolto, 1984). História pessoal-relacional onde a pele e o contacto táctil (envelope táctil) assume uma função integradora dos outros envelopes psíquicos, permitindo a unificação do eu e o sentimento básico de identidade (Anzieu, 1978). Equivale a uma representação mental do nosso corpo, convertendo-se simultaneamente no ponto de referência em torno do qual se organiza o espaço circundante e as ações corporais nesse espaço, e no ponto de referência das praxias que o indivíduo constrói e organiza tendo em conta a realidade externa. A imagem define-se como sendo o modo como vemos o nosso corpo, incluindo elementos conscientes e inconscientes e, de um modo eclético dimensões perceptivas, cognitivas, emotivas e interativas (Schilder, 1999).

O modelo cognitivo-comportamental para a compreensão da imagem do corpo inclui as componentes perceptiva e afetiva assim como a atitude face a cada uma delas, na medida em que, nesta perspetiva, tudo o que é sentido é também pensado. Assim a dimensão perceptiva do corpo diz respeito à interpretação cognitiva das sensações externas ou internas. A dimensão afetiva da imagem do corpo inclui as respostas

emocionais caracterizadas pelos pensamentos conscientes sobre o corpo. A dimensão da atitude face à imagem do corpo diz respeito às ideias e normas que organizam a nossa própria visão do Eu físico (Freedman & Doob, 1990).

A imagem do corpo constitui-se com base em três aspectos:

- ♣ experiências sensoriais (auditivas, visuais, táteis, gustativas, labirínticas, quinesísticas, tónicas, etc) vividas ao nível do próprio corpo;
- ♣ percepções que acompanham as variações das sensações físicas significativas vividas com outra pessoa (desde que repetidas e constantes);
- ♣ “convivência” – ou seja, só se forma na interação ativa-passiva com uma pessoa viva que seja testemunho dessas variações sensitivas, ainda que mínimas.

3. FATORES SÓCIO-AFETIVOS

Quando se faz alguma referência a atributos negativos de uma pessoa, costuma-se usar o termo estigma. Os estigmas eram sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o “status” moral de quem os apresentava. Os sinais eram feitos com cortes ou fogo no corpo e avisavam que o portador era um escravo, um criminoso ou traidor. Uma pessoa marcada, ritualmente poluída, que devia ser evitada, especialmente em lugar público (Goffman, 1982).

Um dos problemas sérios ao definirmos ou darmos qualquer noção sobre a deficiência está na imagem que temos das pessoas deficientes. Uma pessoa com lesão medular traumática, anteriormente a sua lesão, provavelmente possuía uma imagem mental das pessoas deficientes. Ao se tornar uma delas, esta pessoa associará esta imagem a si próprio. Se a imagem anterior for estigmatizada, o processo de aceitação da deficiência física será dificultado (Ribas, 1994). Se a deficiência não pode ser mudada, ele deve ser aceita como qualquer outra realidade, agradável ou não, se é que a pessoa deve sobreviver e crescer. O que não precisa ser aceito é a incapacitação desnecessária imposta às pessoas deficientes por um mundo desadaptado ou mal projetado, ou ainda por seu próprio insucesso em aceitar o que existe e continuar daí (Vash, 1988).

A palavra “deficiente” tem um significado muito forte. De certo modo ela se opõe à palavra “eficiente”. Ser “deficiente”, antes de tudo, é não ser “capaz”, não ser “eficaz”. Pode até ser que, conhecendo melhor a pessoa, venhamos a perceber que ela não é tão “deficiente” assim. Mas, até lá, até segunda ordem, o “deficiente” é o “não-

eficiente”. O público, na maioria das vezes muito sensibilizado, percebe a condição de deficiência física através de uma nova perspectiva, com alegria, capacidades e beleza. Este novo olhar sobre a condição de deficiência física pode, ser um dos meios para se iniciar um processo de conscientização da sociedade e consequentemente a transformação do estigma social sofrido pelas pessoas com deficiência (Ribas, 1994).

Todas as pessoas sabem que no contexto social o tipo ideal corresponde, no mínimo, a um ser: jovem, do gênero masculino, branco, cristão, heterossexual, física e mentalmente perfeito, belo e produtivo. A aproximação ou semelhança com essa idealização na sua totalidade ou particularidade é perseguida, consciente ou inconscientemente, por todos nós, uma vez que o afastamento dela caracteriza a diferença significativa, o desvio, a anormalidade. E o fato é que muitos de nós, embora não correspondendo a esse protótipo ideologicamente construído, o utilizamos no nosso cotidiano para a categorização/validação do outro (Amaral, 1998). No conjunto dos valores sociais culturais que definem o indivíduo “normal”, estão incluídos “padrões” de beleza e estética voltados para um corpo esculturalmente bem-formado. Aqueles que fogem dos padrões, de certa forma agredem a “normalidade” e se colocam à parte da sociedade. Não é preciso ser deficiente para não ser reconhecido pela sua própria sociedade. O negro, o homossexual, o louco e até qualquer um que divirja das normas e regras da ordem social podem ser consideradas “desviantes” e assim situarem-se fora da sociedade. O “desviante” é aquele que não está integrado, que não está adaptado, que não se apresenta física e/ou intelectualmente normal, e, portanto encontra-se à parte das regras e das normas. Deste modo, o que mede o desvio ou a diferença social são os parâmetros estabelecidos pela organização sociocultural (Ribas, 1985). Verifica-se assim, que quanto mais identificável com o “tipo ideal-padrão” mais humano uma pessoa se torna e mais direitos lhe serão reconhecidos. Ao contrário, quanto mais afastado do tipo padrão uma pessoa se apresentar menos humana parecerá aos outros e, em consequência, menos direitos lhe serão garantidos. Isso porque, o grupo dominante, que é em geral aquele que personifica o “tipo ideal”, tende a padronizar tudo ao seu redor, de modo que melhor lhe convenha.

A reprodução sistematizada e institucionalizada da crença que a pessoa com deficiência é um ser frágil, inferior e incapaz, faz com que a exclusão seja aceita pelos demais membros da sociedade como algo “natural”. A existência de um sistema de

representações que oferece sentido e ordenação ao mundo perceptível é o que se chama de cultura, ou seja, aquilo que assegura a existência de um grupo humano como tal. Tudo que foge à ordenação da cultura, tudo o que representa o insólito, o estranho, o anormal, tudo que é intersticial e ambíguo, tudo que é anômalo, tudo o que é desestruturado, pré-estruturado e anti estruturado, tudo o que está a meio caminho entre o que é próximo e previsível e o que está longínquo e fora das nossas preocupações, tudo o que está simultaneamente na nossa proximidade imediata e fora do nosso controle é sinal de inquietação e terror, convertendo-se imediatamente em fonte de perigo, e o perigo é claro, negando a ordenação do mundo estabelecida pelo grupo, nega-se a experiência do próprio grupo (Amaral & Coelho, 2006).

Ao abordar o tema da deficiência, é relevante tratar a questão inserida no contexto social, pois é a sociedade, em grande parte que define a deficiência como uma incapacidade, e é o indivíduo quem sofre as consequências dessa visão preconceituosa.

É a sociedade quem cria os incapazes, o impacto debilitante na vida das pessoas frequentemente não é resultado tanto da “deficiência” quanto da forma como os outros definem ou tratam o indivíduo. Institucionalizamos e consequentemente estigmatizamos centenas de pessoas com necessidades especiais e seus familiares. Estes meios estereotipados de tratar as pessoas com necessidades especiais, refletem a maneira como o consideramos, isto é, para a sociedade os indivíduos com deficiências não têm interesse ou habilidade para interagir com a sociedade mais ampla.

A sociedade estabelece padrões físicos de perfeição e beleza que variam dentro de cada cultura. Os ambientes sociais estabelecem as categorias de pessoas que podem ser encontradas neles e as rotinas de relação social em ambientes estabelecidos nos permitem um relacionamento com diferentes pessoas sem atributos físicos que chamam atenção. Baseando-nos nessas pré-concepções constatamos que os padrões de perfeição física estão pré-condicionados, antes que seja criado o próprio padrão individual de cada um de nós. Quando um estranho nos é apresentado, o primeiro aspecto que observamos é o atributo físico. A reação inicial de quando olhamos para o indivíduo com deficiência ligada a atributos físicos, é de afastamento ou medo. A aparência física tem grande influência no comportamento de cada um, pois temos expectativas normativas com relação ao outro, seja na interação, na comunicação e

nos relacionamentos humanos. A curiosidade é algo que faz parte da vida das pessoas. A deficiência é seguida de olhares curiosos na busca da imperfeição e da anormalidade (Goffman, 1982).

É a sociedade quem cria os incapazes, o impacto debilitante na vida das pessoas frequentemente não é resultado tanto da “deficiência” quanto da forma como os outros definem ou tratam o indivíduo. Institucionalizamos e consequentemente estigmatizamos centenas de pessoas com necessidades especiais e seus familiares. Estes meios estereotipados de tratar as pessoas com necessidades especiais, refletem a maneira como o consideramos, isto é, para a sociedade os indivíduos com deficiências não têm interesse ou habilidade para interagir com a sociedade mais ampla.

O termo deficiência remete para a ideia de falta, falha, carência, imperfeição, defeito, insuficiência. Esta falta de igualdade ou semelhança apoia-se, de modo fundamental, no plano da imagem, a imagem do outro. O uso de cadeiras de rodas tem sido também descrito como um fator de constrangimento para os deficientes motores. Mantém-se a imagem de que os utilizadores de cadeiras de rodas dependem, necessariamente, de terceiros e de cuidados terapêuticos contínuos. A própria reabilitação considera, primeiramente, a incapacidade, em detrimento do potencial físico, intelectual e social dos indivíduos (Sapey, Stewart & Donaldson, 2004). Ser deficiente físico na nossa sociedade é viver em permanente conflito com a incapacidade, com a dificuldade de ser aceite por si mesmo e pelos outros. O estigma da deficiência interfere em todos os aspetos da vida da pessoa, criando preconceitos, favorecendo a discriminação, dificultando a realização plena do indivíduo. No que diz respeito à mudança da atitude social em relação às pessoas com deficiência, esta tem sido lenta e preconceituosa. Desde há muito tempo os indivíduos deficientes são apontados como "diferentes", sendo muitas vezes alvo de ações desumanas por parte de antigas sociedades, onde as crianças com qualquer tipo de imperfeição eram mortas à nascença. Simultaneamente a uma evolução nos restantes domínios sociais, surge um diferente estatuto social da pessoa com deficiência. O preconceito é substituído pela misericórdia e nasce, no século XX, uma corrente de apoio que dá origem a um conjunto de normas e políticas educativas e reabilitativas a favor da integração destes indivíduos na sociedade.

O conceito de “normalidade” desempenha um importante papel sobre os pontos de

vista e percepções do mundo e das pessoas. Para a maior parte da população, o conceito de normalidade está historicamente e culturalmente estabelecido, e como tal, um conceito universal de normalidade torna-se impossível (Brittain, 2004). O preconceito está associado ao reconhecimento da diferença (Morris, 1993). Em teoria normal pode ser uma palavra, que se refere meramente àquilo que é comum, e desta forma, ser diferente do normal não conduzirá, necessariamente, ao preconceito. Na prática, esta palavra é inerente às concepções sobre o que é certo, o que é desejável, o que serve de referência.

Para a multiplicidade das disciplinas, desde a sociologia médica à psicologia social, persiste a noção de que as pessoas com incapacidade são anormais, no sentido em que a sua lesão pode ser explicada, apenas, com base no desvio de um “modelo-padrão” (Abberley, 1993). Numa tentativa de compreender o corpo com deficiência, deve recorrer-se ao conceito de norma, ao corpo normal, sendo que, o problema não é a pessoa com incapacidade, mas a forma como a normalidade é instituída, criando o problema à pessoa deficiente (Davis, 1997). Estudos mostram que adolescentes com deficiências físicas apresentam níveis mais baixos em sub-escalas de imagem corporal e auto-conceito que jovens fisicamente íntegros (Cromer, *et al.*, 1990). Provavelmente pelo fato de o elemento físico ser um fator importante no desenvolvimento do indivíduo, a deficiência física afeta o nível de satisfação corporal e o auto-conceito (Lawrence, 1991). A resposta do ambiente social é um forte mediador da satisfação corporal entre as pessoas com deficiência física. Relativamente ao fato de o deficiente ser ou não física e sexualmente atrativo para os outros, parece ter influência a resposta negativa da sociedade em que se insere, tal como os protótipos sociais, incongruentes com a deficiência física, ou a dificuldade em encontrar um parceiro sexual (Taleporos & McCabe, 2001). Num estudo sobre a imagem corporal concluiu-se que os níveis de satisfação ou insatisfação corporal de homens com distúrbios de mobilidade eram similares aos de homens sem qualquer deficiência (Samonds & Cammermeyer, 1989). Da mesma forma, num estudo com mulheres com incapacidade física verificou-se que a maior parte das mulheres com deficiência sentem-se algo menos atrativas apenas relativamente ao sexo oposto (Ben-Tovim & Walker, 1995).

O ser humano não tem apenas apetência sexual instintivamente programada, mas tem, também, necessidades e capacidades afetivas que frequentemente se associam à actividade sexual (López & Fuertes, 1998). A afetividade, que até ao período da

adolescência era circunscrita à família, passa a orientar-se mais intensamente noutro sentido; as relações alargam-se a outros amigos, amigas e a outros adultos. Na adolescência, a sexualidade manifesta-se de uma forma mais intensa e clara, e o adolescente começa a estabelecer a ligação entre a sexualidade e a afetividade (Miguel, 1994).

É no período da adolescência que os jovens de ambos os sexos passam a sentir o desejo intenso de estabelecer com outra pessoa uma relação afetiva especial, o namoro. O namoro constitui um aspeto muito importante no desenvolvimento afetivo dos adolescentes: pelo reforço da identificação feminina ou masculina, pela maior segurança que obtém pelo facto de se sentirem amados, pela experiência de um diálogo mais profundo e sincero e pela vivência do prazer em tornar mais feliz o outro. Em contrapartida a ruptura do namoro, especialmente se esta não é de comum acordo, pode trazer problemas aos adolescentes tais como: sofrimento pela perda afetiva, sentimentos de inferioridade pela parte do que se sente abandonado, sentimentos de culpa por parte do que abandona e dificuldade de estabelecimento de futuras relações de namoro, pelo medo da desilusão e do sofrimento (Miguel, 1994).

A sexualidade é genitalidade, mas é também afetividade, é conhecimento de si e do outro, é relacionamento consigo e com o outro, é respeito e compreensão de si e do outro, é projeto, é realização plena de si. Acreditar que a sexualidade constitui uma dimensão importante no desenvolvimento global da personalidade, implica, um processo de educação sexual e educação da afetividade que predisponha à capacidade de observar, de analisar e valorizar o outro, ser capaz de auto-analisar, auto-valorizar, e, expressar adequadamente os próprios sentimentos como ponto fulcral para uma sexualidade bem conseguida (Leitão, 1990).

Existem três estágios no ciclo vital de uma família: expansão, referente à formação de um casal para a construção de uma nova família e/ou nascimento e adolescência dos filhos; dispersão, compreendendo a saída dos filhos de casa e/ou divórcio/separação dos cônjuges; e substituição, referente à morte dos avós, envelhecimento, doença e morte dos pais e/ou formação de novos núcleos familiares (Osório, 1996). A família pressupõe de nós (união de duas pessoas) e a filosofia liberal valoriza e exacerba o eu. Ou seja, mesmo sendo necessária uma identidade conjugal, conseguida através das interações das pessoas que decidem constituir uma família, os ideais contemporâneos enfatizam a autonomia e a satisfação de cada um, nos seus planos e

nas aspirações de vida (Féres-Carneiro, 1998). A família é formada por pessoas que interagem por variados motivos, tais como afetividade e reprodução, dentro de um processo histórico de vida, mesmo não habitando o mesmo espaço físico. Desenvolve-se compartilhando uma relação social dinâmica, a partir de um sistema de crenças, valores e normas, estruturados na cultura da família, conforme a classe social na qual está inserida (Patrício, 1994). A partir do Século XIX, o casamento torna-se uma união de indivíduos em vez de apenas uma união de duas linhagens, apesar de os jovens já terem conquistado o direito de casar-se com um mínimo de interferência direta dos pais (Lasch, 1987).

CAPÍTULO III. – SEXUALIDADE E DEFICIÊNCIA

1. CRENÇAS E PRECONCEITOS

A sexualidade ampla, independentemente de se ter ou não uma deficiência, existe e se manifesta em todo ser humano. O erotismo, o desejo, a construção de gênero, os sentimentos de amor, as relações afetivas e sexuais, são expressões potencialmente existentes em toda pessoa, também naqueles que têm deficiências (Daniels, 1981 & Anderson, 2000). As expressões da sexualidade são múltiplas e variadas tanto para deficientes como para não-deficientes. Em qualquer caso não é possível determinar se a vida sexual e afetiva será satisfatória ou não e é importante lembrar que em diferentes momentos da vida, dificuldades e facilidades vão ocorrer em maior ou menor grau para todos. Entre as pessoas com deficiências o mesmo acontece e seria injusto generalizar, rotular e estigmatizar quem é a pessoa com deficiência, seus potenciais e seus limites, em função de rótulos, sem considerar o contexto social, económico, educacional em que o sujeito se desenvolve e sem considerar a diversidade entre as pessoas com deficiências. Não é possível afirmar a priori as dificuldades que elas terão ou não no campo sexual (Daniels, 1981). Apesar dessas constatações, o que prevalece nos discursos de familiares e da comunidade é a generalização de ideias preconceituosas a respeito da sexualidade de pessoas com deficiência como se essa fosse sempre atípica ou infeliz. Essas ideias são baseadas em estereótipos sobre o deficiente mantidos por crenças errôneas que o colocam como alguém incapaz e limitado.

Do mesmo modo como a sexualidade, a deficiência é um fenômeno socialmente construído na medida em que o julgamento sobre a diferença impregnada ao corpo do deficiente dependerá do momento histórico e cultural e, em geral, a avaliação social que se tem da deficiência é a de que ela explicita um corpo não funcional e imperfeito e daí impõe ao sujeito uma desvantagem social (Amaral, 1995). Apesar dos avanços, a partir do paradigma da inclusão social, as concepções de deficiência e diferença são também socioculturais e ainda se configuram como marcas de descrédito social. A desvantagem social atribuída aos estigmatizados pela deficiência configura-se num grande obstáculo à vida em sociedade (Amaral, 1995). Quando se estigmatiza a pessoa pela sua deficiência, corre-se o risco de estabelecer um relacionamento com o rótulo e não com o indivíduo e isso levaria a uma idealização do que seria a vida particular de pessoas com deficiência: a vida dos cegos, dos surdos, dos deficientes físicos, etc., é explicada em função da deficiência, o que seria um modo simplista de compreender a questão. O próprio sujeito estigmatizado incorpora determinadas representações e se identifica com essas tipificações. Além disso, ser deficiente quer dizer que se é categorizado como tal em função de conceitos de normalidade social que são históricos. Os padrões que representam a normalidade social não são apenas relacionados à capacidade produtiva e funcional (Blanchetti, 1998), mas também aos relacionamentos afetivos e sexuais.

Os mitos sobre a sexualidade e deficiência referem-se às ideias, discursos, crenças que são ideológicas e que existem para manter e reproduzir as relações de dominação de uns sobre os outros. São mitos como uma expressão que identifica o conjunto de ideias preconceituosas e limitadas, em geral, crenças reproduzidas sem fundamento, apenas baseadas em preceitos ou pré-conceitos e atribuídas a um grupo específico em determinada condição (Highwater, 1992). A propensão a generalizar utilizando estereótipos sobre as possíveis problematizações, no caso da sexualidade de deficientes, é uma simplificação que responde à demanda imediata do pensamento, valendo-se de conteúdos e juízos de valor incorporados, conforme a condição e posição hierárquica social (Silva, 2006). Conhecer e esclarecer os mitos e ideias erradas sobre sexualidade das pessoas com deficiências é uma tarefa importante porque essas crenças podem afetar a todos, quando por meio delas se incentivam as relações de discriminação e de dominação que podem ocorrer entre não-deficientes sobre os deficientes, entre homens com deficiência sobre as mulheres com deficiência, entre pessoas com deficiências menos comprometedoras sobre as que

têm maior comprometimento. Se essas crenças são assimiladas por pessoas deficientes isso poderá aumentar os seus sentimentos negativos de desvalia e inibir a expressão de uma sexualidade favorável. Se elas são assimiladas por pessoas não-deficientes isso pode justificar o modo limitado como se julgam os deficientes: uma visão da vida sexual e afetiva assexuada, frágil e desinteressante (Anderson, 2000).

A reprodução dos mitos tem a ver com o medo que as pessoas têm diante do estigma da deficiência a partir de um corpo marcado pela deficiência e fragmentado pela imperfeição que se desvia tanto dos padrões de normalidade vigentes e que colocam as pessoas na sua condição de vulnerabilidade e diante da inevitável fragilidade humana (Goffman, 1982). Muitas pessoas não deficientes acreditam que nunca serão deficientes e os deficientes são, portanto, vistos como essencialmente diferentes deles. Ao distanciar de si mesmos tudo que se relacione com deficiência explicita-se uma atitude de negação, um mecanismo subjetivo em relação ao outro porque aquele corpo remete ao medo de que o corpo normal, que é frágil e vulnerável, se identifique com o corpo deficiente, e porque essa é uma condição possível para todos (Crochik, 1997). O preconceito materializa um mecanismo de defesa diante do encontro entre as pessoas quando um é a ameaça ao outro por ser algo novo, diferente e temeroso e em decorrência disso, temos a propensão a generalizar utilizando estereótipos sobre as possíveis problematizações que são simplificações que respondem à demanda imediata do pensamento, valendo-se de conteúdos e juízos de valor incorporados, conforme a condição e posição hierárquica social. O preconceito relativamente a pessoas com deficiência configura-se como um mecanismo de negação social, uma vez que suas diferenças são ressaltadas como uma falta, carência ou impossibilidade. A estrutura funcional da sociedade demanda pessoas fortes, que tenham um corpo 'saudável', que sejam eficientes para competir no mercado de trabalho. O corpo fora de ordem, a sensibilidade dos fracos, é um obstáculo à produção. Os considerados fortes sentem-se ameaçados pela lembrança da fragilidade, factível, conquanto se é humano (Silva, 2006). Os mitos abrangem os modelos normativos relativos à sexualidade (vida social, afetiva e amorosa que envolve os relacionamentos, a auto-imagem, questões de estética e atratividade, sedução, questões de gênero) e às práticas sexuais (desempenho sexual funcional e o sexo considerado saudável). Em todos os casos, baseiam-se em modelos normativos que são ideológicos e construídos socialmente e prometem uma felicidade idealizada e exagerada a todos nós, mas que atinge, diretamente, àqueles que vivem com uma deficiência visível e

por ela são estigmatizados. As crenças sobre a sexualidade das pessoas com deficiências em geral, referem-se a um modo generalizado de ver o outro estigmatizado pela deficiência (Vash, 1988).

Há uma ideia geral de que pessoas com deficiências são assexuadas e isso está diretamente relacionado com a crença de que essas pessoas são dependentes e infantis e, portanto, não seriam capazes de usufruir uma vida sexual adulta (França-Ribeiro, 2001). O olhar para o deficiente como alguém infantil é muito comum, porque em geral, relacionam-se à dependência aspectos como a imaturidade emocional e a infantilidade (Schor, 2005). Pode-se ter a idade avançada, aspectos cognitivos íntegros, sentimentos de desejo sexual, mas se for preciso ajuda para se alimentar ou se limpar, essa pessoa é considerado pelos outros como uma criança (Kaufman, Silverberg & Odette, 2003). Até mesmo na infância, a sexualidade não pode ser negada ou omitida no sentido libidinal porque ela existe desde o nascimento, mesmo que se considerasse o deficiente como alguém infantil, ainda assim, ele seria uma pessoa dotada da sexualidade (Gherpelli, 1995). Não se estimulam os programas de orientação/educação sexual porque entende-se que nem seria preciso falar sobre sexo àqueles que são assexuados. Por outro lado, há também uma crença de que se falar sobre sexo pode estimular a prática sexual, aumentariam as oportunidades de ocorrerem relações sexuais e ou gravidezes e isso é temeroso para muitas famílias, cuidadores, etc., principalmente quando há uma deficiência cognitiva associada. A ignorância sexual acaba sendo um grande obstáculo para que as pessoas com deficiência possam evitar a violência e, portanto, programas de orientação/educação sexual poderiam ajudar essas pessoas a usufruir a sexualidade plena e saudável com responsabilidade.

O interesse por sexo é variável entre pessoas com deficiências e entre não-deficientes. No caso dos deficientes o fato das pessoas acreditarem que a sua sexualidade é exagerada tem mais a ver com a expressão pública de comportamentos sexuais do que com a frequência com que eles ocorrem, principalmente entre aqueles com deficiência intelectual. Não há relação entre sexualidade exagerada e as questões orgânicas da deficiência (Amaral, 1995). Devido ao fato de que recebem poucas informações sobre sexualidade e têm poucas oportunidades de socialização, a expressão considerada inadequada dos desejos sexuais nas pessoas com deficiência, refere-se à manifestação da sexualidade que não corresponde às regras sociais e isso

prejudica a imagem que as pessoas têm do deficiente que os colocam como dotados de uma sexualidade atípica. Desse modo o desejo, que é normal em todo ser humano, aparece como diferenciado e exagerado pela sua exteriorização inadequada (Assumpção Junior & Sprovieri, 1993). A crença de que as pessoas com deficiência não têm sexualidade é tanta que mesmo entre aqueles que consideram existente a sexualidade não veem essas pessoas da mesma forma dos que têm vida sexual ativa. Como consequência disso não se imagina que as pessoas com deficiência são vulneráveis ao contágio de doenças sexualmente transmissíveis ou ao envolvimento em crimes sexuais. Assim, é incomum se imaginar alguém numa cadeia de rodas ou com outras deficiências numa relação sado-masoquista, exercendo relações de poder e violência, abusando de menores, prostituindo-se, travestindo-se etc. (Kaufman, Silverberg & Odette, 2003). Os padrões definidores de normalidade sexual impõem um sexo que envolve protagonistas de corpo perfeito, magro, esbelto, que tenham boa saúde, etc, mas esses padrões existem para todos nós e prejudicam a todos. A possibilidade encontrar um parceiro sexual e amoroso parece depender de modelos de estética e de desempenho, mas isso não impede que pessoas com deficiência possam se relacionar amorosamente de modo satisfatório e gratificante (Werebe, 1984). O fato de ter uma parte do corpo não funcional, de precisar de algum tipo de auxílio e ajuda em função da sua deficiência antes de dar e receber prazer pode torná-lo degradante e pouco erótico aos outros, mas não impede os vínculos amorosos e sexuais (Kaufman, Silverberg & Odette, 2003 & Puhlmann, 2000). A deficiência pode representar um estigma que prejudica a imagem para o (a) outro (a), mas não impede a pessoa de encontrar alguém para amar e ser amado. Não há provas de que deficientes separam e rompem relacionamentos com mais frequência do que não-deficientes (Vash, 1988). Essa crença baseia-se num preconceito de que pessoas com deficiências não poderiam ser desejáveis aos outros e que se relacionar amorosamente com um deficiente seria algo deplorável e digno de piedade. Se toda a sociedade alimenta um estigma de que alguém com deficiência é merecedor de piedade, a própria pessoa com deficiência é tentada a incorporar esse preconceito em si mesmo, o que aumenta os seus sentimentos de desvalia (Werebe, 1984). São comuns os sentimentos de pena a todos aqueles que não gozam de boa saúde ou que não correspondem a uma condição normativa incentivando os olhares discriminativos sobre aqueles que têm uma diferença (Moura, 1992). Embora haja um pressuposto social do que se é desejável amar e de quais seriam os estereótipos físicos que contam significativamente nos processos de conquista, não se pode delimitar a

possibilidade de enamoramento a tais padrões rígidos. Muitas vezes, o amor se estabelece no cotidiano das relações interpessoais a partir de motivações diversas e, assim, são as características psicológicas individuais do sujeito que consolidam uma relação de cumplicidade amorosa e não as características exteriores, como, por exemplo, a cor da pele, o tipo de cabelo, a massa corporal ou também o corpo perfeito (Maia, 2001). Os membros familiares também são atingidos pelos preconceitos sociais que atingem as pessoas com deficiências e se tornam importantes mediadores para ajudar a pessoa com deficiência a enfrentar os desafios e dificuldades (Sorrentino, 1990). Nesse sentido, as próprias famílias das pessoas com deficiência costumam questionar-se é possível alguém não-deficiente apaixonar-se e viver uma relação amorosa e sexual com o deficiente e espera, quando compreende seu(a) filho(a) como sexuado, que ele(a) encontre um par amoroso igualmente deficiente como se ela também denegrisse a representação de uma vida saudável. Por outro lado, a família pode desejar que seus(as) filhos(as) com deficiência namorem e se casem com não-deficientes visando aproximá-los de uma condição normal. Em todos os casos, o preconceito fica evidente: toda a estrutura familiar é estigmatizada pela deficiência (Omote, 1999). A família também tem representações sobre a sexualidade do deficiente e tanto pode facilitar os relacionamentos interpessoais incentivando a independência e a socialização do membro familiar deficiente, como também pode prejudicá-lo, superprotegendo-o, isolando-o e, portanto, negando a ele possibilidades de viver vínculos afetivos diversos, o que alimenta ainda mais os preconceitos sociais já existentes (Werebe, 1984).

A deficiência pode até comprometer alguma fase da resposta sexual, mas isso não impede a pessoa de ter sexualidade e de vivê-la prazerosamente (Salimene, 1995). Na expressão do sexo normal e prazeroso há a necessidade de penetração vaginal e orgasmos. A prática sexual que não é completa com esses atributos é considerada menor, como o sexo oral ou a masturbação, por exemplo, mas pessoas de todo tipo se masturbam e se satisfazem com essa prática sexual (Baer, 2003). Outro conceito normativo comum é a ideia de que sexo é uma atividade espontânea, algo que vem naturalmente como o amor verdadeiro. Isso também afeta a todos que procuram a satisfação sexual a partir modelos idealizados e mediáticos, por exemplo, e temos dificuldades em reconhecer no cotidiano que o sexo inclui um aprendizado (Puhlmann, 2000). No caso de pessoas com deficiência que, muitas vezes, para as relações sexuais, precisam realizar o planejamento e as adequações do ambiente e isso torna-

se um problema ainda maior porque nessas condições o sexo não será nunca espontâneo e isso, no entanto, não inviabiliza a possibilidade de sentimentos de prazer e satisfação sexual. Sentimo-nos atraídos sexual e afetivamente por certas pessoas, mas raras vezes essa atração contraria os gostos ou preconceitos de classe, “raça”, religião ou posição económico-social que limitam o rol dos que “merecem ser amados” (Costa, 1998). A própria sociedade dificulta a possibilidade de pessoas com deficiência de exercerem a sexualidade porque não disponibiliza igualmente para todas as oportunidades de privacidade, o que se torna uma barreira para muitas pessoas com deficiência para exercer uma sexualidade positiva, que é ainda mais evidente em instituições onde o controle e a vigilância não permitem a privacidade e o fato dela não existir conduz à ideia de que o sexo vai ser inexistente, perigoso ou dificultoso para essas pessoas (Werebe, 1984).

O modo preconceituoso com que a sociedade lida com a sexualidade de pessoas com deficiência tem a ver com a maneira pela qual, em geral, se tratam das diferenças em relação aos padrões definidores de normalidade. Devido a esses padrões de comportamento, que não dizem respeito somente aos aspetos laborais e económicos, mas também aos aspetos afetivos e sexuais, construímos uma noção de sexualidade feliz que coloca em desvantagem aqueles que são diferentes, no caso, deficientes e que, de modo equivocado, são colocados de lado dessa possibilidade justificando-se a partir de crenças preconceituosas.

2. A VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Toda pessoa com deficiência é uma pessoa íntegra na sua sexualidade. Isto é, independentemente das possíveis limitações e complicações que possam ocorrer na manifestação sexual, ninguém se torna assexuado em função de uma incapacidade física, sensorial ou mental (Blackburn, 2002). Compreende-se por sexualidade um conjunto de concepções e valores que envolvem a intencionalidade humana e a expressão afetiva de cunho social e histórico. A sexualidade abarca, então, uma amplitude de condutas humanas, para além da sua genitalidade e não deve ser entendida, exclusivamente, como sinónimo de sexo, relação sexual, orgasmo, órgãos sexuais, mas sim, na sua dimensão ampla e cultural que abrange diferentes aspetos como o amor, relacionamentos afetivos e sexuais, a sensualidade, o erotismo e o prazer, a expressão da identidade e dos papéis sexuais etc. (Chauí, 1985). A sociedade encara a sexualidade da pessoa com deficiência como sendo patológica, isto é, por um lado, a sexualidade é compreendida como angelical, infantil ou até

mesmo inexistente; e, por outro, uma sexualidade instintiva, agressiva, animalesca e incontrolável. Neste sentido, é comum o entendimento da sexualidade da pessoa com deficiência sob essas duas premissas: ou tais pessoas são vistas como *anjos*, quando a sexualidade é reprimida e não manifesta, ou como *feras*, quando é expressa, explícita, e muitas vezes, inadequada. Nos dois casos, há uma percepção distorcida sobre a vida afetiva e sexual dessas pessoas (Amaral, 1994). Para a pessoa com deficiência, a descoberta do corpo e do prazer em manipulá-lo pode ocorrer tardiamente, na puberdade, quando o corpo já está desenvolvido; os deficientes podem manifestar inadequadamente essas condutas por falta de aprendizagem, o que pode levá-los à ansiedade e a sofrer repressões sociais.

Com o avanço da idade, a socialização e a interação com outras pessoas podem ficar ainda mais restritivas, limitadas ao ambiente da família e da escola, de modo que muitas pessoas com deficiência possam ter dificuldades para discriminar códigos de conduta e regras sociais. Por isso, muitas pessoas compreendem a sexualidade da pessoa com deficiência como incontrolável em relação aos desejos e comportamentos, o que é, na verdade, fruto de uma educação inadequada em relação a essa questão e não a um atributo inerente e imutável, próprio à deficiência (Assumpção Júnior & Sprovieri, 1993). O desenvolvimento de uma sexualidade adequada e prazerosa, para essas pessoas, vai depender da elaboração e da aplicação de estratégias educacionais eficazes, que proporcionem uma expressão saudável da sexualidade para que esta não seja encarada como diferente ou patológica (Assumpção Júnior & Sprovieri, 1987 & Maia, 2001). Em geral, pessoas com deficiência são privadas de orientação sexual e é essa desinformação geral que estimula o preconceito e restringe o direito dessas pessoas ao exercício de uma vida sexual livre, plena e satisfatória (Anderson, 2000). Na adolescência, as pessoas com deficiência, por estarem expostas às mesmas normas sociais que as não-deficientes, anseiam pelo estabelecimento de uma relação amorosa e poderão manifestar o interesse por relacionamentos afetivos e sexuais (Amaral, 1994). Se a pessoa com deficiência puder vivenciar uma maior interação social, relacionando-se com outros jovens na sala de aula ou em outras atividades, é provável que ela queira namorar, como os outros colegas o fazem. Dependendo da natureza das deficiências e das suas especificidades podem ocorrer diferentes situações de ansiedade, auto-imagem negativa e baixa confiança em maior ou menor grau (Buscaglia, 1997). É um estereótipo associar aos deficientes mentais uma incapacidade de expressar suas emoções, desejos e sentimentos. A mesma afirmação cabe em relação a qualquer tipo

de deficiência (Glat, 1992). A pouca informação a respeito de aspetos básicos da sexualidade, reflete uma educação sexual repressora, proibitiva e silenciosa, e também um acúmulo de informações mal esclarecidas e deturpadas, pois “é a infantilização e o isolamento social, e não seu quociente intelectual ou problema neurológico que os impedem de gozarem de uma vida amorosa plena e satisfatória” (Glat, 1992).

Toda criança com deficiência deve ser orientada para que, quando chegue ao período adolescente, já tenha informações sobre o seu corpo e sobre as mudanças que nele ocorrerão, pois isso pode ajudá-las a se envolverem, na idade adulta, em relacionamentos saudáveis. A orientação, sobretudo dos pais e da escola, é importante para garantir o treinamento de habilidades sociais e sexuais (Pueschel & Scola, 1988).

3. A DIFERENÇA DE GÉNERO NA SEXUALIDADE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

As pessoas com deficiência necessitam de ajuda na formação da sua identidade sexual, apontando para a necessidade da elaboração de uma imagem corporal, formação da auto-estima e construção da identidade sexual (Salimene, 1995). A construção da identidade sexual ou do gênero propriamente dita, está em estreita relação com aspetos biológicos, geneticamente determinados (anatomia e fisiologia dos caracteres e órgãos sexuais), mas em mais estreita relação com aspetos psicológicos. Ou seja, a vivência de "masculinidade" e "feminilidade" é experiência plena de conteúdos afetivos, sociais e culturais. Assim, a identidade sexual inscreve-se no amplo espectro do desenvolvimento de cada ser humano. Um elemento extremamente importante na construção da identidade sexual de experienciar a sexualidade é a imagem corporal. A condição “desviante” e/ou “estigmatizante” inerente à própria condição de deficiência afeta (em diferentes graus) a pessoa categorizada, existindo assim um grande dilema: o ser aceite como diferente e o aceitar-se como diferente (Goffman, 1982). O "ser aceito" consta em primeiro plano, pois parte-se do pressuposto da importância do "outro" na construção do eu. Espelho fecundo, o "outro" inaugura os sentimentos mais profundos e permanentes em relação a si mesmo. A aceitação de si mesmo como diferente e não obstante objeto de amor será, fator imprescindível para uma construção sólida de identidade, inclusive "corporal". Ou seja, o "acolhimento" da própria diferença/deficiência, pelo outro e por si

mesmo, será determinante da disponibilidade para a parceria, não só no exercício da sexualidade, mas na vida (Vash, 1988).

Gênero é uma categoria que envolve um conjunto de práticas, valores, símbolos, representações e normas que as sociedades elaboram a partir das diferenças sexuais anátomo-fisiológicas e que dão sentido à satisfação dos impulsos sexuais e ao relacionamento entre as pessoas (Machado). A partir dos três anos de idade, já sabemos que pertencemos ao sexo feminino ou masculino, de acordo com os modelos de gênero oferecidos pelos pais ou responsáveis. Ser homem ou ser mulher varia de acordo com as diferentes culturas e momentos do tempo social e individual. Assim, a formação da masculinidade ou feminilidade é dinâmica e varia em função da vivência sócio-cultural, possibilitando o desenvolvimento da identidade pessoal e a condição de adaptação (ou não) aos comportamentos esperados, de acordo com a época e o lugar.

No sexo em si, como em tudo o mais, o grande problema das pessoas com paralisia cerebral é a falta de coordenação motora, a qual também dificulta ou impossibilita a masturbação. A paralisia cerebral deforma suas feições físicas, tornando-os um improvável objeto de desejo de um homem ou mulher, embora uns poucos tenham atração física por pessoas nesta condição, e dificulta ou impossibilita a fala, a qual é importantíssima na sedução.

4. EDUCAÇÃO SEXUAL NA DEFICIÊNCIA

A educação sexual tem diferentes dimensões e imensa abrangência. Inclui, indiscutivelmente, o biológico, o psicológico, o social e o ético, além de ser um processo amplo e que permeia a vida de toda a sociedade, de diversas maneiras e, frequentemente, é muito controvertido (Werebe, 1977). Na sua especificidade, a educação sexual deve buscar o oferecimento de condições e meios para que o educando cresça interiormente (Cavalcanti, 1993) e seja capaz de tornar-se um cidadão, escolher e viver a sua sexualidade da melhor maneira possível, respeitando o sentido de coletividade. A educação sexual define-se como um processo que propõe um conjunto de ações diretas ou indiretas, deliberadas ou não, conscientes ou não, exercido sobre uma pessoa ao longo de seu desenvolvimento enquanto ser humano, que lhe permite situar-se em relação à sexualidade e a sua própria vida (Werebe, 1984). A sexualidade implica a expressão de uma personalidade histórica e social. Ou

seja, é um dos elementos essenciais na constituição da pessoa, na medida em que faz parte da expressão de sua personalidade, embora esta seja dinâmica e passe por modificações através dos tempos (Fagundes, 1992).

Muitas crianças e adolescentes com deficiências, das mais diversas, não recebem uma educação sexual comum à maioria das pessoas e, por isso, acabam sendo considerados, numa generalização absurda como, deficientes não só em algumas habilidades, mas também na sua sexualidade (Gale, 1989). Isso reflete um preconceito social e uma visão fragmentada das pessoas com relação aos diferentes aspectos que constituem a vida humana (biológico, psicológico e social). Na educação sexual da pessoa com deficiência o que pode ocorrer de diferente, por exemplo, são especificidades nos mecanismos de exteriorização da atividade sexual, e dificuldades quando a exploração e experimentação, tão essenciais para o desenvolvimento erótico-afetivo de qualquer pessoa, acabam sendo duplamente tolhidas no portador de deficiências que confunde limitação com incapacidade (Pinel, 1993). Os pais e os profissionais, em geral, desenvolvem uma noção da sexualidade do deficiente impregnada pela ideia de que as pessoas deficientes são ou assexuadas ou hipersexuadas, desconsiderando que as necessidades, desejos e capacidades sexuais dos deficientes são equivalentes aos das pessoas não-deficientes. A sexualidade do deficiente reforça as atitudes sociais de isolamento, segregação e ignorância em relação aos aspectos da sexualidade o que, inadvertidamente, dificulta e restringe as tentativas de uma orientação sexual consistente (Lipp, 1981). As possíveis restrições e limites que uma pessoa com deficiência pode apresentar durante a manifestação da sua sexualidade podem ser descritos sob os pontos de vista orgânico e psicossocial. Problemas orgânicos na deficiência, na maioria das vezes, não alteram a função sexual, mas complicam o desenvolvimento da sexualidade. No entanto, a grande maioria dos problemas de desenvolvimento da sexualidade é de origem psicossocial e não orgânica, e dizem respeito tanto às pessoas com deficiências como às não deficientes (Pinel, 1993). Muitas vezes, os aspectos limitadores não estão na deficiência em si, mas nas barreiras psicológicas que dela derivam: por exemplo, tédio pelas restrições físicas e/ou isolamento social, depressão, insegurança ou baixa auto-estima. Outras vezes, são barreiras físicas que limitam a pessoa deficiente ou criam e alimentam barreiras psicológicas (falta de aptidão verbal, remédios, higiene pessoal, maneirismos) e ainda podem ser barreiras sociais como isolamento, falta de convívio social entre amigos e preconceitos sociais (Gale, 1989 & Glat, 1992). Para

compreender a sexualidade da pessoa com deficiência deve valer-se de uma análise biopsicossocial das condições facilitadoras ou não, dessa pessoa no convívio com os familiares e a comunidade. Resgatam-se, assim, os aspetos do desenvolvimento psicosssexual relacionados à imagem corporal, auto-estima, dificuldade com identidade e papel sexual e vulnerabilidade à exploração sexual por terceiros. O comprometimento da imagem corporal, por exemplo, estará relacionado diretamente às dificuldades de socialização e de construção de uma identidade social. As dificuldades podem ocasionar bloqueios emocionais e carências afetivas que estimulam, nos deficientes, falsas crenças e expectativas, sentimentos de inferioridade e frustração, além de uma auto-imagem distorcida e uma auto-estima negativa (Pinel, 1993 & Gherpelli, 1995).

A sexualidade do deficiente mental, para a sua manifestação saudável, dependerá de toda uma estruturação de esquemas educacionais que proporcionem condições adequadas para sua expressão, pois com relação à dimensão erótica e sexual nada há que o diferencie das pessoas ditas normais ou não deficientes (Assumpção Jr & Sprovieri, 1993). No âmbito social, o desenvolvimento sexual da pessoa com deficiência mental pode comprometer-se com relação ao processo geral de construção da identidade sexual e da manifestação dos papéis sexuais. Na maioria das vezes, a criança com deficiência mental cresce segregada de determinados aspetos do convívio social e, como consequência, as poucas informações acabam sendo veiculadas genericamente e são assimiladas de modo deturpado no imaginário do deficiente (Pinel, 1993).

No caso das pessoas com deficiências sensoriais, visuais ou auditivas, o desenvolvimento da sexualidade pode tornar-se, de certa maneira, limitado na sua manifestação social e comprometido na possibilidade de aprendizagem e no processo de construção das representações subjetivas, da auto-imagem, da noção de estrutura corporal, do conhecimento das partes anatômicas, ou seja, nos processos psicossociais da sexualidade (Pinel, 1993). Na pessoa com deficiência física, além de todos os aspetos já apontados acima estarem associados, deve-se acrescentar a limitação espacial e orgânica da resposta sexual e os aspetos sociais nos relacionamentos interpessoais. É preciso frisar, antecipadamente, o fato de que não se colocam aqui quaisquer padrões fixos para as limitações nas deficiências de um modo geral (Salimene, 1995). É um estereótipo acreditar que as pessoas deficientes são

incapazes de analisar a sua própria vida e expressar os seus sentimentos (desejos) (Glat, 1992).

É comum que os pais esperem da escola (instituição) que dê conta de fornecer uma educação sexual adequada aos seus filhos, o que leva esses pais a esquecerem que os seus filhos, crianças, adolescentes ou adultos deficientes, têm sentimentos e anseios sexuais próprios. Esse esquecer pode acabar danificando seu potencial de desenvolvimento emocional (Dall'Alba, 1991). Atualmente, a questão da sexualidade do deficiente passou a ser proposta pelos profissionais, tanto os que exercem nos meios clínicos quanto nos educacionais. Principalmente nas questões educacionais, essa discussão ganhou espaço e popularidade atendendo os princípios de normalização, integração e/ou inclusão do deficiente na sociedade. Ainda se encontra em algumas famílias e profissionais a ideia errada, de que a sexualidade das pessoas com deficiência é intrinsecamente problemática, quando não patológica (ora exibicionista, ora sexualmente infantil) e acima de tudo prevalece um grande despreparo diante da sua manifestação no cotidiano (Glat, 1992). A cultura Ocidental ainda manifesta forte aversão à aceitação das manifestações da sexualidade entre pessoas que fogem aos padrões estabelecidos como normais. Por outro lado, o isolamento social a que os deficientes são submetidos, faz também com que as pessoas, de um modo geral, não estejam acostumadas a presenciar casais de deficientes namorando, trocando carícias, etc. A Equipa de Professores enfatiza que há ausência de oportunidades, para uma reflexão sobre o modo de os profissionais, que lidam com essa população, encararem as manifestações da sexualidade dessas pessoas e a maneira de se comportarem diante delas. Os membros do grupo não sabem como agir para diminuir a tensão sexual entre os alunos, ficando claro, que se percebem despreparados para atuarem. (França Ribeiro, 1995). A questão da sexualidade, em suma, não pode ser vista como um fato isolado dos outros aspetos da vida de uma pessoa com deficiência, visto que a sexualidade é intrínseca à dimensão humana. O maior problema da sexualidade das pessoas com deficiência, com todas as suas particularidades e possíveis limitações, não parece estar na deficiência em si, mas no conjunto de desinformações, preconceitos, tabus sociais e dos nossos próprios limites na área sexual (Denari, 1992).

5. INCLUSÃO SOCIAL E DEFICIÊNCIA

A inclusão constitui um direito fundamental e, enquanto direito fundamental, não pode ser negado a nenhum grupo social (Armstrong & Barton, 2000). A inclusão visa, pois, garantir que todos, independentemente das suas características e diferenças, acedam a uma educação de qualidade e vivam experiências significativas. É reconhecido, hoje em dia, aos alunos a quem não é permitido desenvolver as competências essenciais básicas, vão, posteriormente, apresentar dificuldades em participar na sociedade complexa dos nossos dias e em exercer, de uma forma informada e consciente, o seu direito de cidadania. A inclusão é o processo através do qual a escola tenta dar resposta a todos os alunos enquanto indivíduos ao reconsiderar a organização dos seus currículos, organização e meios para garantir o sucesso escolar. Significa a oportunidade dos indivíduos com deficiência participarem cabalmente em todas as atividades educativas, laborais, de consumo, de diversão, comunitárias e domésticas que caracterizam a sociedade quotidiana (Tilstone *et al.*, 2003). É o processo através do qual a escola tenta responder a todos os alunos enquanto indivíduos, reconhecendo e reestruturando a sua organização curricular e a provisão e utilização de recursos para melhorar a igualdade de oportunidade. Através deste processo a escola constrói a sua capacidade de aceitar os alunos que a desejem frequentar, isto é, reduz a necessidade de excluir os alunos (Rodrigues, 1983).

A pessoa com deficiência deverá ser o centro de todas as adaptações a realizar, na escola, na família, na comunidade e no Estado. De um modo geral, todos os intervenientes na inclusão devem assumir responsabilidades que a concretizem. (Correia, 2008). Relativamente ao papel da escola, esta deverá ter em conta a elaboração da planificação, que deve ser ajustada, possibilitando troca de ideias entre o aluno com necessidades educativas especiais, o professor, os pais e a comunidade. A escola deve prestar apoio aos pais e à comunidade, para a adequada integração do aluno com nee's. Ter a consciência e aceitar os diferentes estilos de aprendizagem de cada aluno, fomentando a diversidade curricular nas características de cada um e, finalmente, a escola deve apostar na formação dos seus intervenientes, quer professores, quer outros técnicos que nela participem, para que a inclusão seja feita a todos os níveis, compreendida e aceite por todos (Correia, 2008). Quanto ao papel da família, esta deve apostar na formação, com o objectivo de facilitar o trabalho com o aluno com nee's, numa continuidade de experiências, na escola e em casa. Assim, a família envolve-se mais aprofundadamente no processo de inclusão, permitindo uma boa comunicação entre si, a escola e a comunidade e levando à aceitação da criança

com nee's na escola e no meio em que se insere (Correia, 2008). Por conseguinte, a comunidade exerce o seu papel na inclusão pela participação e comunicação entre si, a escola e a família, para uma melhor adaptação do aluno. Esta deve também apoiar a criança com nee's, através de incentivos ao seu desenvolvimento social e pessoal e, finalmente, a comunidade tem também a função de sensibilizar todos para a questão da inclusão, através da prática de formações (Correia, 2008).

Por fim, o Estado, na função de inclusão, deve implementar legislações que permitam o conhecimento e prática da inclusão. Deve garantir recursos humanos e materiais essenciais para a inclusão do aluno com nee's, fomentando a prática inclusiva de acordo com as condições e o meio onde a escola se insere. Assegurar uma formação direccionada para as práticas inclusivas, nas instituições de ensino superior e, dar a conhecer à população em geral, as vantagens que a inclusão pode apresentar, no desenvolvimento e educação da pessoa com deficiência (Correia, 2008). A prática da inclusão resultará num grande apoio para este tipo de pessoas, onde estas são apoiadas nas suas necessidades, valorizadas pelas suas capacidades e competências e, se tornem compreendidas e aceites por toda a comunidade. É essencial que se crie um ambiente de ajuda, cooperação, reconhecimento, igualdade, justiça no meio escolar e no meio em que a criança se insere, com o objectivo de se atingir a aceitação pela diversidade, que é cada vez maior e que exige cada vez mais, uma visão integradora e inclusiva (Correia, 2008). A inclusão permite também um maior desenvolvimento académico e social da pessoa, devido às interações estabelecidas. Prepara a pessoa para a vida na sociedade, pois quanto mais tempo a pessoa com deficiência conviver com os outros, compreendendo as diferenças, melhor será a sua realização ao nível educacional, social e ocupacional (Correia, 2008).



PARTE II

ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO IV. - METODOLOGIA

Neste capítulo é apresentada a descrição da metodologia utilizada ao longo da investigação empírica. Inicialmente é referenciado o objectivo do estudo e as variáveis a estudar. Segue-se a descrição da população e amostra com os métodos de recolha e os respetivos procedimentos, bem como os instrumentos utilizados. Por fim são descritos os métodos estatísticos utilizados.

1. OBJETIVOS DO ESTUDO

O presente estudo, de carácter exploratório, tem por objectivo geral perceber de que forma é que as pessoas portadoras de deficiência motora percecionam a vivencia da sua sexualidade.

Como objetivos específicos pretendemos:

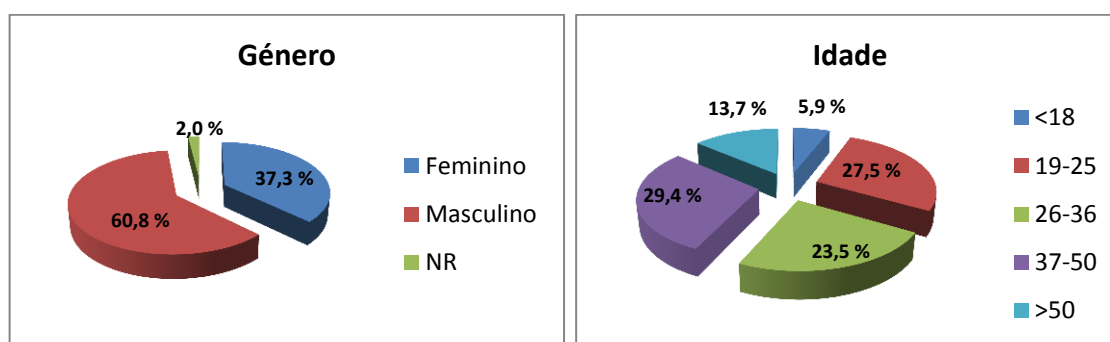
- Avaliar as informações que possuem sobre sexualidade;
- Conhecer e caracterizar aspetos da vida sexual da pessoa portadora de deficiência motora;
- Caracterizar a vivência da sexualidade por parte da pessoa portadora de deficiência motora.

2. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Participaram deste estudo 51 pessoas portadoras de deficiência do sexo masculino e feminino, com idades compreendidas entre os 13 anos e os 50 anos, como se pode verificar na tabela seguinte.

Tabela 1. – Caracterização da população-alvo do presente estudo, de acordo com a idade e o género.

		Género					
		Feminino		Masculino		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%
Idade	<18	1	5	2	6	3	6
	19-25	6	32	8	26	14	27
	26-36	4	21	8	26	12	24
	37-50	4	21	11	35	15	29
	>50	4	21	2	6	7	14
	TOTAL	19	100	31	100	51	100

**Gráficos 1. e 2.** – Caracterização da população-alvo do presente estudo, de acordo com a idade e o género.

De acordo com o Gráfico 1. pode verificar-se que, para o sexo feminino a maioria dos participantes situa-se na faixas etária <18 anos. Para o sexo masculino a média de idades predominantes são entre os 19 aos 25.

Relativamente ao número de inquiridos, por género, participaram no estudo 37,3% mulheres e 60,8% homens.

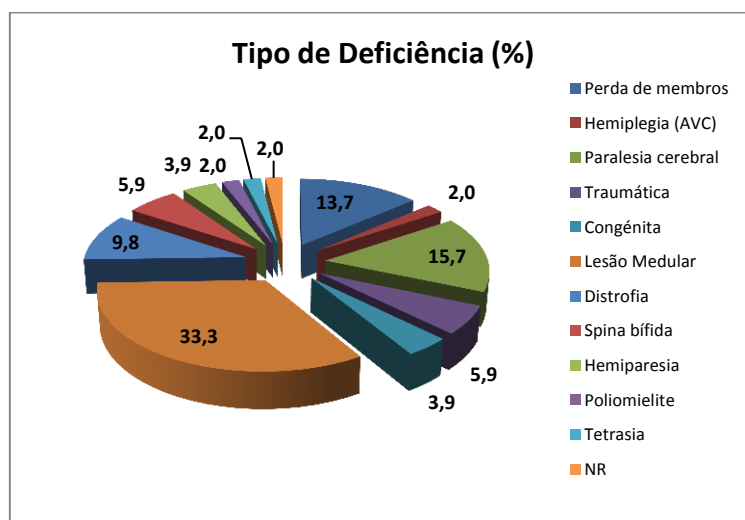
Os participantes são oriundos de duas Associações de Paralisia Cerebral: a de Évora e a de Beja e da Associação Salvador. A seleção foi realizada de acordo com os técnicos das respetivas associações, de modo a corresponder aos seguintes critérios:

- Maiores de 13 anos;
- Com autonomia mínima de modo a possibilitar a resposta própria ao questionário;
- Portadores de deficiência motora, mais especificamente portadoras de Paralisia Cerebral. Foram selecionadas aquelas pessoas que possuem uma maior autonomia de forma a poderem responder aos questionários autonomamente.

Tabela 2. – Caracterização da população-alvo do presente estudo, de acordo com o tipo de deficiência.

	Frequência	%	% Cumulativa
Perda de membros	7	13,7	13,7
Hemiplegia (AVC)	1	2,0	15,7
Paralisia cerebral	8	15,7	31,4
Traumática	3	5,9	37,3
Congénita	2	3,9	41,2
Lesão Medular	17	33,3	74,5
Distrofia	5	9,8	84,3
Spina bífida	3	5,9	90,2
Hemiparesia	2	3,9	94,1
Poliomielite	1	2,0	96,1
Tetraparesia	1	2,0	98,0
Não respondeu	1	2,0	100,0
Total	51	100,0	

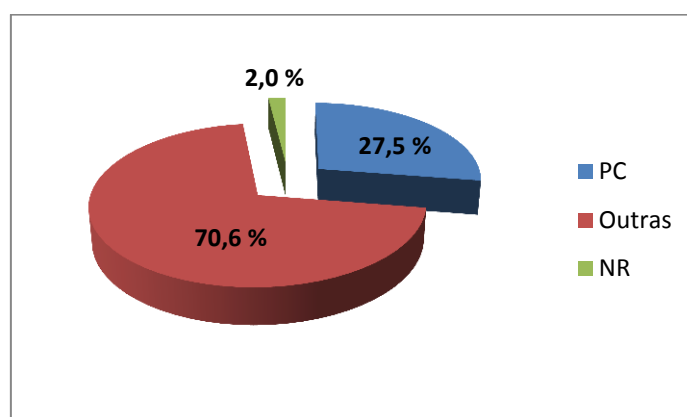
De acordo com a análise da tabela 2., pode-se verificar que dos 51 inquiridos responderam 33,3% com Lesão muscular, 15,7% com Paralisia Cerebral e 13,7% com perda de membros. Os restantes participantes representam percentagens inferiores a 10% com Distrofia, Tetraparesia, Poliomielite, Hemiparesia, Spina Bífida, Lesão Medular, Deficiência Congénita, Deficiência Traumática e Hemiplegia (AVC).

**Gráficos 3.** – Caracterização da população-alvo do presente estudo, de acordo com o tipo de deficiência.

De acordo com o Gráfico 3. pode verificar-se que, pelo tipo de deficiência, participaram no estudo 33,3% indivíduos com Lesão Medular, 15,7% Com Paralisia Cerebral e 13,7% com Perda de membros.

Tabela 3. – Caracterização da população-alvo do presente estudo, de acordo com a existência de Paralisia Cerebral/ Outro tipo de deficiência.

	Frequência	%	% Cumulativa
PC	14	27,5	27,5
Outras	36	70,6	98,0
Não respondeu	1	2,0	100,0
Total	51	100,0	



Gráficos 4. – Caracterização da população-alvo do presente estudo, de acordo com a presença ou ausência de Paralisia Cerebral (PC – Paralisia Cerebral; NR – Não respondeu).

3. PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DE RECOLHA

A fim de encontrar respostas, qualquer investigação tem de recorrer a instrumentos de recolha de dados. A natureza do problema de pesquisa determina o método de recolha a utilizar. A escolha do método faz-se em função das variáveis e da sua operacionalização e depende igualmente da estratégia de análise estatística considerada (Fortin, 1999). O objectivo fundamental do processo de recolha de dados, passa pela obtenção de descrições, relações e explicações estatísticas, podendo ser utilizadas diversas técnicas para obter de forma (Tuckman, 2000). A aplicação do questionário a uma população ou amostra permite inferências estatísticas das hipóteses elaboradas, o que permite assim deduzir ou inventariar atitudes, representações, comportamentos, motivações, processos.

Os dados do trabalho, no que se refere à pesquisa de campo, foram obtidos por meio da aplicação de questionários, direcionados a avaliar a vivência da sexualidade da pessoa portadora de deficiência motora. A elaboração do questionário deu-se em fase posterior à pesquisa bibliográfica.

O inquérito por questionário é a técnica de construção de dados que mais se compatibiliza com a racionalidade instrumental e técnica que tem predomínio nas ciências e na sociedade em geral (Ferreira, 2001). O questionário é um instrumento de múltiplas vantagens, nomeadamente a autonomia e rapidez na recolha de informação, a possibilidade de quantificar uma multiplicidade de dados, permite-se ainda apreender e analisar melhor os fenómenos sociais a partir de informações da população em questão. Os questionários foram construídos em conjunto por mim e pela orientadora de tese.

A finalidade principal do instrumento utilizado é a de recolher informação sobre qual a forma que as pessoas portadoras de deficiência motora têm de vivenciar a sua sexualidade. A sua construção resultou num conjunto amplo de perguntas que foram agrupadas em três partes. Cada parte permite-nos recolher dados de informação dos sujeitos que delineamos para esta investigação.

A primeira parte “Informação sobre Sexualidade” constituída por 8 questões permite avaliar a informação que este tipo de população tem sobre a sexualidade. A segunda parte constituída por 9 questões “Vida Sexual” tem como finalidade conhecer e caracterizar aspetos da vida sexual da pessoa portadora de deficiência motora. A terceira parte constituída por 8 questões “Vivência da Sexualidade” permite caracterizar a vivência da sexualidade por parte da pessoa portadora de deficiência motora.

3.1. ESTUDO PILOTO

Inicialmente pensou-se utilizar o questionário MSSCQ sobre o Auto-Conceito Sexual (William E. Snell, Jr.). A proposta foi feita a duas técnicas psicólogas das associações de Paralisia Cerebral que nos referiram a enorme dificuldade por parte dos utentes na resposta a esse questionário, pelo fato de muitos utentes da instituição não terem vivenciado qualquer experiência sexual. Por esta razão pensámos em construir um de raiz. Para tal tivemos os seguintes cuidados: construir questões usando a escala de Likert do tipo Sim/Não, construir questões de resposta curta e um vocabulário que

fosse relativamente fácil de compreender, de forma a facilitar o preenchimento dos utentes. As questões foram construídas partindo de áreas relevantes referenciadas na bibliografia. Posteriormente à sua construção o questionário foi reenviado para duas psicólogas/peritos da instituições para nos dar o *feedback* em relação a construção do mesmo. Após ajustamentos, chegámos a esta versão final.

3.2. INSTRUMENTO

A análise realizada no presente trabalho, seguiu uma metodologia quantitativa. Amplamente utilizada, esta metodologia é caracterizada, principalmente, pela quantificação na recolha de dados e pelo tratamento estatístico das informações obtidas. As perguntas inseridas nos questionários são formuladas considerando a possibilidade de cruzar as respostas obtidas e gerar resultados segmentados, com leituras específicas de acordo com o perfil do entrevistado. Tabelas e gráficos são desenvolvidos para representar a informação processada e oferecer uma compreensão sistematizada do tema investigado. A partir deste material, é possível tem acesso a uma ferramenta gerenciável para a tomada de decisões estratégicas com maior precisão.

Para aplicar os questionários, foi feito um contacto via e-mail com três Associações de Paralisia Cerebral, localizadas na cidade de Évora e Beja e com a Associação Salvador, localizada na cidade de Lisboa. Realizou-se um pedido de autorização às direções de cada associação, expondo o objetivo do estudo e explicitando o perfil da população-alvo da pesquisa. Para a direção da Associação de Paralisia Cerebral de Évora autorizar o pedido foi necessário assinar um Termo de Confidencialidade (Anexo III), referindo que os questionários são dirigidos apenas aos utentes da APCE (Associação de Paralisia Cerebral de Évora), bem como a idade cronológica dos mesmos e também uma Carta de Compromisso (Anexo IV) referindo que após a elaboração do estudo, os resultados são devolvidos à instituição. Os técnicos de cada Associação mostraram-se disponíveis no suporte à aplicação dos questionários aos utentes.

4. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

A recolha dos dados foi realizada em três instituições, Associação de Paralisia Cerebral de Évora, de Beja e Associação Salvador de forma a facilitar o acesso à população em estudo. A recolha dos dados foi efetuada através de questionários a pessoas portadoras de deficiência motora.

CAPÍTULO V. – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo reserva-se à análise, interpretação e discussão dos resultados obtidos através dos questionários aplicados a pessoas portadoras de deficiência motora. Os questionários serão tratados informaticamente através do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

Para o tratamento estatístico dos dados recorreu-se à estatística descritiva, bem como à estatística não paramétrica, sendo o nível de medida da maior parte das variáveis de escala ordinal.

Garantindo o anonimato dos participantes procedemos então ao tratamento dos dados recolhidos através dos 51 questionários, os quais foram numerados de forma a facilitar a organização dos dados.

Foram recolhidos 51 questionários, preenchidos por pessoas portadoras de deficiência motora.

De seguida são apresentados e analisados os dados obtidos para cada pergunta do questionário.

1. PARTE I DO QUESTIONÁRIO – INFORMAÇÃO SOBRE SEXUALIDADE

Relativamente à primeira parte do questionário, “Informação sobre Sexualidade”, em que foram consideradas oito questões respondidas pelos inquiridos, tendo em conta uma escala de tipo Likert, avaliou-se a informação que as pessoas portadoras de deficiência motora têm sobre sexualidade.

1.1. PERGUNTA 1: “CONSIDERA QUE A INFORMAÇÃO QUE POSSUI SOBRE SEXUALIDADE É:”

Tabela 4. e 5. – Classificação do nível de informação sobre sexualidade, de acordo com o género e a idade.

Nível de informação sobre Sexualidade

Considera que a informação que possui sobre sexualidade é:		PC (N)	PC (%)	Outras (N)	Outras (%)	Não respondeu (N)	Não respondeu (%)	Total (N)	Total (%)
Feminino	Muito Boa	1	14	5	45	0	0	6	32
	Boa	5	71	2	18	1	100	8	42
	Suficiente	1	14	4	36	0	0	5	26
	Sub-Total	7	100	11	100	1	100	19	100
Masculino	Muito Boa	3	43	11	46	0	0	14	45
	Boa	3	43	5	21	0	0	8	26
	Suficiente	1	14	6	25	0	0	7	23
	Insuficiente	0	0	2	8	0	0	2	6
	Sub-Total	7	100	24	100	0	0	31	100
NR		0	0	1	100	0	0	1	100
Sub-Total		0	0	1	100	0	0	1	
Total		14		36				51	

Considera que a informação que possui sobre sexualidade é:		PC (N)	PC (%)	Outras (N)	Outras (%)	Não respondeu (N)	Não respondeu (%)	Total (N)	Total (%)
<18		2	100	0	0	0	0	2	67
	Boa	0	0	1	100	0	0	1	33
	Suficiente	2	100	1	100	0	0	3	100
	Sub-Total	2	33	5	63	0	0	7	50
19-25	Muito Boa	4	67	2	25	0	0	6	43
	Boa	0	0	1	13	0	0	1	7
	Insuficiente	6	100	8	100	0	0	14	100
	Sub-Total	0	0	3	33	0	0	3	25
26-36	Muito Boa	1	33	2	22	0	0	3	25
	Boa	2	67	4	44	0	0	6	50
	Suficiente	3	100	9	100	0	0	12	100
	Sub-Total	1	50	7	54	0	0	8	53
37-50	Muito Boa	1	50	3	23	0	0	4	27
	Boa	0	0	2	15	0	0	2	13
	Suficiente	0	0	1	8	0	0	1	7
	Insuficiente	2	100	13	100	0	0	15	100
	Sub-Total	1	100	1	20	0	0	2	29
>50	Muito Boa	0	0	1	20	1	100	2	29
	Boa	0	0	3	60	0	0	3	43
	Suficiente	1	100	5	100	1	100	7	100
	Sub-Total	14		36		1		51	

N- Numero de indivíduos; %- Percentagem de indivíduos; PC- Paralisia Cerebral; Outras- Outras Deficiências.

Relativamente à informação fornecida pelas tabelas anteriores, relacionando o nível de informação sobre sexualidade, o tipo de deficiência (PC/Outras) e o sexo dos inquiridos, podemos concluir que, 71% do sexo feminino com paralisia cerebral qualificam a sua informação sobre sexualidade como “Boa” e 14% como “Muito boa”. No grupo das outras deficiências, 18% classificam a sua informação sobre sexualidade como “Boa” e 45% como “Muito Boa”.

Quanto aos indivíduos do sexo masculino, os resultados mostram que 43% dos inquiridos com paralisia cerebral classificam a sua informação sobre sexualidade “Muito Boa” e “Boa” e 14% como “Suficiente”. No grupo das outras deficiências, 21% classificam a sua informação sobre sexualidade como “Boa”, 46% como “Muito Boa” e 25% como “Suficiente”. Apenas 8% dos homens que responderam a esta pergunta avaliam a informação sobre sexualidade como “Insuficiente”.

De acordo com a análise da tabela 5., que relaciona a informação sobre sexualidade com a faixa etária dos inquiridos e o tipo de deficiência, podemos afirmar que os indivíduos com paralisia cerebral e com menos de 18 anos 100% classificam o seu nível de informação como “Boa”. No grupo das outras deficiências, 100% classificam a sua informação sobre sexualidade como “Suficiente”. Como mostram estes resultados, podemos afirmar que ainda há um longo caminho a percorrer no sentido de informar os mais jovens sobre a questão da sexualidade, realizando ações informativas em locais-chave, onde os jovens portadores de deficiência motora estão a maior parte do seu tempo.

Nos participantes da faixa etária entre 19-25 anos com paralisia cerebral, verifica-se que 33% classificam a informação sobre sexualidade como “Muito Boa” e 67% como “Boa”. No grupo das outras deficiências, 25% classificam a sua informação sobre sexualidade como “Boa”, 63% como “Muito Boa” e 13% como “Insuficiente”.

Na faixa etária entre os 26-36 anos com paralisia cerebral, 33% definiram a sua classificação como “Boa” e 67% como “Suficiente”. No grupo das outras deficiências, 22% classificam a sua informação sobre sexualidade como “Boa”, 33% como “Muito Boa” e 44% como “Suficiente”.

Para os participantes que têm entre 37-50 anos com paralisia cerebral houve uma grande variedade de respostas, abrangendo todas as hipóteses possíveis no questionário, desde “Muito Boa” a “Insuficiente”. É de realçar o fato de estes indivíduos com outras deficiências serem os únicos a referir que a sua informação sobre sexualidade é “Insuficiente” (8%). As restantes respostas encontram-se distribuídas pelas diferentes hipóteses destacando-se 54% para “Muito Boa”.

Por último, os indivíduos com mais de 50 anos com paralisia cerebral, 100% classificam a sua informação como “Muito Boa”. No grupo das outras deficiências, 60% classificam a sua informação sobre sexualidade como “Suficiente”, 20% classificam como “Boa” e como “Muito Boa”.

Tabela 6. – Classificação do nível de informação sobre sexualidade, de acordo com o tipo de deficiência.

Considera que a informação que possui sobre sexualidade é:		PC (N)	PC (%)	Outras (N)	Outras (%)	Não respondeu (N)	Não respondeu (%)	Total (N)	Total (%)
	Muito Boa	4	29	16	44	0	0	20	39
	Boa	8	57	8	22	1	100	17	33
	Suficiente	2	14	10	28	0	0	12	24
	Insuficiente	0	0	2	6	0	0	2	4
Total		14	100	36	100	1	100	51	100

N- Numero de indivíduos; %- Percentagem de indivíduos; PC- Paralisia Cerebral; Outras- Outras Deficiências.

Relativamente à informação fornecida pela tabela anterior, relacionando o nível de informação sobre sexualidade e a existência de Paralisia Cerebral/Outro tipo de deficiência dos inquiridos, podemos verificar que em relação ao indivíduos com Paralisia Cerebral que 29% classificam a sua informação sobre sexualidade como “Muito Boa”, 57% indivíduos como “Boa” e apenas 14% como “Suficiente”.

Relativamente aos inquiridos com outro tipo de deficiência, verifica-se que, 44% classificam a sua informação sobre sexualidade como “Muito Boa”, 22% “Boa”, 10% qualificam como “Suficiente” e apenas 2% “Insuficiente”.

1.2. PERGUNTA 2: “A INFORMAÇÃO QUE POSSUI SOBRE SEXUALIDADE FOI OBTIDA ESSENCIALMENTE ATRAVÉS DE:”

Tabela 7. e 8. – Caracterização da fonte sobre sexualidade, de acordo com o género e a idade.

Fonte de informação sobre sexualidade

A informação que possui sobre sexualidade foi obtida essencialmente através de:									Total (N)	Total (%)
			PC (N)	PC (%)	Outras (N)	Outras (%)	Não respondeu (N)	Não respondeu (%)		
Feminino		Pai	0	0	1	9	0	0	1	5
		Mãe	3	43	3	27	0	0	6	32
		Colegas/Amigos	1	14	1	9	1	100	3	16
		Professores	1	14	0	0	0	0	1	5
		Leitura/TV/Internet	0	0	2	18	0	0	2	11
		Médicos/Enfermeiros	2	29	3	27	0	0	5	26
		Outros	0	0	1	9	0	0	1	5
	Sub-Total		7	100	11	100	1		19	100
Masculino		Pai	1	14	1	4	0	0	2	6
		Colegas/Amigos	2	29	5	21	0	0	7	23
		Professores	0	0	2	8	0	0	2	6
		Leitura/TV/Internet	0	0	4	17	0	0	4	13
		Médicos/Enfermeiros	4	57	11	46	0	0	15	48
		Outros	0	0	1	4	0	0	1	3
	Sub-Total		7	100	24	100			31	100
NR		Médicos/Enfermeiros	0	0	1	100	0	0	1	100
		Sub-Total		0	0	1		0	0	1
		Total	14		36		1		51	

A informação que possui sobre sexualidade foi obtida essencialmente através de:									Total (N)	Total (%)
			PC (N)	PC (%)	Outras (N)	Outros (%)	Não Respondeu (N)	Não respondeu (%)		
<18		Mãe	1	50	0	0	0	0	1	33
		Professores	0	0	1	100	0	0	1	33
		Médicos/Enfermeiros	1	50	0	0	0	0	1	33
	Sub-Total		2	100	1	100	0	0	3	100
19-25		Pai	1	17	0	0	0	0	1	7
		Mãe	2	33	0	0	0	0	2	14
		Professores	1	17	1	13	0	0	2	14
		Médicos/Enfermeiros	2	33	6	75	0	0	8	57
		Outros	0	0	1	13	0	0	1	7
	Sub-Total		6	100	8	100	0	0	14	100
26-36		Pai	0	0	2	22	0	0	2	17
		Mãe	0	0	1	11	0	0	1	8
		Colegas/Amigos	2	67	0	0	0	0	2	17
		Leitura/TV/Internet	0	0	3	33	0	0	3	25
		Médicos/Enfermeiros	1	33	3	33	0	0	4	33
	Sub-Total		3	100	9	100	0	0	12	100
37-50		Mãe	0	0	1	8	0	0	1	7
		Colegas/Amigos	0	0	4	31	0	0	4	27
		Leitura/TV/Internet	0	0	2	15	0	0	2	13
		Médicos/Enfermeiros	2	100	5	38	0	0	7	47
		Outros	0	0	1	8	0	0	1	7
	Sub-Total		2	100	13	100	0	0	15	100
>50		Mãe	0	0	1	20	0	0	1	14
		Colegas/Amigos	1	100	2	40	1	100	4	57
		Leitura/TV/Internet	0	0	1	20	0	0	1	14
		Médicos/Enfermeiros	0	0	1	20	0	0	1	14
	Sub-Total		1	100	5	100	1	100	7	100
Total			14		36		1		51	

N- Numero de indivíduos; %- Percentagem de indivíduos; PC- Paralisia Cerebral; Outras- Outras Deficiências.

Após a análise da Tabela 7., podemos verificar que para os inquiridos do sexo feminino tanto com paralisia cerebral (43%) como com outras deficiências (27%) a maior fonte de informação sobre sexualidade é a Mãe, enquanto que para os inquiridos do sexo masculino tanto com paralisia cerebral (57%) como os que apresentam outras deficiências (46%) são os Médicos/Enfermeiros. Tanto para os homens como para as mulheres as principais fontes de informação são os técnicos de saúde e a Mãe.

De acordo com os dados obtidos, é importante salientar a baixa informação sobre sexualidade que os portadores de deficiência motora recebem tanto de professores como dos meios de comunicação. Assim, como forma de combater a lacuna existente nesta área é imprescindível a realização de ações de formação/sensibilização/informação aos professores dos deficientes motores.

De acordo com a análise da tabela 8., que relaciona a fonte de informação sobre sexualidade com a faixa etária dos inquiridos, podemos afirmar que os indivíduos com menos de 18 anos tanto para os que têm Paralisia Cerebral como para aqueles que

apresentam outro tipo de deficiência as suas fontes de informação são a família, os professores e os técnicos de saúde.

Nos participantes da faixa etária entre 19-25 anos, conclui-se que a fonte de informação também é a família (pai e mãe), os professores e os técnicos de saúde.

Nos inquiridos da faixa etária entre 26-36 anos, verifica-se que a fonte de informação são os meios de comunicação e os técnicos de saúde.

Para os participantes que têm entre 37-50 anos a maior fonte de informação sobre sexualidade são os colegas/amigos e os técnicos de saúde.

Por último, os indivíduos com mais de 50 anos, pode-se concluir que a sua fonte de informação são os colegas/amigos.

Tabela 9. – Caracterização da fonte sobre sexualidade, de acordo com o tipo de deficiência.

A informação que possui sobre sexualidade foi obtida essencialmente através de:								Total (N)	Total (%)
		PC (N)	PC (%)	Outras (N)	Outras (%)	Não respondeu (N)	Não respondeu (%)		
	Pai	1	7	2	6	0	0	3	6
	Mãe	3	21	3	8	0	0	6	12
	Colegas/Amigos	3	21	6	17	1	100	10	20
	Professores	1	7	2	6	0	0	3	6
	Leitura/TV/Internet	0	0	6	17	0	0	6	12
	Médicos/Enfermeiros	6	43	15	42	0	0	21	41
	Outros	0	0	2	6	0	0	2	4
Total		14	100	36	100	1		51	100

N- Numero de indivíduos; %- Percentagem de indivíduos; PC- Paralisia Cerebral; Outras- Outras Deficiências.

De acordo com os dados obtidos através da tabela 9., que relaciona a fonte de informação sobre sexualidade com o tipo de deficiência dos inquiridos (Paralisia Cerebral ou outras) verifica-se que, tanto para os indivíduos com paralisia cerebral como com outro tipo de deficiência, a maior fonte de informação sobre sexualidade são os Médicos/Enfermeiros (43%).

Segundo Kempton (1980) *in* Ballone (2006), juntar deficiência e sexualidade, faz emergir um conjunto de atitudes, por parte dos pais e dos profissionais, que favorece muito mais a repressão da sexualidade nas pessoas portadoras de deficiência motora do que a sua vivência saudável, o que contraria os dados anteriormente analisados, especialmente no que respeito ao género.

Segundo Reis (n.d.), os pais "*manifestam atitudes de tolerância perante a integração, a normalização e o respeito pelos direitos humanos, quando enunciados como princípios gerais*" (Félix, 2001 *in* Reis, n.d.), no entanto, é evidente uma menor aceitação dos mesmos princípios quando relativos ao seu filho portador de deficiência. Ou seja, na maioria dos casos, os pais, face à sexualidade do seu próprio filho, apresentam atitudes superprotectoras e dessexualizadoras. Tal como a sociedade em geral, os pais não se encontram preparados para reconhecer o corpo sexuado do filho portador de deficiência, esperando, por exemplo, "*nas raparigas, que a menstruação não venha ou que venha o mais tardiamente possível; surgem atitudes de denegação em relação à masturbação; reforçam comportamentos infantis que visam negar a puberdade e prolongar a criança eterna*" (França, 2001, *in* Reis, n.d.), em que as necessidades sexuais do filho são completamente alienadas.

Vários estudos realizados nesta área concluem que, frequentemente, os pais evitam fornecer aos seus filhos qualquer tipo de informação sexual, julgando que, deste

modo, é possível evitar ou atenuar o interesse do seu filho pela sexualidade. Por um lado, para além de possuírem conhecimentos muito limitados sobre estes temas, os pais não se consideram preparados para transmitir conhecimentos aos filhos, apresentando uma notória ansiedade perante os perigos a que os seus filhos se encontram sujeitos nesta área, nomeadamente, a possibilidade de ocorrência de abusos sexuais (Félix, 2002 *in* Reis, n.d.). Por outro, os pais atribuem, com frequência, a si próprios a responsabilidade da deficiência do filho, formulando como possíveis causas a negligência; omissões ocorridas durante a gravidez; conflitos conjugais ou práticas sexuais inadequadas. Veja-se que, quando tal ocorre, é usual a tentativa, através da superproteção exagerada com sobrevalorização das limitações, de impedir a sexualidade do seu filho (Greengross, 1980 *in* Reis, n.d.).

1.3. PERGUNTA 3: “QUANDO SURGIRAM ALTERAÇÕES FÍSICAS NO SEU CORPO (COMO AUMENTO DE PÊLOS, DE BARBA, CRESCIMENTO DOS SEIOS, APARECIMENTO DE MENSTRUÇÃO, ETC.) ESTAVA PREPARADO(A) PARA ISSO?”

1.4. PERGUNTA 4: “SABE O QUE É A MASTURBAÇÃO?”

1.5. PERGUNTA 5: “SABE O QUE SÃO OS MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS?”

1.6. PERGUNTA 6: “É POSSÍVEL TRANSMITIR-SE ALGUMA DOENÇA AO TER UM RELACIONAMENTO SEXUAL?”

1.7. PERGUNTA 7: “SABE O QUE É O HIV (SIDA)?”

1.8. PERGUNTA 8: “HÁ MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS QUE AO MESMO TEMPO EVITEM A GRAVIDEZ E ALGUMAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS?”

Tabela 10. – Classificação da informação sobre as alterações físicas do corpo, de acordo com o tipo de deficiência.**Alterações físicas**

			Quando surgiram alterações físicas no corpo (como aumento de pêlos, barba, crescimento dos seios, menstruação, etc.) estava preparado(a) para isso?			Sabe o que é a masturbação?			Sabe o que são métodos anti-concepcionais?			É possível transmitir-se alguma doença ao ter um relacionamento sexual?			Sabe o que é o HIV ?			Há métodos anticoncepcionais que ao mesmo tempo evitam a gravidez e algumas doenças sexualmente transmissíveis?		
			N	%	Global	N	%	Global	N	%	Global	N	%	Global	N	%	Global	N	%	Global
	PC	Sim	14	100	28	13	92,9	26	14	100	28	14	100	28	14	100	28	14	100	28
		Não	0	0	0	0	0,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7,1	2
		Não respondeu	0	0	0	1	7,1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Sub-total	14	100	28	14	100	28	14	100	28	14	100	28	14	100	28	14	100,0	28
	OUTRAS	Sim	31	86,1	62	36	100	72	35	97,2	70	36	100	72	36	100	72	35	97,2	70
		Não	5	13,9	10	0	0	0	1	2,8	2	0	0	0	0	0	0	1	2,8	2
		Não respondeu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Sub-total	36	100	72	36	100	72	36	100	72	36	100	72	36	100	72	36	100	72
		TOTAL	50		100	50		100	50		100	50		100	50		100	50		100

N- Numero de indivíduos; %- Percentagem de indivíduos; % Global- Percentagem de indivíduos relativamente ao total; PC- Paralisia Cerebral; Outras- Outras Deficiências.

De acordo com os resultados, que relacionam as alterações físicas do corpo com o tipo de deficiência dos inquiridos (Paralisia Cerebral ou outras) verifica-se que os indivíduos com paralisia cerebral (100%) sentem-se melhor preparados no que diz respeito às alterações físicas do seu corpo do que os indivíduos com outras deficiências (86,1%).

Relativamente à questão sobre a masturbação, os dados da tabela anterior indicam que, a maioria dos indivíduos, independentemente do tipo de deficiência, sabem o que é a masturbação.

De acordo com Figueira (2006), os desejos e manifestações sexuais nascem naturalmente com as pessoas, quer tenham deficiências ou não. Tais satisfações são naturais como comer quando se tem fome, beber quando se tem sede ou ir ao banheiro quando se tem vontade. Por meio da sexualidade há a expressão de sua afetividade, capacidade de estar em contato consigo e com os outros na construção de sua autoestima e autoconfiança. A masturbação dessas pessoas é algo inevitável. A masturbação talvez seja a única forma de aliviar suas tensões sexuais. E, se punido por isso, poderá complicar a situação emocional para essas pessoas. Certamente, a criança/jovem com deficiência mental de maiores graus não terá relações sexuais com outros parceiros. É possível que a masturbação ocorra mais vezes que os demais. Isso porque se tem bem menos atividades e tenta ocupar o tempo com algo que lhes satisfaça. Se sua rotina for aumentada com outras atividades (TV, jogos, passeios), seu interesse sexual certamente diminuirá.

Segundo Turner *in* Félix (2002), a masturbação constitui a manifestação de sexualidade que mais embaraço, angústia e preocupação causa aos pais. No caso dos jovens "ditos normais", os pais, embora conscientes da possibilidade de ocorrência deste comportamento, procuram ignorá-lo e, para tal, garantem ao filho alguma privacidade. No entanto, é notória a necessidade de maior envolvimento parental em todas as atividades dos indivíduos portadores de deficiência, não constituindo a masturbação uma exceção. Esta proximidade (muitas vezes involuntária) com a sexualidade dos filhos é suscetível de aumentar a ansiedade dos pais, principalmente quando estes defendem que é improvável que o seu filho usufrua de uma vida sexual saudável. No entanto, é possível, por exemplo, ensinar os indivíduos portadores de deficiência a limitar os atos de masturbação à privacidade da casa de banho ou do quarto, através de métodos não punitivos, preservando o seu bem-estar físico e psicológico (Greengross, 1980). Neste processo de aprendizagem é fundamental, obviamente, a participação ativa dos pais.

Relativamente à pergunta 5. do questionário realizado, de acordo com os dados obtidos, os inquiridos com PC aparentam estarem melhores informados (100%) do que os inquiridos com outro tipo de deficiência (97,2%).

De acordo com os dados obtidos através da tabela, que relaciona as doenças sexualmente transmissíveis com o tipo de deficiência dos inquiridos (Paralisia Cerebral ou outras) verifica-se que tanto os indivíduos com paralisia cerebral (100%) como os indivíduos com outras deficiências (100%) estão informados no que diz respeito às doenças sexualmente transmissíveis.

De acordo com os dados obtidos através da tabela, que relaciona as doenças sexualmente transmissíveis com o tipo de deficiência dos inquiridos (Paralisia Cerebral ou outras) verifica-se que tanto os indivíduos com paralisia cerebral (100%) como os indivíduos com outras deficiências (100%) estão informados no que diz respeito ao HIV.

De acordo com os dados obtidos através da tabela, que relaciona a existência de métodos anticoncecionais com o tipo de deficiência dos inquiridos (Paralisia Cerebral ou outras) verifica-se que os indivíduos com outras deficiências (97,2%) estão melhores informados no que diz respeito à existência de métodos anticoncecionais

que ao mesmo tempo evitam a gravidez e algumas doenças sexualmente transmissíveis do que os indivíduos com paralisia cerebral (92,9%).

De acordo com Gale (1989) & Gherpelli (1995), muitas crianças e adolescentes com deficiências, das mais diversas, não recebem uma educação sexual comum à maioria das pessoas e, por isso, acabam sendo considerados, numa generalização absurda como, deficientes não só em algumas habilidades, mas também na sua sexualidade. Tal fato pode explicar os resultados obtidos nas perguntas acima analisadas.

2. PARTE II DO QUESTIONÁRIO – VIDA SEXUAL

Relativamente à segunda parte “Vida Sexual” foram consideradas nove questões para serem respondidas pelos inquiridos, cujo objetivo é conhecer e caracterizar aspetos da vida sexual da pessoa portadora de deficiência motora.

2.1. PERGUNTA 1: “JÁ TEVE RELAÇÕES SEXUAIS?”

Tabela 11. e 12. – Caracterização da população-alvo sobre as relações sexuais, de acordo com o género e a idade dos inquiridos.

Relações sexuais

Já teve relações sexuais?									Total (N)	Total (%)
			PC (N)	PC (%)	Outras (N)	Outras (%)	Não respondeu (N)	Não respondeu (%)		
Feminino		Não	2	29	2	18	0	0	4	21
		Sim	5	71	8	73	1	100	14	74
		NR	0	0	1	9	0	0	1	5
	Total		7	100	11	100	1	100	19	100
Masculino		Não	0	0	4	17	0	0	4	13
		Sim	7	100	20	83	0	0	27	87
	Total		7	100	24	100	0	0	31	100
NR	Sim	0	0	1	100	0	0	1	100	
	Total		0	0	1	100	0	0	1	100
Total			14		36		1		51	

Já teve relações sexuais?									Total (N)	Total (%)
			PC (N)	PC (%)	Outras (N)	Outras (%)	Não respondeu (N)	Não respondeu (%)		
<18		Não	1	50	1	100	0	0	2	67
		Sim	1	50	0	0	0	0	1	33
	Total		2	100	1	100	0	0	3	100
19-25		Não	1	17	2	25	0	0	3	21
		Sim	5	83	5	63	0	0	10	71
		NR	0	0	1	13	0	0	1	7
	Total		6	100	8	100	0	0	14	100
26-36		Não	0	0	2	22	0	0	2	17
		Sim	3	100	7	78	0	0	10	83
	Total		3	100	9	100	0	0	12	100
37-50	Sim	2	100	13	100	0	0	15	100	
	Total		2	100	13	100	0	0	15	100
>50		Não	0	0	1	20	0	0	1	14
		Sim	1	100	4	80	1	100	6	86
	Total		1	100	5	100	1	100	7	100
Total			14		36		1		51	

N- Numero de indivíduos; %- Percentagem de indivíduos; NR- Não respondeu; PC- Paralisia Cerebral; Outras- Outras Deficiências.

Relativamente à análise das tabelas 11. e 12., que relacionam o sexo dos inquiridos, faixa etária e os relacionamentos sexuais, podemos concluir que, 71% dos inquiridos do sexo feminino com paralisia cerebral e 73% com outras deficiências já tiveram relações sexuais. Quanto aos inquiridos do sexo masculino 100% com paralisia cerebral e 83% com outras deficiências já tiveram relações sexuais.

Relacionando as respostas da pergunta anterior com a classe etária, podemos afirmar que dos indivíduos com menos de 18 anos com paralisia cerebral 50% afirmaram terem tido relações sexuais e dos indivíduos com outras deficiências 100% afirmaram não terem tido relações.

Nos participantes da faixa etária entre 19-25 anos, verifica-se que os inquiridos portadores de paralisia cerebral (83%) têm mais relações sexuais do que os inquiridos portadores de outras deficiências (63%).

Na faixa etária entre os 26-36 anos, os inquiridos portadores de paralisia cerebral (100%) têm mais relações sexuais do que os inquiridos portadores de outras deficiências (78%).

Para os participantes que têm entre 37-50 anos, a maior parte dos inquiridos tanto portadores de paralisia cerebral como portadores de outras deficiências já teve relações sexuais.

Por último, os indivíduos com mais de 50 anos, verifica-se mais uma vez que os inquiridos portadores de paralisia cerebral (100%) têm mais relações sexuais do que os inquiridos portadores de outras deficiências (80%).

Tabela 13. – Caracterização da população-alvo sobre as relações sexuais, de acordo com o tipo de deficiência dos inquiridos.

Já teve relações sexuais?								Total (N)	Total (%)
		PC (N)	PC (%)	Outras (N)	Outras (%)	Não respondeu (N)	Não respondeu (%)		
	Não	2	14	6	17	0	0	8	16
	Sim	12	86	29	81	1	100	42	82
	NR	0	0	1	3	0	0	1	2
Total		14	100	36	100	1	100	51	100

N- Numero de indivíduos; %- Percentagem de indivíduos; NR- Não respondeu; PC- Paralisia Cerebral; Outras- Outras Deficiências.

De acordo com os dados da tabela 13., pode-se concluir que no que diz respeito aos inquiridos com paralisia cerebral, 86% afirmam já terem tido relações sexuais e apenas 14% responderam não terem tido relações.

Relativamente aos inquiridos com outro tipo de deficiência, 81% já tiveram relações sexuais e 17% não tiveram relações. Apenas 3% não responderam á questão.

Os portadores de deficiência são capazes de se expressar sexualmente, com maior ou menor dificuldade, dependendo do grau de suas limitações. Cabe a cada indivíduo o

direito de explorar, descobrir e experimentar a sexualidade de acordo com a sua realidade. Os resultados anteriores explicam isso mesmo, a maior parte dos pertencentes às restantes classes etárias, ao género bem como ao tipo de deficiência já tiveram algum relacionamento sexual.

O exercício da sexualidade, de modo geral, ainda está preso às regras sociais, e é permitido e aceito apenas para pessoas ditas normais, adultas, heterossexuais, casadas, que querem ter filhos e podem sustentar uma família, o que pode explicar a existência de alguns indivíduos independentemente do género e do tipo de deficiência que ainda não tiveram relações sexuais. Como, na maioria das vezes, os deficientes intelecto-motores não se encaixam em alguns desses parâmetros, fica o triste preconceito de que o exercício da sexualidade entre eles não deve ser levado em consideração.

2.2. PERGUNTA 2: “COM QUE FREQUÊNCIA MANTÉM UMA RELACIONAMENTO SEXUAL COM OUTRA PESSOA?”

Tabela 14. e 15. – Caracterização da população-alvo sobre os relacionamentos sexuais, de acordo com o género e a idade dos inquiridos.

Frequência dos relacionamentos sexuais

Com que frequência mantém um relacionamento sexual com outra pessoa?		PC (N)	PC (%)	Outras (N)	Outras (%)	Não respondeu (N)	Não respondeu (%)	Total (N)	Total (%)
Feminino	Nunca	2	29	2	18	0	0	4	21
	Raramente	1	14	3	27	1	100	5	26
	Com frequência	0	0	3	27	0	0	3	16
	Sempre que o desejamos	4	57	3	27	0	0	7	37
	Total	7	100	11	100	1	100	19	100
Masculino	Nunca	0	0	8	33	0	0	8	26
	Só aconteceu uma vez	2	29	1	4	0	0	3	10
	Raramente	1	14	4	17	0	0	5	16
	Com frequência	3	43	4	17	0	0	7	23
	Sempre que o desejamos	1	14	7	29	0	0	8	26
	Total	7	100	24	100	0	0	31	100
NR	Raramente	0	0	1	100	0	0	1	100
	Total	0	0	1	100	0	0	1	100
Total		14		36		1		51	

Com que frequência mantém um relacionamento sexual com outra pessoa?								Total (N)	Total (%)	
			PC (N)	PC(%)	Outras (N)	Outras (%)	Não respondeu (N)			Não respondeu (%)
<18		Nunca	1	50	1	100	0	0	2	67
		Só aconteceu uma vez	1	50	0	0	0	0	1	33
		Total	2	100	1	100	0	0	3	100
19-25		Nunca	1	17	6	75	0	0	7	50
		Raramente	2	33	0	0	0	0	2	14
		Com frequência	1	17	1	13	0	0	2	14
		Sempre que o desejamos	2	33	1	13	0	0	3	21
		Total	6	100	8	100	0	0	14	100
26-36		Nunca	0	0	2	22	0	0	2	17
		Só aconteceu uma vez	1	33	1	11	0	0	2	17
		Raramente	0	0	3	33	0	0	3	25
		Com frequência	0	0	2	22	0	0	2	17
		Sempre que o desejamos	2	67	1	11	0	0	3	25
		Total	3	100	9	100	0	0	12	100
37-50		Raramente	0	0	3	23	0	0	3	20
		Com frequência	1	50	4	31	0	0	5	33
		Sempre que o desejamos	1	50	6	46	0	0	7	47
		Total	2	100	13	100	0	0	15	100
>50		Nunca	0	0	1	20	0	0	1	14
		Raramente	0	0	2	40	1	100	3	43
		Com frequência	1	100	0	0	0	0	1	14
		Sempre que o desejamos	0	0	2	40	0	0	2	29
		Total	1	100	5	100	1	100	7	100
	Total	14		36		1		51		

N- Número de indivíduos; %- Percentagem de indivíduos; NR- Não respondeu; PC- Paralisia Cerebral; Outras- Outras Deficiências.

De acordo com a Tabela 14., podemos observar que 57% dos inquiridos do sexo feminino com paralisia cerebral e 27% dos inquiridos do mesmo sexo com outras deficiências admite ter um relacionamento sexual sempre que assim o deseja. 43% dos inquiridos do sexo masculino com paralisia cerebral admite ter um relacionamento sexual com frequência.

Relativamente às respostas em que referem ter tido relacionamentos sexuais nunca e raramente, 29% e 14% inquiridos para o sexo feminino com paralisia cerebral e 18% e 27% inquiridos com outras deficiências.

Como é possível verificar, os portadores de deficiência motora, após terem tido um relacionamento sexual, continuam a fazê-lo ao longo do tempo, assim como reconhecer que ainda existem muitos que nunca mantiveram nenhum tipo de relacionamento sexual ou apenas o fizeram um única vez/raramente.

Relacionando as respostas da pergunta anterior com a classe etária, podemos afirmar que dos indivíduos com menos de 18 anos com paralisia cerebral 50% afirmaram nunca terem tido relações sexuais e dos indivíduos com outras deficiências 100% afirmaram nunca terem tido relações.

Nos participantes da faixa etária entre 19-25 anos, verifica-se que os inquiridos portadores de paralisia cerebral (33%) raramente têm relações sexuais e os inquiridos portadores de outras deficiências afirmam nunca terem tido relações (75%).

Na faixa etária entre os 26-36 anos, dos inquiridos portadores de paralisia cerebral, 67% afirmam terem relações sexuais sempre que o desejam enquanto que os inquiridos portadores de outras deficiências raramente têm relações (33%).

Para os participantes que têm entre 37-50 anos, tanto os inquiridos portadores de paralisia cerebral (50%) como portadores de outras deficiências (46%) têm relações sexuais sempre que o desejam.

Por último, os indivíduos com mais de 50 anos, verifica-se que os inquiridos portadores de paralisia cerebral (100%) mantém um relacionamento sexual com frequência enquanto que os inquiridos portadores de outras deficiências afirmam manter um relacionamento sexual sempre que o desejam (40%).

Tabela 16. – Caracterização da população-alvo sobre os relacionamentos sexuais, de acordo com o tipo de deficiência dos inquiridos.

Com que frequência mantém um relacionamento sexual com outra pessoa?								Total (N)	Total (%)
		PC (N)	PC (%)	Outras (N)	Outras (%)	Não respondeu (N)	Não respondeu (%)		
	Nunca	2	14	10	28	0	0	12	24
	Só aconteceu uma vez	2	14	1	3	0	0	3	6
	Raramente	2	14	8	22	1	100	11	22
	Com frequência	3	21	7	19	0	0	10	20
	Sempre que o desejamos	5	36	10	28	0	0	15	29
Total		14	100	36	100	1	100	51	100

N- Numero de indivíduos; %- Percentagem de indivíduos; PC- Paralisia Cerebral; Outras- Outras Deficiências.

De acordo com os dados da tabela 16., pode-se concluir que no que diz respeito aos inquiridos com paralisia cerebral, 21% afirmam terem um relacionamento sexual com frequência e apenas 14% dos inquiridos responderam nunca terem tido um relacionamento sexual.

Relativamente aos inquiridos com outro tipo de deficiência, 28% dos indivíduos afirmam terem um relacionamento sexual sempre que o desejam.

2.3. PERGUNTA 3: “A PRIMEIRA VEZ QUE TEVE UM RELACIONAMENTO SEXUAL FOI COM:”

Tabela 17. e 18. – Caracterização da população-alvo, de acordo com o gênero e a idade dos inquiridos.

Primeira Relação sexual

A primeira vez que teve um relacionamento sexual foi com:									Total (N)	Total (%)
			PC (N)	PC (%)	Outras (N)	Outras (%)	Não respondeu (N)	Não respondeu (%)		
Feminino		Amigo	1	14	0	0	0	0	1	5
		Namorado(a)	4	57	9	82	1	100	14	74
		NR	2	29	2	18	0	0	4	21
		Total	7	100	11	100	1	100	19	100
Masculino		Amiga	2	29	6	25	0	0	8	26
		Namorado(a)	3	43	14	58	0	0	17	55
		Familiar	1	14	0	0	0	0	1	3
		Outros	1	14	1	4	0	0	2	6
		NR	0	0	3	13	0	0	3	10
		Total	7	100	24	100	0	0	31	100
NR		Namorado(a)	0	0	1	100	0	0	1	100
		Total	0	0	1	100	0	0	1	100
Total			14		36		1		51	

A primeira vez que teve um relacionamento sexual foi com:									Total (N)	Total (%)
			PC (N)	PC (%)	Outras (N)	Outras (%)	Não respondeu (N)	Não respondeu (%)		
<18		Namorado(a)	0	0	1	100	0	0	1	33
		Familiar	1	50	0	0	0	0	1	33
		NR	1	50	0	0	0	0	1	33
		Total	2	100	1	100	0	0	3	100
19-25		Amiga	1	17	0	0	0	0	1	7
		Namorado(a)	3	50	6	75	0	0	9	64
		Outros	1	17	0	0	0	0	1	7
		NR	1	17	2	25	0	0	3	21
		Total	6	100	8	100	0	0	14	100
26-36		Amiga	0	0	2	22	0	0	2	17
		Amigo	1	33	0	0	0	0	1	8
		Namorado(a)	2	67	5	56	0	0	7	58
		NR	0	0	2	22	0	0	2	17
		Total	3	100	9	100	0	0	12	100
37-50		Amiga	0	0	3	23	0	0	3	20
		Namorado(a)	2	100	9	69	0	0	11	73
		Outros	0	0	1	8	0	0	1	7
		Total	2	100	13	100	0	0	15	100
>50		Amiga	1	100	1	20	0	0	2	29
		Namorado(a)	0	0	3	60	1	100	4	57
		NR	0	0	1	20	0	0	1	14
		Total	1	100	5	100	1	100	7	100
Total			14		36		1		51	

N- Numero de indivíduos; %- Percentagem de indivíduos; NR- Não respondeu; PC- Paralisia Cerebral; Outras- Outras Deficiências.

Analisando a tabela 17., 57% dos inquiridos do sexo feminino com paralisia cerebral afirmam e 82% dos inquiridos do mesmo sexo com outras deficiências que tiveram o seu primeiro relacionamento sexual com namorado(a). Os inquiridos do sexo masculino com paralisia cerebral 43% e 58% dos inquiridos do mesmo sexo com outras deficiências que tiveram o seu primeiro relacionamento sexual com namorado(a).

Relacionando as respostas da pergunta anterior com a classe etária, podemos afirmar que dos indivíduos com menos de 18 anos com paralisia cerebral 50% afirmaram que tiveram o primeiro relacionamento sexual com familiar e 100% dos indivíduos com outras deficiências afirmaram que tiveram o primeiro relacionamento sexual com namorado(a).

Nos participantes da faixa etária entre 19-25 anos, verifica-se que 50% dos inquiridos portadores de paralisia cerebral e 75% dos inquiridos portadores de outras deficiências tiveram o seu primeiro relacionamento sexual com namorado(a).

Na faixa etária entre os 26-36 anos, verifica-se que 67% dos inquiridos portadores de paralisia cerebral e 56% dos inquiridos portadores de outras deficiências tiveram o seu primeiro relacionamento sexual com namorado(a).

Para os participantes que têm entre 37-50 anos, verifica-se que a maior parte dos inquiridos portadores de paralisia cerebral (100%) tiveram o seu primeiro relacionamento sexual com namorado(a) e 69% dos inquiridos portadores de outras deficiências tiveram o seu primeiro relacionamento sexual com namorado(a).

Por último, os indivíduos com mais de 50 anos, verifica-se que a maior parte dos inquiridos portadores de paralisia cerebral (100%) tiveram o seu primeiro relacionamento sexual com amigo(a) e 60% dos inquiridos portadores de outras deficiências tiveram o seu primeiro relacionamento sexual com namorado(a).

Tabela 19. – Caracterização da população-alvo, de acordo com o tipo de deficiência dos inquiridos.

A primeira vez que teve um relacionamento sexual foi com:								Total (N)	Total (%)
		PC (N)	PC (%)	Outras (N)	Outras (%)	Não respondeu (N)	Não respondeu (%)		
	Amiga	2	14	6	17	0	0	8	16
	Amigo	1	7	0	0	0	0	1	2
	Namorado(a)	7	50	24	67	1	100	32	63
	Familiar	1	7	0	0	0	0	1	2
	Outros	1	7	1	3	0	0	2	4
	NR	2	14	5	14	0	0	7	14
Total		14	100	36	100	1	100	51	100

N- Numero de indivíduos; %- Percentagem de indivíduos; NR- Não respondeu; PC- Paralisia Cerebral; Outras- Outras Deficiências.

De acordo com os dados da tabela 19., pode-se concluir que no que diz respeito aos inquiridos com paralisia cerebral, 50% afirmam que tiveram o seu primeiro relacionamento sexual com namorado(a) e apenas 14% dos inquiridos responderam terem tido o seu primeiro relacionamento sexual com amigo(a).

Relativamente aos inquiridos com outro tipo de deficiência, 67% dos indivíduos afirmam terem tido o seu primeiro relacionamento sexual com namorado(a) e apenas 17% dos indivíduos afirmam terem tido o seu primeiro relacionamento sexual com amiga.

Estes dados consolidam a ideia de que os deficientes motores vivem a sua sexualidade de uma forma tão “normal” como os indivíduos que não são portadores de nenhum tipo de deficiência.

Sentimo-nos atraídos sexual e afetivamente por certas pessoas, mas raras vezes essa atração contraria os gostos ou preconceitos de classe, “raça”, religião ou posição económico-social que limitam o rol dos que “merecem ser amados” Costa (1998).

Os resultados obtidos nesta pergunta, especificamente, revelam-nos um fato de extrema importância e preocupação. Um indivíduo com Paralisia Cerebral afirmou ter tido o seu primeiro relacionamento sexual, com menos de 10 anos e com um familiar, ou seja, houve a prática de incesto.

O incesto é um crime cujo início é marcado por uma relação de afeto, um vínculo de confiança. São práticas que começam com carinhos, toques e carícias, que a vítima recebe de uma pessoa que ela ama, respeita e à qual deve obediência (Dias, 2006).

As vítimas de incesto apresentam consequências emocionais de forma variada; desde um grau nulo ou nenhuma sequela, até graves comprometimentos afetivos e de desenvolvimento emocional. A maioria delas apresenta intensos sentimentos de desamparo, vergonha e culpa que persistem por muitos anos e, não raro, para sempre. Muitas desenvolvem, geralmente a partir da adolescência, transtornos fóbicos e ansiosos em suas mais variadas manifestações. Outras passam pela vida a tentar lembrar-se se, de fato, houve incesto quando eram menores. Uma névoa da memória não deixa lembrar nitidamente o ocorrido (Ballone, 2009).

2.4. PERGUNTA 4: “QUE IDADE TINHA QUANDO TEVE O SEU PRIMEIRO RELACIONAMENTO SEXUAL?”

Tabela 20. e 21. – Caracterização da população-alvo, de acordo com o gênero e a idade dos inquiridos.

Idade da primeira relação sexual

Que idade tinha quando teve o seu primeiro relacionamento sexual?										
			PC (N)	PC (%)	Outras (N)	Outras (%)	Não respondeu (N)	Não respondeu (%)		
Feminino		13-15 anos	0	0	2	18	0	0	2	11
		16-18 anos	4	57	4	36	0	0	8	42
		19-22 anos	0	0	2	18	0	0	2	11
		22-25 anos	1	14	0	0	0	0	1	5
		>26	0	0	1	9	1	100	2	11
		NR	2	29	2	18	0	0	4	21
	Total		7	100	11	100	1	100	19	100
Masculino		10-12 anos	1	14	0	0	0	0	1	3
		13-15 anos	1	14	3	13	0	0	4	13
		16-18 anos	3	43	8	33	0	0	11	35
		19-22 anos	1	14	7	29	0	0	8	26
		22-25 anos	1	14	1	4	0	0	2	6
		>26	0	0	1	4	0	0	1	3
	NR	0	0	4	17	0	0	4	13	
Total		7	100	24	100	0	0	31	100	
NR		13-15 anos	0	0	1	100	0	0	1	100
	Total		0	0	1	100	0	0	1	100
Total			14		36		1		51	

Que idade tinha quando teve o seu primeiro relacionamento sexual?										
			PC (N)	PC (%)	Outras (N)	Outras (%)	Não respondeu (N)	Não respondeu (%)		
<18		10-12 anos	1	50	0	0	0	0	1	33
		NR	1	50	1	100	0	0	2	67
	Total		2	100	1	100	0	0	3	100
19-25		13-15 anos	0	0	1	13	0	0	1	7
		16-18 anos	3	50	1	13	0	0	4	29
		19-22 anos	0	0	4	50	0	0	4	29
		22-25 anos	2	33	0	0	0	0	2	14
		NR	1	17	2	25	0	0	3	21
	Total		6	100	8	100	0	0	14	100
26-36		13-15 anos	0	0	1	11	0	0	1	8
		16-18 anos	3	100	3	33	0	0	6	50
		19-22 anos	0	0	1	11	0	0	1	8
		22-25 anos	0	0	1	11	0	0	1	8
		>26	0	0	1	11	0	0	1	8
	NR	0	0	2	22	0	0	2	17	
Total		3	100	9	100	0	0	12	100	
37-50		13-15 anos	0	0	2	15	0	0	2	13
		16-18 anos	1	50	8	62	0	0	9	60
		19-22 anos	1	50	2	15	0	0	3	20
		>26	0	0	1	8	0	0	1	7
	Total		2	100	13	100	0	0	15	100
>50		13-15 anos	1	100	2	40	0	0	3	43
		19-22 anos	0	0	2	40	0	0	2	29
		>26	0	0	0	0	1	100	1	14
		NR	0	0	1	20	0	0	1	14
	Total		1	100	5	100	1	100	7	100
	Total		14		36		1		51	

N- Numero de indivíduos; %- Percentagem de indivíduos; NR- Não respondeu; PC- Paralisia Cerebral; Outras- Outras Deficiências.

De acordo com a análise da tabela 20., que relaciona a idade da primeira relação sexual com a faixa etária dos inquiridos, podemos afirmar que tanto para o sexo feminino com paralisia cerebral (57%) e com outras deficiências (36%), como para o sexo masculino com paralisia cerebral (43%) e com outras deficiências (33%) predomina a faixa etária entre os 16-18 anos.

Relacionando as respostas da pergunta anterior com a classe etária, podemos afirmar que 50% dos indivíduos com menos de 18 anos portadores de paralisia cerebral afirmaram terem tido o seu primeiro relacionamento sexual entre os 10-12 anos.

Nos participantes da faixa etária entre 19-25 anos, conclui-se que 50% dos inquiridos com paralisia cerebral tiveram o seu primeiro relacionamento sexual entre os 16-18 anos enquanto que 50% dos inquiridos com outras deficiências tiveram o seu primeiro relacionamento sexual entre os 19-22 anos.

Nos inquiridos da faixa etária entre 26-36 anos, verifica-se que a maior parte dos inquiridos portadores de paralisia cerebral (100%) tiveram o seu primeiro relacionamento sexual entre os 16-18 anos enquanto que 33% dos inquiridos com outras deficiências tiveram o seu primeiro relacionamento sexual entre os 16-18 anos.

Para os participantes que têm entre 37-50 anos 50% dos inquiridos com paralisia cerebral tiveram o seu primeiro relacionamento sexual entre os 16-18 e entre os 19-22 anos, 62% dos inquiridos com outras deficiências afirmam terem tido o seu primeiro relacionamento sexual entre os 16-18 anos.

Por último, os indivíduos com mais de 50 anos, a maior parte dos indivíduos com paralisia cerebral (100%) tiveram o seu primeiro relacionamento sexual entre os 13-15 anos, 40% dos indivíduos com outras deficiências tiveram o seu primeiro relacionamento sexual entre os 13-15 e entre os 19-22 anos.

Tabela 22. – Caracterização da população-alvo, de acordo com o tipo de deficiência dos inquiridos.

Que idade tinha quando teve o seu primeiro relacionamento sexual?									
		PC (N)	PC (%)	Outras (N)	Outras (%)	Não respondeu (N)	Não respondeu (%)		
	10-12 anos	1	7	0	0	0	0	1	2
	13-15 anos	1	7	6	17	0	0	7	14
	16-18 anos	7	50	12	33	0	0	19	37
	19-22 anos	1	7	9	25	0	0	10	20
	22-25 anos	2	14	1	3	0	0	3	6
	>26	0	0	2	6	1	100	3	6
	NR	2	14	6	17	0	0	8	16
Total		14	100	36	100	1	100	51	100

N- Numero de indivíduos; %- Percentagem de indivíduos; NR- Não respondeu; PC- Paralisia Cerebral; Outras- Outras Deficiências.

De acordo com os dados da tabela 22., pode-se concluir que no que diz respeito aos inquiridos com paralisia cerebral, 50% afirmam terem tido o seu primeiro relacionamento sexual aos 16-18 anos e apenas 7% dos inquiridos responderam terem tido o primeiro relacionamento sexual entre os 10-12 e entre os 13-15 anos.

Relativamente aos inquiridos com outro tipo de deficiência, 33% dos indivíduos afirmam terem tido o primeiro relacionamento sexual entre os 16-18 anos e apenas 3% dos indivíduos afirmam terem tido o primeiro relacionamento sexual entre os 22-25 anos.

Estes dados mostram que tanto o sexo masculino portadores de paralisia cerebral e de outras deficiências como o sexo feminino portadores de paralisia cerebral e de outras deficiências inicia a sexualidade aos 16-18 anos.

É também importante salientar que existem alguns indivíduos, do sexo feminino, portadores de outras deficiências a iniciarem a sua vida sexual entre os 13-15 anos, assim como a existência de um caso com paralisia cerebral em que inicia ainda mais cedo (entre os 10-12 anos), o que se revela preocupante, na medida em que nesta idade ainda não atingiram a maturidade sexual nem emocional para darem inicio a tal atividade.

O início precoce da vida sexual pode estar associado com a desestrutura familiar, comportamento anti-social ou envolvimento com drogas lícitas ou ilícitas (Capaldi, Crosby & Stoolmiller, 1996).

2.5. PERGUNTA 5: “SE TENS RELAÇÕES SEXUAIS, COSTUMAS UTILIZAR ALGUM MÉTODO CONTRACETIVO?”

Tabela 23. e 24. – Caracterização da população-alvo, de acordo com o gênero e a idade dos inquiridos.

Utilização de métodos contraceptivos

Se tem relações sexuais costuma utilizar algum método contraceptivo?									Total (N)	Total (%)
			PC (N)	PC (%)	Outras (N)	Outras (%)	Não respondeu (N)	Não respondeu (%)		
Feminino		Não	1	14	3	27	0	0	4	21
		Sim	4	57	6	55	1	100	11	58
		NR	2	29	2	18	0	0	4	21
		Total	7	100	11	100	1	100	19	100
Masculino		Não	1	14	12	50	0	0	13	42
		Sim	4	57	9	38	0	0	13	42
		NR	2	29	3	13	0	0	5	16
		Total	7	100	24	100	0	0	31	100
NR		Não	0	0	1	100	0	0	1	100
		Total	0	0	1	100	0	0	1	100
Total			14		36		1		51	

Se tem relações sexuais costuma utilizar algum método contraceptivo?									Total (N)	Total (%)
			PC (N)	PC (%)	Outras (N)	Outras (%)	Não respondeu (N)	Não respondeu (%)		
<18		Sim	0	0	1	100	0	0	1	33
		NR	2	100	0	0	0	0	2	67
		Total	2	100	1	100	0	0	3	100
19-25		Não	1	17	3	38	0	0	4	29
		Sim	4	67	5	63	0	0	9	64
		NR	1	17	0	0	0	0	1	7
		Total	6	100	8	100	0	0	14	100
26-36		Não	0	0	3	33	0	0	3	25
		Sim	2	67	4	44	0	0	6	50
		NR	1	33	2	22	0	0	3	25
		Total	3	100	9	100	0	0	12	100
37-50		Não	1	50	6	46	0	0	7	47
		Sim	1	50	4	31	0	0	5	33
		NR	0	0	3	23	0	0	3	20
		Total	2	100	13	100	0	0	15	100
>50		Não	0	0	4	80	0	0	4	57
		Sim	1	100	1	20	1	100	3	43
		Total	1	100	5	100	1	100	7	100
Total			14		36		1		51	

N- Numero de indivíduos; %- Percentagem de indivíduos; NR- Não respondeu; PC- Paralisia Cerebral; Outras- Outras Deficiências.

De acordo com a tabela 23., 57% dos inquiridos do sexo feminino com paralisia cerebral e 55% do mesmo sexo com outras deficiências utilizam algum método contraceptivo e 57% dos inquiridos do sexo masculino com paralisia cerebral e 50% do mesmo sexo com outras deficiências não utilizam algum método contraceptivo.

Relativamente aos inquiridos que afirmaram não utilizar nenhum método contraceptivo, o sexo masculino com outras deficiências apresenta, também um maior número de respostas negativas, nomeadamente, 50%, contra os 27% do sexo feminino.

Importa referir que houve 16% dos inquiridos que não responderam a esta pergunta. Tal facto pode dever-se ao desconhecimento do que são métodos contraceptivos e que tipos existem ou ao facto de nunca terem tido nenhum relacionamento sexual.

Relacionando as respostas da pergunta anterior com a classe etária, podemos afirmar que os indivíduos com menos de 18 anos com outras deficiências (100%) afirmam utilizarem algum método contraceptivo.

Nos participantes da faixa etária entre 19-25 anos, 67% dos inquiridos portadores de paralisia cerebral afirmam usarem algum método contraceptivo e 38% dos inquiridos portadores de outras deficiências afirmam não usarem método contraceptivo.

Nos inquiridos da faixa etária entre 26-36 anos, verifica-se que 67% dos inquiridos com paralisia cerebral usam método contraceptivo e 33% dos inquiridos com outras deficiências não usam nenhum método contraceptivo.

Para os participantes que têm entre 37-50 anos 50% dos inquiridos com paralisia cerebral responderam não usarem nenhum método contraceptivo e 31% dos inquiridos com outras deficiências responderam que usam método contraceptivo.

Por último, os indivíduos com mais de 50 anos, os indivíduos com paralisia cerebral (100%) usam método contraceptivo e 80% dos indivíduos com outras deficiências responderam não usar método contraceptivo.

Tabela 25. – Caracterização da população-alvo, de acordo com o tipo de deficiência dos inquiridos.

Se tem relações sexuais costuma utilizar algum método contraceptivo?								Total (N)	Total (%)
		PC (N)	PC (%)	Outras (N)	Outras (%)	Não respondeu (N)	Não respondeu (%)		
	Não	2	14	16	44	0	0	18	35
	Sim	8	57	15	42	1	100	24	47
	NR	4	29	5	14	0	0	9	18
Total		14	100	36	100	1	100	51	100

N- Numero de indivíduos; %- Percentagem de indivíduos; NR- Não respondeu; PC- Paralisia Cerebral; Outras- Outras Deficiências.

De acordo com os dados da tabela 25., pode-se concluir que no que diz respeito aos inquiridos com paralisia cerebral, 57% afirmam usarem algum método contraceptivo e apenas 14% dos inquiridos responderam não usarem nenhum método contraceptivo.

Relativamente aos inquiridos com outro tipo de deficiência, 42% dos indivíduos afirmam usarem método contraceptivo e 44% dos indivíduos responderam não usarem nenhum método contraceptivo.

Podemos então concluir que, os indivíduos portadores de paralisia cerebral utilizam métodos contraceptivos mais do que os indivíduos portadores de outras deficiências pois a PC define-se como uma doença não progressiva e é diagnosticada precocemente afetando aquelas porções do cérebro que controlam os movimentos e atitudes, adquirida no curso do desenvolvimento precoce do cérebro, devendo assim ter uma intervenção que deve ser organizada e estruturada de forma a privilegiar o desenvolvimento geral da criança ou jovem com PC existindo uma equipa de profissionais que trabalhem no sentido de suprimir as dificuldades da criança ou jovem.

2.6. PERGUNTA 6: “COSTUMAS MASTURBAR-TE?”

Tabela 26. e 27. – Caracterização da população-alvo, de acordo com o género e a idade dos inquiridos.

Prática da masturbação

Costuma masturbar-se?										
			PC (N)	PC (%)	Outras (N)	Outras (%)	Não respondeu (N)	Não respondeu (%)	Total (N)	Total (%)
Feminino		Não	3	43	6	55	1	100	10	53
		Sim	4	57	5	45	0	0	9	47
		Total	7	100	11	100	1	100	19	100
Masculino		Não	2	29	12	50	0	0	14	45
		Sim	5	71	12	50	0	0	17	55
		Total	7	100	24	100	0	0	31	100
NR		Não	0	0	1	100	0	0	1	100
		Sim	0	0	1	100	0	0	1	100
		Total	0	0	1	100	0	0	1	100
Total			14		36		1		51	

Costuma masturbar-se?										
			PC (N)	PC (%)	Outras (N)	Outras (%)	Não respondeu (N)	Não respondeu (%)	Total (N)	Total (%)
<18		Não	2	100	1	100	0	0	3	100
		Total	2	100	1	100	0	0	3	100
19-25		Não	2	33	3	38	0	0	5	36
		Sim	4	67	5	63	0	0	9	64
		Total	6	100	8	100	0	0	14	100
26-36		Não	1	33	3	33	0	0	4	33
		Sim	2	67	6	67	0	0	8	67
		Total	3	100	9	100	0	0	12	100
37-50		Não	0	0	8	62	0	0	8	53
		Sim	2	100	5	38	0	0	7	47
		Total	2	100	13	100	0	0	15	100
>50		Não	0	0	4	80	1	100	5	71
		Sim	1	100	1	20	0	0	2	29
		Total	1	100	5	100	1	100	7	100
Total			14		36		1		51	

N- Numero de indivíduos; %- Percentagem de indivíduos; NR- Não respondeu; PC- Paralisia Cerebral; Outras- Outras Deficiências.

Relativamente à análise da tabela 26., que relaciona o sexo dos inquiridos com a existência ou não da masturbação na vida dos inquiridos, podemos concluir, relativamente ao sexo feminino com paralisia cerebral, que 43% das mulheres não se costumam masturbar, contra 57% que apresentam uma resposta positiva e relativamente às mulheres com outras deficiências 55% não se costumam masturbar. Quanto ao sexo masculino com paralisia cerebral 71% dos inquiridos afirma “Sim” e 50% com outras deficiências não se costumam masturbar.

Relacionando as respostas da pergunta anterior com a classe etária, podemos afirmar que 3 indivíduos com menos de 18 anos não se costumam masturbar.

Nos participantes da faixa etária entre 19-25 anos, 67% dos inquiridos com paralisia cerebral afirmam masturbarem-se e inquiridos afirmam não se masturbarem.

Nos inquiridos da faixa etária entre 26-36 anos, verifica-se que 8 inquiridos masturbam-se e 4 inquiridos não se masturbam.

Para os participantes que têm entre 37-50 anos 7 inquiridos responderam masturbarem-se e 8 inquiridos responderam não se masturbarem.

Por último, os indivíduos com mais de 50 anos, 5 indivíduos afirmam não se masturbarem e apenas 2 indivíduos afirmam masturbarem-se.

Tabela 28. – Caracterização da população-alvo, de acordo com o tipo de deficiência dos inquiridos.

Costuma masturbar-se?								Total (N)	Total (%)
		PC (N)	PC (%)	Outras (N)	Outras (%)	Não respondeu (N)	Não respondeu (%)		
	Não	5	36	19	53	1	100	25	49
	Sim	9	64	17	47	0	0	26	51
Total		14	100	36	100	1	100	51	100

N- Numero de indivíduos; %- Percentagem de indivíduos; PC- Paralisia Cerebral; Outras- Outras Deficiências.

De acordo com os dados da tabela 28., pode-se concluir que no que diz respeito aos inquiridos com paralisia cerebral, 64% afirmam masturbarem-se e 36% dos inquiridos responderam não se masturbarem.

Relativamente aos inquiridos com outro tipo de deficiência, 47% dos indivíduos afirmam masturbarem-se e 53% dos indivíduos responderam não se masturbar.

Conclui-se que os homens portadores de outras deficiências motoras se costumam masturbar mais do que as mulheres portadoras de paralisia cerebral, o que é

confirmado através de dados disponibilizados pela Organização Mundial de Saúde, onde referem que os homens praticam mais a masturbação do que as mulheres independentemente do tipo de deficiência. Isso acontece devido as mulheres não falarem tanto sobre o assunto, talvez por vergonha, medo de serem apontadas ou repreendidas, para além de ser um comportamento que faz parte da intimidade de cada um.

2.7. PERGUNTA 7: “QUE IDADE TINHA QUANDO SE MASTURBOU PELA PRIMEIRA VEZ?”

Tabela 29. e 30. – Classificação da informação sobre a idade da primeira masturbação de acordo com o género e a idade dos inquiridos.

Idade da primeira masturbação

Que idade tinha quando se masturbou pela primeira vez?									Total (N)	Total (%)
			PC (N)	PC (%)	Outras (N)	Outras (%)	Não respondeu (N)	Não respondeu (%)		
Feminino		<10	4	57	1	9	1	100	6	32
		10-12	2	29	1	9	0	0	3	16
		13-15	1	14	2	18	0	0	3	16
		16-18	0	0	4	36	0	0	4	21
		19-22	0	0	2	18	0	0	2	11
		NR	0	0	1	9	0	0	1	5
	Total		7	100	11	100	1	100	19	100
Masculino		<10	0	0	2	8	0	0	2	6
		10-12	2	29	5	21	0	0	7	23
		13-15	4	57	16	67	0	0	20	65
		19-22	1	14	1	4	0	0	2	6
	Total		7	100	24	100	0	0	31	100
NR	13-15	0	0	1	100	0	0	1	100	
	Total		0	0	1	100	0	0	1	100
Total			14		36		1		51	

Que idade tinha quando se masturbou pela primeira vez?										
			PC (N)	PC (%)	Outras (N)	Outras (%)	Não respondeu (N)	Não respondeu (%)	Total (N)	Total (%)
<18		<10	1	50	1	100	0	0	2	67
		10-12	1	50	0	0	0	0	1	33
		Total	2	100	1	100	0	0	3	100
19-25		<10	3	50	0	0	0	0	3	21
		10-12	1	17	2	25	0	0	3	21
		13-15	2	33	5	63	0	0	7	50
		16-18	0	0	1	13	0	0	1	7
		Total	6	100	8	100	0	0	14	100
26-36		<10	0	0	1	11	0	0	1	8
		10-12	1	33	0	0	0	0	1	8
		13-15	1	33	5	56	0	0	6	50
		19-22	1	33	2	22	0	0	3	25
		NR	0	0	1	11	0	0	1	8
		Total	3	100	9	100	0	0	12	100
37-50		<10	0	0	1	8	0	0	1	7
		10-12	1	50	3	23	0	0	4	27
		13-15	1	50	7	54	0	0	8	53
		16-18	0	0	2	15	0	0	2	13
		Total	2	100	13	100	0	0	15	100
>50		<10	0	0	0	0	1	100	1	14
		10-12	0	0	1	20	0	0	1	14
		13-15	1	100	2	40	0	0	3	43
		16-18	0	0	1	20	0	0	1	14
		19-22	0	0	1	20	0	0	1	14
		Total	1	100	5	100	1	100	7	100
Total			14		36		1		51	

N- Numero de indivíduos; %- Percentagem de indivíduos; NR- Não respondeu; PC- Paralisia Cerebral; Outras- Outras Deficiências.

De acordo com a tabela 30., verificamos que a idade preferencial para o início da masturbação nas mulheres com paralisia cerebral é antes dos 10 anos e nos homens tanto com paralisia cerebral como com outras deficiências situa-se entre os 13-15 anos, existindo um maior de homens.

Seguidamente, para o sexo feminino com paralisia cerebral, a idade preferencial para iniciar a masturbação é antes dos 10 anos, enquanto que para o sexo masculino tanto com paralisia cerebral como com outras deficiências é entre os 13-15 anos. Através da observação destes valores pode afirmar-se que as mulheres com paralisia cerebral iniciam a masturbação muito mais cedo do que os homens.

Relacionando as respostas da pergunta anterior com a classe etária, podemos afirmar que 50% dos indivíduos com menos de 18 anos e com paralisia cerebral iniciaram a masturbação antes dos 10 anos e entre os 10-12 anos.

Nos participantes da faixa etária entre 19-25 anos, 50% dos inquiridos portadores de paralisia cerebral iniciaram a masturbação antes dos 10 anos e 63% dos inquiridos portadores de outras deficiências iniciaram entre os 13-15 anos.

Nos inquiridos da faixa etária entre 26-36 anos, verifica-se que 33% dos inquiridos com paralisia cerebral iniciaram a masturbação entre os 13-15 anos, os 10-12 anos e os 19-22 anos enquanto que 56% dos inquiridos com outras deficiências iniciaram a masturbação entre os 13-15 anos.

Para os participantes que têm entre 37-50 anos verifica-se que 50% dos inquiridos com paralisia cerebral iniciaram a masturbação entre os 13-15 anos e os 10-12 anos enquanto que 54% dos inquiridos com outras deficiências iniciaram a masturbação entre os 13-15 anos.

Por último, os indivíduos com mais de 50 anos, os inquiridos com paralisia cerebral iniciaram a masturbação entre os 13-15 anos enquanto que 40% dos inquiridos com outras deficiências iniciaram a masturbação entre os 13-15 anos.

Tabela 31. – Caracterização da população-alvo sobre o início da masturbação, de acordo com o tipo de deficiência dos inquiridos.

Que idade tinha quando se masturbou pela primeira vez?								Total (N)	Total (%)
		PC (N)	PC (%)	Outras (N)	Outras (%)	Não respondeu (N)	Não respondeu (%)		
	<10	4	29	3	8	1	100	8	16
	10-12	4	29	6	17	0	0	10	20
	13-15	5	36	19	53	0	0	24	47
	16-18	0	0	4	11	0	0	4	8
	19-22	1	7	3	8	0	0	4	8
	NR	0	0	1	3	0	0	1	2
Total		14	100	36	100	1	100	51	100

N- Numero de indivíduos; %- Percentagem de indivíduos; NR- Não respondeu; PC- Paralisia Cerebral; Outras- Outras Deficiências.

De acordo com os dados da tabela 31., pode-se concluir que no que diz respeito aos inquiridos com paralisia cerebral, 36% afirmam que iniciaram a masturbação entre os 13-15 anos e 29% dos inquiridos responderam terem iniciado a masturbação antes dos 10 anos como também entre os 10-12 anos.

Relativamente aos inquiridos com outro tipo de deficiência, 53% dos indivíduos iniciaram entre os 13-15 anos e 17% dos indivíduos iniciaram entre os 10-12 anos.

2.8. PERGUNTA 8: “PENSAS QUE A HOMOSSEXUALIDADE É:”

Tabela 32. e 33. – Caracterização da população-alvo sobre a homossexualidade, de acordo com o gênero e a idade dos inquiridos.

Homossexualidade

Pensa que a homossexualidade é:		PC (N)	PC (%)	Outras (N)	Outras (%)	Não respondeu (N)	Não respondeu (%)	Total (N)	Total (%)
Feminino	Uma forma de sexualidade como qualquer outra	5	71	10	91	0	0	15	79
	Uma forma de sexualidade mais difícil de assumir pela pessoa com deficiência	1	14	0	0	0	0	1	5
	Nenhuma das respostas	0	0	0	0	1	100	1	5
	Todas as anteriores	1	14	0	0	0	0	1	5
	NR	0	0	1	9	0	0	1	5
Total		7	100	11	100	1	100	19	99
Masculino	Uma forma de sexualidade como qualquer outra	5	71	16	67	0	0	21	68
	Uma forma de sexualidade mais difícil de assumir pela pessoa com deficiência	1	14	1	4	0	0	2	6
	Nenhuma das respostas	1	14	6	25	0	0	7	23
	Todas as anteriores	0	0	1	4	0	0	1	3
	Total	7	100	24	100	0	0	31	100
NR	Uma forma de sexualidade mais difícil de assumir pela pessoa com deficiência	0	0	1	100	0	0	1	100
	Total	0	0	1	100	0	0	1	100
Total		14		36		1		51	

Pensa que a homossexualidade é:		PC (N)	PC (%)	Outras (N)	Outras (%)	Não respondeu (N)	Não respondeu (%)	Total (N)	Total (%)
<18	Uma forma de sexualidade como qualquer outra	2	100	1	100	0	0	3	100
	Total	2	100	1	100	0	0	3	100
19-25	Uma forma de sexualidade como qualquer outra	4	67	3	38	0	0	7	50
	Uma forma de sexualidade mais difícil de assumir pela pessoa com deficiência	0	0	1	13	0	0	1	7
	Nenhuma das respostas	1	17	4	50	0	0	5	36
	Todas as anteriores	1	17	0	0	0	0	1	7
	Total	6	100	8	100	0	0	14	100
26-36	Uma forma de sexualidade como qualquer outra	2	67	7	78	0	0	9	75
	Uma forma de sexualidade mais difícil de assumir pela pessoa com deficiência	1	33	0	0	0	0	1	8
	Todas as anteriores	0	0	1	11	0	0	1	8
	NR	0	0	1	11	0	0	1	8
	Total	3	100	9	100	0	0	12	100
37-50	Uma forma de sexualidade como qualquer outra	1	50	12	92	0	0	13	87
	Uma forma de sexualidade mais difícil de assumir pela pessoa com deficiência	1	50	0	0	0	0	1	7
	Nenhuma das respostas	0	0	1	8	0	0	1	7
	Total	2	100	13	100	0	0	15	100
>50	Uma forma de sexualidade como qualquer outra	1	100	3	60	0	0	4	57
	Uma forma de sexualidade mais difícil de assumir pela pessoa com deficiência	0	0	1	20	0	0	1	14
	Nenhuma das respostas	0	0	1	20	1	100	2	29
	Total	1	100	5	100	1	100	7	100
Total		14		36		1		51	

N- Numero de indivíduos; %- Percentagem de indivíduos; NR- Não respondeu; PC- Paralisia Cerebral; Outras- Outras Deficiências.

Relativamente à questão da homossexualidade, analisando a tabela 32., há a destacar o elevado número de respostas (79% de mulheres e 68% de homens) de indivíduos tanto portadores de paralisia cerebral como portadores de outras deficiências que “vêem” esta orientação sexual como uma forma de sexualidade como outra qualquer. Tal fato demonstra que os portadores de deficiência motora estão perfeitamente sensibilizados para a homossexualidade e que a aceitam de uma forma natural.

Com menor relevância existiram também, 14% de respostas do sexo feminino com paralisia cerebral e 4% de respostas do sexo masculino com outras deficiências que definiram a homossexualidade como uma de sexualidade mais difícil de assumir pela pessoa com deficiência.

Relacionando as respostas da pergunta anterior com a classe etária, podemos afirmar que tanto os indivíduos com paralisia cerebral como os indivíduos com outras

deficiências com menos de 18 anos “vêm” esta orientação sexual como uma forma de sexualidade como qualquer outra.

Nos participantes da faixa etária entre 19-25 anos, 67% dos inquiridos com paralisia cerebral e 38% dos inquiridos com outras deficiências “vêm” esta orientação sexual como uma forma de sexualidade como qualquer outra.

Nos inquiridos da faixa etária entre 26-36 anos, verifica-se que 67% dos inquiridos com paralisia cerebral e 78% com outras deficiências “vêm” esta orientação sexual como uma forma de sexualidade como qualquer outra.

Para os participantes que têm entre 37-50 anos 50% dos inquiridos com paralisia cerebral “vêm” esta orientação sexual tanto como uma forma de sexualidade como qualquer outra e como uma forma de sexual mais difícil de assumir pela pessoa com deficiência e 92% dos inquiridos com outras deficiências “vêm” esta orientação sexual tanto como uma forma de sexualidade como qualquer outra.

Por último, os indivíduos com mais de 50 anos, todos os inquiridos com paralisia cerebral “vêm” esta orientação sexual como uma forma de sexualidade como outra qualquer e 60% dos inquiridos com outras deficiências “vêm” esta orientação sexual tanto como uma forma de sexualidade como qualquer outra.

A homossexualidade é muito mais do que a orientação sexual por pessoas do mesmo sexo, ela é uma expressão natural da sexualidade humana e, por isso, envolve também afetividade e relacionamentos. Não apenas sexo com o mesmo sexo.

Tabela 34. – Caracterização da população-alvo sobre a homossexualidade, de acordo com o tipo de deficiência dos inquiridos.

Pensa que a homossexualidade é:		PC (N)	PC (%)	Outras (N)	Outras (%)	Não respondeu (N)	Não respondeu (%)	Total (N)	Total (%)
Uma forma de sexualidade como qualquer outra		10	71	26	72	0	0	36	71
Uma forma de sexualidade mais difícil de assumir pela pessoa com deficiência		2	14	2	6	0	0	4	8
Nenhuma das respostas		1	7	6	17	1	100	8	16
Todas as anteriores		1	7	1	3	0	0	2	4
NR		0	0	1	3	0	0	1	2
Total		14	100	36	100	1	100	51	100

N- Numero de indivíduos; %- Percentagem de indivíduos; NR- Não respondeu; PC- Paralisia Cerebral; Outras- Outras Deficiências.

De acordo com os dados da tabela 34., pode-se concluir que no que diz respeito aos inquiridos com paralisia cerebral, 10 afirmam verem esta orientação sexual como uma forma de sexualidade como outra qualquer e apenas 2 inquiridos vêem esta orientação sexual como uma forma de sexualidade mais difícil de assumir pela pessoa com deficiência.

Relativamente aos inquiridos com outro tipo de deficiência, 26 indivíduos vêem esta orientação sexual como uma forma de sexualidade como outra qualquer e apenas 2 inquiridos veem esta orientação sexual como uma forma de sexualidade mais difícil de assumir pela pessoa com deficiência.

2.9. PERGUNTA 9: “JÁ TEVE ALGUMA ORIENTAÇÃO MÉDICA SOBRE SEXUALIDADE?”

Tabela 35. e 36. – Caracterização da população-alvo sobre orientação médica, de acordo com o género e a idade dos inquiridos.

Orientação médica

Já teve alguma orientação médica sobre sexualidade?										
			PC (N)	PC (%)	Outras (N)	Outras (%)	Não respondeu (N)	Não respondeu (%)	Total (N)	Total (%)
Feminino		Não	4	57	5	45	1	100	10	53
		Sim	3	43	6	55	0	0	9	47
		Total	7	100	11	100	1	100	19	100
Masculino		Não	6	86	16	67	0	0	22	71
		Sim	1	14	8	33	0	0	9	29
		Total	7	100	24	100	0	0	31	100
NR		Sim	0	0	1	100	0	0	1	100
		Total	0	0	1	100	0	0	1	100
Total			14		36		1		51	

Já teve alguma orientação médica sobre sexualidade?										
			PC (N)	PC (%)	Outras (N)	Outras (%)	Não respondeu (N)	Não respondeu (%)	Total (N)	Total (%)
<18		Não	2	100	0	0	0	0	2	67
		Sim	0	0	1	100	0	0	1	33
		Total	2	100	1	100	0	0	3	100
19-25		Não	4	67	6	75	0	0	10	71
		Sim	2	33	2	25	0	0	4	29
		Total	6	100	8	100	0	0	14	100
26-36		Não	2	67	7	78	0	0	9	75
		Sim	1	33	2	22	0	0	3	25
		Total	3	100	9	100	0	0	12	100
37-50		Não	2	100	7	54	0	0	9	60
		Sim	0	0	6	46	0	0	6	40
		Total	2	100	13	100	0	0	15	100
>50		Não	0	0	1	20	1	100	2	29
		Sim	1	100	4	80	0	0	5	71
		Total	1	100	5	100	1	100	7	100
Total			14		36		1		51	

N- Numero de indivíduos; %- Percentagem de indivíduos; NR- Não respondeu; PC- Paralisia Cerebral; Outras- Outras Deficiências.

Através da análise da tabela 35., conclui-se que a maior parte dos inquiridos não tiveram orientação médica sobre sexualidade, contudo o sexo masculino com paralisia cerebral (86%) e com outras deficiências (45%) aparenta ter menos orientação médica

sobre sexualidade do que o sexo feminino com paralisia cerebral (57%) e com outras deficiências (45%).

Relacionando as respostas da pergunta anterior com a classe etária, podemos afirmar que todos os indivíduos com menos de 18 anos com paralisia cerebral (100%) não tiveram orientação médica sobre sexualidade.

Nos participantes da faixa etária entre 19-25 anos, 67% dos inquiridos com paralisia cerebral responderam não ter orientação médica sobre sexualidade e 33% dos inquiridos afirmam ter. 75% dos inquiridos com outras deficiências responderam não ter orientação médica sobre sexualidade e 25% dos inquiridos afirmam ter.

Nos inquiridos da faixa etária entre 26-36 anos, verifica-se que igualmente 67% dos inquiridos com paralisia cerebral responderam não ter orientação médica sobre sexualidade e 33% dos inquiridos afirmam ter. 78% dos inquiridos com outras deficiências responderam não ter orientação médica sobre sexualidade e 22% dos inquiridos afirmam ter.

Para os participantes que têm entre 37-50 anos todos os inquiridos com paralisia cerebral responderam não ter orientação médica sobre sexualidade (100%). 54% dos inquiridos com outras deficiências responderam não ter orientação médica sobre sexualidade e 46% dos inquiridos afirmam ter.

Por último, os indivíduos com mais de 50 anos, todos os inquiridos com paralisia cerebral (100%) responderam ter orientação médica sobre sexualidade. A maior parte dos inquiridos com outras deficiências responderam ter orientação médica sobre sexualidade (80%).

Tabela 37. – Caracterização da população-alvo sobre orientação médica, de acordo com o tipo de deficiência dos inquiridos.

Já teve alguma orientação médica sobre sexualidade?								Total (N)	Total (%)
		PC (N)	PC (%)	Outras (N)	Outras (%)	Não respondeu (N)	Não respondeu (%)		
	Não	10	71	21	58	1	100	32	63
	Sim	4	29	15	42	0	0	19	37
Total		14	100	36	100	1	100	51	100

N- Numero de indivíduos; %- Percentagem de indivíduos; PC- Paralisia Cerebral; Outras- Outras Deficiências.

De acordo com os dados da tabela 37., pode-se concluir que no que diz respeito aos inquiridos com paralisia cerebral, 71% afirmam não ter orientação médica sobre sexualidade e 29% dos inquiridos afirmam ter orientação médica.

Relativamente aos inquiridos com outro tipo de deficiência, 58% indivíduos não têm orientação médica sobre sexualidade e 42% inquiridos dizem ter orientação médica.

A pouca informação a respeito de aspetos básicos da sexualidade, reflete uma educação sexual repressora, proibitiva e silenciosa, e também um acúmulo de informações mal esclarecidas e deturpadas, pois “é a infantilização e o isolamento social, e não seu quociente intelectual ou problema neurológico que os impedem de gozarem de uma vida amorosa plena e satisfatória” (Glat, 1992).

Tal como os outros jovens, os jovens deficientes estão expostos a todo o tipo de mensagens sobre o sexo e a sexualidade e face a isto precisam de questionar quem eles mais confiam. Além disso, também estão expostos a todo o tipo de riscos, como abuso sexual, gravidez indesejada, doenças sexualmente transmissíveis, exploração sexual. Desta forma, dado o facto de serem pessoas mais vulneráveis e indefesas, dada a menor diversidade e número de contextos de vida a que têm acesso e à menor qualidade de experiências e vivências relacionais, a Educação Sexual informal não é suficiente (Loureiro, 1997).

3. PARTE III DO QUESTIONÁRIO – VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE

Relativamente à terceira parte “Vivência da Sexualidade” foram consideradas oito questões para serem respondidas pelos inquiridos, cujo objetivo é caracterizar a vivência da sexualidade por parte da pessoa portadora de deficiência motora.

3.1. PERGUNTA 1: “A SEXUALIDADE FAZ PARTE DA VIDA DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA MOTORA?”

Tabela 38. e 39. – Classificação da informação sobre a sexualidade na vida da pessoa portadora de deficiência motora.

Sexualidade na vida da pessoa com deficiência

A sexualidade faz parte da vida da pessoa portadora de deficiência motora?			PC (N)	PC (%)	Outras (N)	Outras (%)	Não respondeu (N)	Não respondeu (%)	Total (N)	Total (%)
Feminino		Não	1	14	0	0	0	0	1	5
		Sim	6	86	11	100	1	100	18	95
		Total	7	100	11	100	1	100	19	100
Masculino		Não	0	0	5	21	0	0	5	16
		Sim	7	100	19	79	0	0	26	84
		Total	7	100	24	100	0	0	31	100
NR		Sim	0	0	1	100	0	0	1	100
		Total	0	0	1	100	0	0	1	100
Total			14		36		1		51	

A sexualidade faz parte da vida da pessoa portadora de deficiência motora?			PC (N)	PC (%)	Outras (N)	Outras (%)	Não respondeu (N)	Não respondeu (%)	Total (N)	Total (%)
<18		Sim	2	100	1	100	0	0	3	100
		Total	2	100	1	100	0	0	3	100
19-25		Não	1	17	4	50	0	0	5	36
		Sim	5	83	4	50	0	0	9	64
		Total	6	100	8	100	0	0	14	100
26-36		Não	0	0	1	11	0	0	1	8
		Sim	3	100	8	89	0	0	11	92
		Total	3	100	9	100	0	0	12	100
37-50		Sim	2	100	13	100	0	0	15	100
		Total	2	100	13	100	0	0	15	100
>50		Sim	1	100	5	100	1	100	7	100
		Total	1	100	5	100	1	100	7	100
Total			14		36		1		51	

N- Numero de indivíduos; %- Percentagem de indivíduos; NR- Não respondeu; PC- Paralisia Cerebral; Outras- Outras Deficiências.

Estes dados mostram que a maior parte dos inquiridos tanto mulheres e homens com paralisia cerebral e com outras deficiências afirmam que a sexualidade faz parte da vida da pessoa portadora de deficiência motora. No entanto, conclui-se que o sexo masculino com paralisia cerebral aparenta ser mais desta opinião do que o sexo feminino com PC.

Relacionando as respostas da pergunta anterior com a classe etária, podemos afirmar que todos os indivíduos com menos de 18 anos com paralisia cerebral (100%) afirmam que a sexualidade faz parte da vida da pessoa portadora de deficiência motora.

Nos participantes da faixa etária entre 19-25 anos, 83% dos inquiridos com paralisia “vê” a sexualidade como normal na vida do portador de deficiência motora e 17% dos inquiridos pensam o contrário.

Nos inquiridos da faixa etária entre 26-36 anos, verifica-se que a maioria dos indivíduos que participaram no presente estudo respondem de forma positiva à vivência da sexualidade na vida do portador de deficiência motora.

Para os participantes que têm entre 37-50 anos e com mais de 50 anos, todos os afirmam que a sexualidade está presente na vida do portador de deficiência motora.

Tabela 40. – Caracterização da população-alvo sobre a sexualidade na vida da pessoa portadora de deficiência motora, de acordo com o tipo de deficiência dos inquiridos.

A sexualidade faz parte da vida da pessoa portadora de deficiência motora?								Total (N)	Total (%)
		PC (N)	PC (%)	Outras (N)	Outras (%)	Não respondeu (N)	Não respondeu (%)		
	Não	1	7	5	14	0	0	6	12
	Sim	13	93	31	86	1	100	45	88
Total		14	100	36	100	1	100	51	100

N- Numero de indivíduos; %- Percentagem de indivíduos; PC- Paralisia Cerebral; Outras- Outras Deficiências.

De acordo com os dados da tabela 40., pode-se concluir que no que diz respeito aos inquiridos com paralisia cerebral, a maior parte (93%) afirmam que a sexualidade faz parte da vida da pessoa portadora de deficiência motora e apenas 7% dos inquiridos afirmam que a sexualidade não faz parte da vida da pessoa portadora de deficiência motora.

Relativamente aos inquiridos com outro tipo de deficiência, 86% dos inquiridos afirmam que a sexualidade faz parte da vida da pessoa portadora de deficiência motora.

As respostas obtidas a esta questão revelam que, os indivíduos portadores de deficiência motora já revelam a aceitação da sexualidade na sua vida, mostrando que a sexualidade, em suma, de acordo com Denari (1992), não pode ser vista como um fato isolado dos outros aspetos da vida de uma pessoa com deficiência, visto que a sexualidade é intrínseca à dimensão humana.

3.2. PERGUNTA 2: “QUAL O GRAU DE SATISFAÇÃO EM RELAÇÃO À FORMA COMO VIVÊNCIA A SUA SEXUALIDADE?”

Tabela 41. e 42. – Classificação da informação sobre o grau de satisfação em relação à forma como vivenciam a sexualidade, de acordo com o gênero e a idade.

Grau de satisfação em relação à sexualidade

Qual o seu grau de satisfação em relação à forma como vivencia a sua sexualidade?			PC (N)	PC (%)	Outras (N)	Outras (%)	Não respondeu (N)	Não respondeu (%)	Total (N)	Total (%)
Feminino		Muito Elevado	2	29	1	9	0	0	3	16
		Elevado	1	14	4	36	1	100	6	32
		Suficiente	2	29	4	36	0	0	6	32
		Baixo	2	29	1	9	0	0	3	16
		Muito Baixo	0	0	1	9	0	0	1	5
Total			7	100	11	100	1	100	19	100
Masculino		Muito Elevado	1	14	0	0	0	0	1	3
		Elevado	0	0	4	17	0	0	4	13
		Suficiente	4	57	9	38	0	0	13	42
		Baixo	1	14	5	21	0	0	6	19
		Muito Baixo	1	14	6	25	0	0	7	23
Total			7	100	24	100	0	0	31	100
NR		Elevado	0	0	1	100	0	0	1	100
		Total	0	0	1	100	0	0	1	100
Total			14		36		1		51	

Qual o seu grau de satisfação em relação à forma como vivencia a sua sexualidade?			PC (N)	PC (%)	Outras (N)	Outras (%)	Não respondeu (N)	Não respondeu (%)	Total (N)	Total (%)
<18		Suficiente	0	0	1	100	0	0	1	33
		Baixo	1	50	0	0	0	0	1	33
		Muito Baixo	1	50	0	0	0	0	1	33
		Total	2	100	1	100	0	0	3	99
19-25		Muito Elevado	2	33	0	0	0	0	2	14
		Elevado	1	17	2	25	0	0	3	21
		Suficiente	2	33	0	0	0	0	2	14
		Baixo	1	17	1	13	0	0	2	14
		Muito Baixo	0	0	5	63	0	0	5	36
Total			6	100	8	100	0	0	14	100
26-36		Elevado	0	0	3	33	0	0	3	25
		Suficiente	2	67	3	33	0	0	5	42
		Baixo	1	33	1	11	0	0	2	17
		Muito Baixo	0	0	2	22	0	0	2	17
Total			3	100	9	100	0	0	12	100
37-50		Muito Elevado	1	50	1	8	0	0	2	13
		Elevado	0	0	3	23	0	0	3	20
		Suficiente	1	50	6	46	0	0	7	47
		Baixo	0	0	3	23	0	0	3	20
Total			2	100	13	100	0	0	15	100
>50		Elevado	0	0	1	20	1	100	2	29
		Suficiente	1	100	3	60	0	0	4	57
		Baixo	0	0	1	20	0	0	1	14
Total			1	100	5	100	1	100	7	100
Total			14		36		1		51	

N- Numero de indivíduos; %- Percentagem de indivíduos; NR- Não respondeu PC- Paralisia Cerebral; Outras- Outras Deficiências.

Os dados da tabela anterior indicam que, para o sexo feminino com paralisia cerebral aproximadamente 30% consideram o seu grau de satisfação em relação à vivência da

sua sexualidade “Muito Elevado”, seguido de 14% das mulheres com paralisia cerebral que o classificam como “Elevado”. Como tal, conclui-se que apenas 29% dos inquiridos do sexo feminino tanto com paralisia cerebral como com outras deficiências estão satisfeitos com a sua vivência sexual.

Quanto ao sexo masculino com paralisia cerebral, existem 57% de homens que classificam a sua vivência sexual “Suficiente”, 14% “Muito Elevada”, “Muito Baixa”, “Baixa” e “Muito Baixa”. Quanto aos homens com outras deficiências, existem 38% que classificam a sua vivência sexual como “Suficiente”, 25% como “Muito Baixa”, 21% como “Baixa” e 17% como “Elevada”.

Relacionando as respostas da pergunta anterior com a classe etária, podemos afirmar que 50% dos indivíduos com menos de 18 anos com paralisia cerebral classificam a sua vivência sexual como “Baixa” e “Muito Baixa”. Os inquiridos com outras deficiências classificam a sua vivência sexual como “Suficiente”.

Nos participantes da faixa etária entre 19-25 anos, 33% dos inquiridos com paralisia cerebral classificam a sua vivência sexual como “Muito Elevada” e “Suficiente” enquanto que 63% dos inquiridos com outras deficiências classificam como “Muito Baixa” e 25% classificam como “Elevada”.

Nos inquiridos da faixa etária entre 26-36 anos, verifica-se que igualmente 67% dos inquiridos com paralisia cerebral classificam como “Suficiente” e “Baixa” enquanto que 33% dos inquiridos com outras deficiências classificam a sua vivência sexual como “Elevado” e “Suficiente”.

Para os participantes que têm entre 37-50 anos 50% dos inquiridos com paralisia cerebral classificam como “Suficiente” e “Muito Elevado” enquanto que 46% dos inquiridos com outras deficiências classificam a sua vivência sexual como “Suficiente”.

Por último, os indivíduos com mais de 50 anos, todos os inquiridos com paralisia cerebral (100%) classificam a sua vivência sexual como “Suficiente” e 60% dos inquiridos com outras deficiências classificam também como “Suficiente”.

Tabela 43. – Caracterização da população-alvo sobre o grau de satisfação em relação à sexualidade, de acordo com o tipo de deficiência dos inquiridos.

Qual o seu grau de satisfação em relação à forma como vivencia a sua sexualidade?								Total (N)	Total (%)
		PC (N)	PC (%)	Outras (N)	Outras (%)	Não respondeu (N)	Não respondeu (%)		
	Muito Elevado	3	21	1	3	0	0	4	8
	Elevado	1	7	9	25	1	100	11	22
	Suficiente	6	43	13	36	0	0	19	37
	Baixo	3	21	6	17	0	0	9	18
	Muito Baixo	1	7	7	19	0	0	8	16
Total		14	100	36	100	1	100	51	100

N- Numero de indivíduos; %- Percentagem de indivíduos; PC- Paralisia Cerebral; Outras- Outras Deficiências.

De acordo com os dados da tabela 43., pode-se concluir que no que diz respeito aos inquiridos com paralisia cerebral, 43% classificam a sua vivência sexual como “Suficiente” e apenas 7% dos inquiridos classificam a sua vivência sexual como “Elevado”.

Relativamente aos inquiridos com outro tipo de deficiência, 36% classificam a sua vivência sexual como “Suficiente” e apenas 17% dos inquiridos classificam a sua vivência sexual como “Baixo”.

No geral, a maioria dos indivíduos que respondeu ao inquérito não está completamente satisfeito com a vivência da sua sexualidade.

Apesar de inúmeros esforços para que a sexualidade das pessoas portadoras de deficiência passe a ser um direito e, como tal, se expresse nas suas diferentes dimensões, a nossa sociedade continua a vê-los como pessoas "assexuadas". A sexualidade é ainda associada, quase exclusivamente, a pessoas novas, fisicamente atrativas e sãs (Lopes & Fuertes, 1989 *in* Félix, 2002).

Muitas pessoas a encaram de forma enviesada e redutora a sexualidade de vários grupos de indivíduos, concretamente: as crianças, os adolescentes, os idosos, os deficientes (físicos e mentais), ou porque não "devem" (adolescentes, deficientes e homens idosos), ou porque não conseguem alcançar um "aconselhável" relacionamento heterossexual (porventura, no caso dos deficientes, devido a restritos contactos sociais derivados do isolamento institucional em que muitos deles vivem), ou ainda porque não correspondem aos estereótipos da beleza vigente, determinadas pessoas, entre as quais os deficientes, vêem assim limitada a sua expressão sexual. Quando muito, reconhece-se teoricamente que eles têm esse direito, na condição de não passarem à prática (Gomes, 1995 *in* Félix, 2005).

3.3. PERGUNTA 3: “OS SEGUINTE ASPECTOS TÊM INFLUÊNCIA NA FORMA COMO VIVENCIO A MINHA SEXUALIDADE:”

Tabela 44. e 45. – Classificação da informação sobre os aspectos que influenciam a vivência da sexualidade, de acordo com o gênero e a idade.

Aspectos que influenciam a vivência da sexualidade

Os seguintes aspectos têm influência na forma como vivencio a minha sexualidade:			PC (N)	PC (%)	Outras (N)	Outras (%)	Não respondeu (N)	Não respondeu (%)	Total (N)	Total (%)
Feminino		A oportunidade de sair com pessoas	1	14	3	27	0	0	4	21
		A oportunidade de estar sózinho(a) com pessoas	0	0	2	18	0	0	2	11
		A minha autonomia	5	71	4	36	0	0	9	47
		Nenhuma das anteriores	1	14	2	18	1	100	4	21
		Total	7	100	11	100	1	100	19	100
Masculino		A oportunidade de sair com pessoas	1	14	0	0	0	0	1	3
		A oportunidade de estar sózinho(a) com pessoas	0	0	4	17	0	0	4	13
		A minha autonomia	1	14	9	38	0	0	10	32
		Vergonha de me expressar	2	29	3	13	0	0	5	16
		A opinião que os outros têm de mim	2	29	1	4	0	0	3	10
		A opinião que eu tenho sobre a sexualidade	0	0	4	17	0	0	4	13
		Nenhuma das anteriores	1	14	3	13	0	0	4	13
		Total	7	100	24	100	0	0	31	100
NR		A oportunidade de sair com pessoas	0	0	1	100	0	0	1	100
		Total	0	0	1	100	0	0	1	100
Total			14		36		1		51	

Os seguintes aspectos têm influência na forma como vivencio a minha sexualidade:			PC (N)	PC (%)	Outras (N)	Outras (%)	Não respondeu (N)	Não respondeu (%)	Total (N)	Total (%)
<18		A minha autonomia	1	50	0	0	0	0	1	33
		A opinião que os outros têm de mim	1	50	0	0	0	0	1	33
		Nenhuma das anteriores	0	0	1	100	0	0	1	33
		Total	2	100	1	100	0	0	3	100
19-25		A oportunidade de sair com pessoas	1	17	0	0	0	0	1	7
		A minha autonomia	2	33	2	25	0	0	4	29
		Vergonha de me expressar	1	17	1	13	0	0	2	14
		A opinião que eu tenho sobre a sexualidade	0	0	4	50	0	0	4	29
		Nenhuma das anteriores	2	33	1	13	0	0	3	21
		Total	6	100	8	100	0	0	14	100
26-36		A oportunidade de sair com pessoas	0	0	1	11	0	0	1	8
		A oportunidade de estar sózinho(a) com pessoas	0	0	1	11	0	0	1	8
		A minha autonomia	1	33	6	67	0	0	7	58
		Vergonha de me expressar	1	33	1	11	0	0	2	17
		A opinião que os outros têm de mim	1	33	0	0	0	0	1	8
		Total	3	100	9	100	0	0	12	100
37-50		A oportunidade de estar sózinho(a) com pessoas	0	0	3	23	0	0	3	20
		A minha autonomia	2	100	5	38	0	0	7	47
		Vergonha de me expressar	0	0	1	8	0	0	1	7
		A opinião que os outros têm de mim	0	0	1	8	0	0	1	7
		Nenhuma das anteriores	0	0	3	23	0	0	3	20
		Total	2	100	13	100	0	0	15	100
>50		A oportunidade de sair com pessoas	1	100	3	60	0	0	4	57
		A oportunidade de estar sózinho(a) com pessoas	0	0	2	40	0	0	2	29
		Nenhuma das anteriores	0	0	0	0	1	100	1	14
		Total	1	100	5	100	1	100	7	100
Total			14		36		1		51	

N- Numero de indivíduos; %- Percentagem de indivíduos; NR- Não respondeu; PC- Paralisia Cerebral; Outras- Outras Deficiências.

Os dados da tabela 44. indicam que, tanto para o sexo feminino portadores de paralisia cerebral e portadores de outras deficiências, o aspecto que mais influencia a forma como vivem a sexualidade é a falta de autonomia. Para o sexo masculino portadores de paralisia cerebral o aspecto que mais influencia a forma como vivem a sexualidade é a opinião que os outros têm de si e vergonha de se expressar e para portadores de outras deficiências é a falta de autonomia.

De seguida, para o sexo feminino com paralisia cerebral, surgem como maiores influenciadores na vivência da sexualidade, a falta oportunidade de sair com pessoas e a falta de autonomia.

Quanto às respostas do sexo masculino com paralisia cerebral, destacam-se a oportunidade de sair com pessoas e a falta de autonomia.

Relacionando as respostas da pergunta anterior com a classe etária, podemos afirmar que 50% dos indivíduos com menos de 18 anos com paralisia cerebral os aspetos que mais influencia a forma como vivem a sexualidade é a sua autonomia e a opinião que os outros têm de si.

Nos participantes da faixa etária entre 19-25 anos, 33% dos inquiridos com paralisia cerebral afirmam que o aspeto que mais influencia a forma como vivem a sexualidade é a sua autonomia enquanto que para os inquiridos com outras deficiências o aspeto que mais influencia a forma como vivem a sexualidade é a opinião que têm sobre a sexualidade (50%).

Nos inquiridos da faixa etária entre 26-36 anos, verifica-se que 33% dos inquiridos com paralisia cerebral afirmam que os aspetos que mais influenciam a forma como vivem a sexualidade é a sua autonomia, a vergonha de se expressar e a opinião que os outros têm de si enquanto que para os inquiridos com outras deficiências o aspeto que mais influencia a forma como vivem a sexualidade é a sua autonomia (67%).

Para os participantes que têm entre 37-50 anos para os inquiridos com paralisia cerebral os aspetos que mais influenciam a forma como vivem a sexualidade é a sua autonomia (100%) enquanto que para os inquiridos com outras deficiências o aspeto que mais influencia a forma como vivem a sexualidade também é a sua autonomia (38%).

Por último, os indivíduos com mais de 50 anos, para os inquiridos com paralisia cerebral os aspetos que mais influenciam a forma como vivem a sexualidade é a sua autonomia (100%) enquanto que para os inquiridos com outras deficiências o aspeto que mais influencia a forma como vivem a sexualidade é a oportunidade de sair com pessoas (60%).

Tabela 46. – Caracterização da população-alvo sobre os aspetos que influenciam a vivência da sexualidade, de acordo com o tipo de deficiência dos inquiridos.

Os seguintes aspetos têm influência na forma como vivencio a minha sexualidade:								Total (N)	Total (%)
		PC (N)	PC (%)	Outras (N)	Outras (%)	Não respondeu (N)	Não respondeu (%)		
	A oportunidade de sair com pessoas	2	14	4	11	0	0	6	12
	A oportunidade de estar sózinho(a) com pessoas	0	0	6	17	0	0	6	12
	A minha autonomia	6	43	13	36	0	0	19	37
	Vergonha de me expressar	2	14	3	8	0	0	5	10
	A opinião que os outros têm de mim	2	14	1	3	0	0	3	6
	A opinião que eu tenho sobre a sexualidade	0	0	4	11	0	0	4	8
	Nenhuma das anteriores	2	14	5	14	1	100	8	16
Total		14	100	36	100	1	100	51	100

N- Numero de indivíduos; %- Percentagem de indivíduos; PC- Paralisia Cerebral; Outras- Outras Deficiências.

De acordo com os dados da tabela 46., pode-se concluir que no que diz respeito aos inquiridos com paralisia cerebral, 43% afirmam que os aspetos que mais influenciam a forma como vivem a sexualidade é a sua autonomia.

Relativamente aos inquiridos com outro tipo de deficiência, 36% dos inquiridos afirmam que os aspetos que mais influenciam a forma como vivem a sexualidade é a sua autonomia.

Devido à superproteção familiar e institucional, muitos adolescentes (e, até mesmo, adultos) com deficiências, raramente saem sozinhos, e quando se encontram com colegas do sexo oposto (para namorar ou até mesmo para amizade) geralmente o fazem sob restrita supervisão. Assim sendo, fica difícil terem qualquer tipo de contato físico mais íntimo.

3.4. PERGUNTA 4: “A SUA VIDA SEXUAL ESTÁ LIGADA À SUA VIDA AMOROSA?”

Tabela 47. e 48. – Classificação da informação sobre a vida sexual e amorosa, de acordo com o gênero e a idade.

Vida sexual e amorosa

A sua vida sexual está ligada à sua vida amorosa?									Total (N)	Total (%)
			PC (N)	PC (%)	Outras (N)	Outras (%)	Não respondeu (N)	Não respondeu (%)		
Feminino		Quase Sempre	2	29	6	55	0	0	8	42
		Quase nunca	0	0	0	0	1	100	1	5
		Sempre	4	57	4	36	0	0	8	42
		Não se aplica	1	14	1	9	0	0	2	11
		Total	7	100	11	100	1	100	19	100
Masculino		Nunca	0	0	4	17	0	0	4	13
		Quase Sempre	2	29	6	25	0	0	8	26
		Às vezes	3	43	4	17	0	0	7	23
		Quase nunca	0	0	1	4	0	0	1	3
		Sempre	2	29	7	29	0	0	9	29
		Não se aplica	0	0	2	8	0	0	2	6
		Total	7	100	24	100	0	0	31	100
NR		Não se aplica	0	0	1	0	0	0	1	100
		Total	0	0	1	0	0	0	1	100
Total			14		36		1		51	

A sua vida sexual está ligada à sua vida amorosa?									Total (N)	Total (%)
			PC (N)	PC (%)	Outras (N)	Outras (%)	Não respondeu (N)	Não respondeu (%)		
<18		Quase Sempre	1	50	0	0	0	0	1	
		Às vezes	0	0	1	100	0	0	1	
		Sempre	1	50	0	0	0	0	1	
		Total	2	100	1	100	0	0	3	
19-25		Nunca	0	0	4	50	0	0	4	
		Quase Sempre	2	33	0	0	0	0	2	
		Às vezes	2	33	0	0	0	0	2	
		Sempre	2	33	2	25	0	0	4	
		Não se aplica	0	0	2	25	0	0	2	
		Total	6	100	8	100	0	0	14	
26-36		Quase Sempre	1	33	4	44	0	0	5	
		Às vezes	1	33	1	11	0	0	2	
		Sempre	1	33	4	44	0	0	5	
		Total	3	100	9	100	0	0	12	
37-50		Quase Sempre	0	0	4	31	0	0	4	
		Às vezes	0	0	2	15	0	0	2	
		Quase nunca	0	0	1	8	0	0	1	
		Sempre	1	50	5	38	0	0	6	
		Não se aplica	1	50	1	8	0	0	2	
		Total	2	100	13	100	0	0	15	
>50		Quase Sempre	0	0	4	80	0	0	4	
		Quase nunca	0	0	0	0	1	100	1	
		Sempre	1	100	0	0	0	0	1	
		Não se aplica	0	0	1	20	0	0	1	
		Total	1	100	5	100	1	100	7	
Total			14		36		1		51	

N- Numero de indivíduos; %- Percentagem de indivíduos; NR- Não respondeu; PC- Paralisia Cerebral; Outras- Outras Deficiências.

Analisando os resultados da tabela anterior, podemos observar que a maior parte dos indivíduos tanto com paralisia cerebral como com outras deficiências afirma existir uma relação entre a vida sexual e a vida amorosa, contudo o sexo feminino com

paralisia cerebral aparenta relacionar mais estes dois factores (57%) do que o sexo masculino com outras deficiências (29%).

Relacionando as respostas da pergunta anterior com a classe etária, podemos afirmar que 50% dos indivíduos com menos de 18 anos com paralisia cerebral afirma existir uma relação entre a vida sexual e a vida amorosa.

Nos participantes da faixa etária entre 19-25 anos, 33% dos inquiridos com paralisia cerebral afirmam existir uma relação entre a vida sexual e a vida amorosa enquanto que os inquiridos com outras deficiências afirmam não existir uma relação entre a vida sexual e a vida amorosa.

Nos inquiridos da faixa etária entre 26-36 anos, verifica-se que tanto os inquiridos com paralisia cerebral como com outras deficiências afirmam existir uma relação entre a vida sexual e a vida amorosa.

Para os participantes que têm entre 37-50 anos verifica-se igualmente que tanto os inquiridos com paralisia cerebral como com outras deficiências afirmam existir uma relação entre a vida sexual e a vida amorosa.

Por último, os indivíduos com mais de 50 anos, verifica-se igualmente que tanto os inquiridos com paralisia cerebral como com outras deficiências afirmam existir uma relação entre a vida sexual e a vida amorosa.

Tabela 49. – Caracterização da população-alvo sobre a vida sexual e amorosa, de acordo com o tipo de deficiência dos inquiridos.

A sua vida sexual está ligada à sua vida amorosa?								Total (N)	Total (%)
		PC (N)	PC (%)	Outras (N)	Outras (%)	Não respondeu (N)	Não respondeu (%)		
	Nunca	0	0	4	11	0	0	4	8
	Quase Sempre	4	29	12	33	0	0	16	31
	Às vezes	3	21	4	11	0	0	7	14
	Quase nunca	0	0	1	3	1	100	2	4
	Sempre	6	43	11	31	0	0	17	33
	Não se aplica	1	7	4	11	0	0	5	10
Total		14	100	36	100	1	100	51	100

N- Numero de indivíduos; %- Percentagem de indivíduos; PC- Paralisia Cerebral; Outras- Outras Deficiências.

De acordo com os dados da tabela 49., pode-se concluir que no que diz respeito aos inquiridos com paralisia cerebral, estes afirmam existir uma relação entre a vida sexual e a vida amorosa.

Relativamente aos inquiridos com outro tipo de deficiência, afirmam igualmente existir uma relação entre a vida sexual e a vida amorosa.

3.5. PERGUNTA 5: “JÁ NAMOROU?”

Tabela 50. e 51. – Classificação da informação sobre a existência ou ausência de namorado(a), de acordo com o género e a idade.

Existência ou ausência de namorado(a)

Já namorou?									Total (N)	Total (%)
			PC (N)	PC (%)	Outras (N)	Outras (%)	Não respondeu (N)	Não respondeu (%)		
Feminino		Não	2	29	2	18	0	0	4	21
		Uma vez	1	14	0	0	0	0	1	5
		Mais que uma vez	4	57	8	73	1	100	13	68
		NR	0	0	1	9	0	0	1	5
	Total		7	100	11	100	1	100	19	100
Masculino		Não	1	14	4	17	0	0	5	16
		Uma vez	1	14	6	25	0	0	7	23
		Mais que uma vez	5	71	14	58	0	0	19	61
	Total		7	100	24	100	0	0	31	100
NR		Mais que uma vez	0	0	1	0	0	0	1	100
		Total	0	0	1	0	0	0	1	100
		Total	14		36		1	0	51	

Já namorou?										
			PC (N)	PC (%)	Outras (N)	Outras (%)	Não respondeu (N)	Não respondeu (%)		
<18		Não	2	100	1	100	0	0	3	100
	Total		2	100	1	100	0	0	3	100
19-25		Não	1	17	2	25	0	0	3	21
		Uma vez	2	33	4	50	0	0	6	43
		Mais que uma vez	3	50	2	25	0	0	5	36
	Total		6	100	8	100	0	0	14	100
26-36		Não	0	0	2	22	0	0	2	17
		Uma vez	0	0	2	22	0	0	2	17
		Mais que uma vez	3	100	4	44	0	0	7	58
		NR	0	0	1	11	0	0	1	8
	Total		3	100	9	100	0	0	12	100
37-50		Mais que uma vez	2	100	13	100	0	0	15	100
	Total		2	100	13	100	0	0	15	100
>50		Não	0	0	1	20	0	0	1	14
		Mais que uma vez	1	100	4	80	1	100	6	86
	Total		1	100	5	100	1	100	7	100
Total			14		36		1		51	

N- Numero de indivíduos; %- Percentagem de indivíduos; NR- Não respondeu; PC- Paralisia Cerebral; Outras- Outras Deficiências.

Relativamente à questão do namoro, a maioria dos inquiridos, já namorou mais que uma vez, não havendo grandes diferenças entre o sexo feminino com paralisia cerebral e com outras deficiências e o sexo masculino com paralisia cerebral e com outras deficiências.

Quanto aos indivíduos que afirmarem nunca terem namorado, 29% pertencem ao sexo feminino com paralisia cerebral e 18% com outras deficiências. 14% ao sexo masculino com paralisia cerebral e 17% com outras deficiências, ou seja, existem o dobro das mulheres que nunca namoram, relativamente aos homens.

Relacionando as respostas da pergunta anterior com a classe etária, podemos afirmar que os indivíduos com menos de 18 anos tanto com paralisia cerebral como com outras deficiências nunca namoraram.

Nos participantes da faixa etária entre 19-25 anos, 50% dos inquiridos com paralisia cerebral afirmam já terem namorado mais que uma vez enquanto que 50% dos inquiridos com outras deficiências afirmam terem namorado uma única vez.

Nos inquiridos da faixa etária entre 26-36 anos, verifica-se que os inquiridos com paralisia cerebral já namoraram mais que uma vez e 44% dos inquiridos com outras deficiências afirmam já terem namorado mais que uma vez também.

Para os participantes que têm entre 37-50 anos verifica-se que tanto os inquiridos com paralisia cerebral como com outras deficiências já namoraram mais que uma vez.

Por último, os indivíduos com mais de 50 anos, verifica-se que os inquiridos com paralisia cerebral já namoraram mais que uma vez e 20% dos inquiridos com outras deficiências nunca namoraram.

Tabela 52. – Caracterização da população-alvo sobre a existência ou ausência de namorado(a), de acordo com o tipo de deficiência dos inquiridos.

Já namorou?								Total (N)	Total (%)
		PC (N)	PC (%)	Outras (N)	Outras (%)	Não respondeu (N)	Não respondeu (%)		
	Não	3	21	6	17	0	0	9	18
	Uma vez	2	14	6	17	0	0	8	16
	Mais que uma vez	9	64	23	64	1	100	33	65
	NR	0	0	1	3	0	0	1	2
Total		14	100	36	100	1	100	51	100

N- Numero de indivíduos; %- Percentagem de indivíduos; NR- Não respondeu; PC- Paralisia Cerebral; Outras- Outras Deficiências.

De acordo com os dados da tabela 52., pode-se concluir que no que diz respeito aos inquiridos com paralisia cerebral 64% afirmam já terem namorado mais que uma vez e 21% nunca namoraram.

Relativamente aos inquiridos com outro tipo de deficiência 64% afirmam já terem namorado mais que uma vez e apenas 17% nunca namoraram.

3.6. PERGUNTA 6: “PARTILHA COM ALGUÉM AS SUAS

DÚVIDAS/PREOCUPAÇÕES/SATISFAÇÕES SOBRE A SUA VIDA SEXUAL?”

Tabela 53. e 54. – Classificação da informação sobre a partilha de experiências da vida sexual dos inquiridos, de acordo com o género e a idade.

Partilha sobre a vida sexual

Partilha com alguém as suas dúvida/preocupações /satisfações da sua vida sexual?								Total (N)	Total (%)	
			PC (N)	PC (%)	Outras (N)	Outras (%)	Não respondeu (N)			Não respondeu (%)
Feminino		Não	4	57	3	27	1	100	8	42
		Amigos	2	29	7	64	0	0	9	47
		Mãe	1	14	1	9	0	0	2	11
	Total		7	100	11	100	1	100	19	100
Masculino		Não	5	71	13	54	0	0	18	58
		Amigos	1	14	6	25	0	0	7	23
		Pais	0	0	1	4	0	0	1	3
		Outros	1	14	3	13	0	0	4	13
		NR	0	0	1	4	0	0	1	3
	Total		7	100	24	100	0	0	31	100
NR		Não	0	0	1	100	0	0	1	100
		Total		0	0	1	100	0	0	1
Total			14		36		1		51	

Partilha com alguém as suas dúvida/preocupações /satisfações da sua vida sexual?									Total (N)	Total (%)
			PC (N)	PC (%)	Outras (N)	Outras (%)	Não respondeu (N)	Não respondeu (%)		
<18		Não	1	50	1	100	0	0	2	67
		Amigos	1	50	0	0	0	0	1	33
	Total		2	100	1	100	0	0	3	100
19-25		Não	4	67	4	50	0	0	8	57
		Amigos	0	0	4	50	0	0	4	29
		Mãe	1	17	0	0	0	0	1	7
		Outros	1	17	0	0	0	0	1	7
	Total		6	100	8	100	0	0	14	100
26-36		Não	3	100	3	33	0	0	6	50
		Amigos	0	0	4	44	0	0	4	33
		Pais	0	0	1	11	0	0	1	8
		Mãe	0	0	1	11	0	0	1	8
	Total		3	100	9	100	0	0	12	100
37-50		Não	1	50	6	46	0	0	7	47
		Amigos	1	50	3	23	0	0	4	27
		Outros	0	0	3	23	0	0	3	20
		NR	0	0	1	8	0	0	1	7
	Total		2	100	13	100	0	0	15	100
>50		Não	0	0	3	60	1	100	4	57
		Amigos	1	100	2	40	0	0	3	43
	Total		1	100	5	100	1	100	7	100
	Total		14		36		1		51	

N- Numero de indivíduos; %- Percentagem de indivíduos; NR- Não respondeu; PC- Paralisia Cerebral; Outras- Outras Deficiências.

De acordo com os resultados observados nas respostas à questão anterior, o sexo feminino com paralisia cerebral não partilha sobre as dúvidas/preocupações/satisfações sobre a sua vida sexual enquanto que 64% dos inquiridos do mesmo sexo com outras deficiências partilha sobre as dúvidas/preocupações/satisfações sobre a sua vida sexual com os Amigos. Os inquiridos do sexo masculino tanto com os dois tipos de deficiências (PC e outras) não partilha sobre as dúvidas/preocupações/satisfações sobre a sua vida sexual.

Relacionando as respostas da pergunta anterior com a classe etária, podemos afirmar que 50% dos indivíduos com menos de 18 anos com paralisia cerebral não partilham sobre as dúvidas/preocupações/satisfações sobre a sua vida sexual e nenhum inquirido com outras deficiências partilham sobre as dúvidas/preocupações/satisfações sobre a sua vida sexual.

Nos participantes da faixa etária entre 19-25 anos, 67% dos inquiridos com paralisia cerebral afirmam não partilharem sobre as dúvidas/preocupações/satisfações sobre a sua vida sexual e 50% dos inquiridos com outras deficiências afirmam partilharem sobre as dúvidas/preocupações/satisfações sobre a sua vida sexual com Amigos.

Nos inquiridos da faixa etária entre 26-36 anos, verifica-se que os inquiridos com paralisia cerebral não partilharem sobre as dúvidas/preocupações/satisfações sobre a sua vida sexual e 44% dos inquiridos com outras deficiências afirmam partilharem sobre as dúvidas/preocupações/satisfações sobre a sua vida sexual com Amigos.

Para os participantes que têm entre 37-50 anos verifica-se que 50% dos inquiridos com paralisia cerebral afirmam partilharem sobre as dúvidas/preocupações/satisfações sobre a sua vida sexual com Amigos e 46% dos inquiridos com outras deficiências não partilham sobre as dúvidas/preocupações/satisfações sobre a sua vida sexual.

Por último, os indivíduos com mais de 50 anos, verifica-se que os inquiridos com paralisia cerebral afirmam partilharem sobre as dúvidas/preocupações/satisfações sobre a sua vida sexual com Amigos e 60% dos inquiridos com outras deficiências não partilham sobre as dúvidas/preocupações/satisfações sobre a sua vida sexual.

Nesta análise, há um aspeto muito importante a destacar, que passa pela elevada percentagem de inquiridos que respondeu não partilhar as suas dúvidas/preocupações/satisfações sobre a sua vida sexual. O sexo masculino tanto com paralisia cerebral como com outras deficiências mostra uma maior dificuldade em partilhar as suas dúvidas do que o sexo feminino com paralisia cerebral como com outras deficiências.

Tabela 55. – Caracterização da população-alvo sobre a partilha de experiências da vida sexual dos inquiridos, de acordo com o tipo de deficiência dos inquiridos.

Partilha com alguém as suas dúvidas/preocupações /satisfações da sua vida sexual?		PC (N)	PC (%)	Outras (N)	Outras (%)	Não respondeu (N)	Não respondeu (%)	Total (N)	Total (%)
	Não	9	64	17	47	1	100	27	53
	Amigos	3	21	13	36	0	0	16	31
	País	0	0	1	3	0	0	1	2
	Mãe	1	7	1	3	0	0	2	4
	Outros	1	7	3	8	0	0	4	8
	NR	0	0	1	3	0	0	1	2
Total		14	100	36	100	1	100	51	100

N- Numero de indivíduos; %- Percentagem de indivíduos; NR- Não respondeu; PC- Paralisia Cerebral; Outras- Outras Deficiências.

De acordo com os dados da tabela 55., pode-se concluir que no que diz respeito aos inquiridos com paralisia cerebral 64% não partilham sobre as dúvidas/preocupações/satisfações sobre a sua vida sexual e 21% partilham sobre as dúvidas/preocupações/satisfações sobre a sua vida sexual com Amigos.

Relativamente aos inquiridos com outro tipo de deficiência 47% não partilham sobre as dúvidas/preocupações/satisfações sobre a sua vida sexual e 36% partilham sobre as dúvidas/preocupações/satisfações sobre a sua vida sexual com Amigos.

3.7. PERGUNTA 7: “JÁ SENTIU QUE FOI SEXUALMENTE ABUSADO?”

Tabela 56. e 57. – Classificação da informação sobre o abuso sexual de acordo com o género e a idade.

Abuso sexual

Já sentiu que foi sexualmente abusado(a)?								Total (N)	Total (%)	
			PC (N)	PC (%)	Outras (N)	Outras (%)	Não respondeu (N)			Não respondeu (%)
Feminino		Não	5	71	11	100	1	100	17	89
		Sim	2	29	0	0	0	0	2	11
	Total		7	100	11	100	1	100	19	100
Masculino		Não	7	100	23	96	0	0	30	97
		Sim	0	0	1	4	0	0	1	3
	Total		7	100	24	100	0	0	31	100
NR		Não	0	0	1	0	0	0	1	100
		Total	0	0	1	0	0	0	1	100
	Total		14		36		1		51	

Já sentiu que foi sexualmente abusado(a)?								Total (N)	Total (%)	
			PC (N)	PC (%)	Outras (N)	Outras (%)	Não respondeu (N)			Não respondeu (%)
<18	Não		2	100	1	100	0	0	3	100
	Total		2	100	1	100	0	0	3	100
19-25	Não		4	67	8	100	0	0	12	86
	Sim		2	33	0	0	0	0	2	14
	Total		6	100	8	100	0	0	14	100
26-36	Não		3	100	9	100	0	0	12	100
	Total		3	100	9	100	0	0	12	100
37-50	Não		2	100	12	92	0	0	14	93
	Sim		0	0	1	8	0	0	1	7
	Total		2	100	13	100	0	0	15	100
>50	Não		1	100	5	100	1	100	7	100
	Total		1	100	5	100	1	100	7	100
Total			14		36		1		51	

N- Numero de indivíduos; %- Percentagem de indivíduos; NR- Não respondeu; PC- Paralisia Cerebral; Outras- Outras Deficiências.

A pergunta anterior é, talvez, das mais relevantes do questionário efectuado, pelo facto de se tratar de um tema muito pertinente e difícil, tanto de abordar como de contornar.

A maioria dos inquiridos tanto do sexo feminino portadores de paralisia cerebral e portadores de outras deficiências como do sexo masculino portadores de paralisia cerebral e portadores de outras deficiências afirmaram nunca se ter sentido sexualmente abusado, o que nos revela dados muito positivos. Nesta análise a questão pertinente, prende-se com a percentagem de indivíduos com paralisia cerebral (29%) e com outras deficiências (4%) que afirmaram já se terem sentido abusados sexualmente (29% mulheres e 4% homens).

Tabela 58. – Caracterização da população-alvo sobre o abuso sexual de acordo, de acordo com o tipo de deficiência dos inquiridos.

Já sentiu que foi sexualmente abusado(a)?								Total (N)	Total (%)
		PC (N)	PC (%)	Outras (N)	Outras (%)	Não respondeu (N)	Não respondeu (%)		
	Não	12	86	35	97	1	100	48	
	Sim	2	14	1	3	0	0	3	
Total		14	100	36	100	1	100	51	

N- Numero de indivíduos; %- Percentagem de indivíduos; PC- Paralisia Cerebral; Outras- Outras Deficiências.

De acordo com os dados da tabela 58., pode-se concluir que no que diz respeito aos inquiridos com paralisia cerebral 86% afirmou nunca se ter sentido sexualmente abusado e apenas 14% afirmaram já se terem sentido abusados sexualmente.

Relativamente aos inquiridos com outro tipo de deficiência a maior parte dos inquiridos (97%) afirmou nunca se ter sentido sexualmente abusado e apenas 3% afirmaram já se terem sentido abusados sexualmente.

Os indivíduos portadores de deficiência são vítimas de abuso em maiores proporções do que as pessoas da população em geral (Strickler, 2001). O mesmo autor enumera nove fatores que explicariam tal aumento de risco: a) aumento de dependência de outras pessoas para cuidados a longo prazo; b) negação de direitos humanos, resultando em uma percepção de ausência de poder tanto pela vítima quanto pelo agressor; c) percepção de menor risco de ser descoberto por parte do agressor; d) dificuldades da vítima em fazer com que os outros acreditem em seus relatos; e) menor conhecimento por parte da vítima do que é adequado ou inadequado em

termos de sexualidade; f) isolamento social, aumento do risco de ser manipulado por outros; g) potencial para desamparo e vulnerabilidade em locais públicos, h) valores e atitudes mantidos por profissionais na área de educação especial em relação à inclusão, sem considerar a capacidade do indivíduo de auto-proteção e i) falta de independência económica por parte da maioria dos indivíduos portadores de deficiência.



C ONCLUSÕES

CONCLUSÕES

O trabalho levado a cabo nesta dissertação visou contribuir para o desenvolvimento do tema da sexualidade na vida dos portadores de deficiência motora. Nesta perspetiva, efetuou-se o presente estudo, onde através da aplicação de um questionário aos portadores de deficiência motora de duas Instituições de Paralisia Cerebral e da Associação Salvador, foi possível perceber de que forma é que estes indivíduos percecionam a vivência da sua sexualidade.

Assim, numa população de 51 inquiridos, de acordo com as respostas presentes nos questionários, foram apresentadas diversas propostas de atividades e ações, resultado das seguintes conclusões:

- a) Atualmente ainda existe um elevado número de pessoas com deficiência motora que não têm informação suficiente e adequada sobre o tema da sexualidade, nomeadamente indivíduos com outras deficiências entre os 19-25 anos. Como forma de combate a esta problemática, é necessário um maior esclarecimento, tanto nos centros de Paralisia Cerebral como nas Instituições de Saúde;
- b) O canal de informação eleito pelos inquiridos com Paralisia Cerebral foi a Médicos/Enfermeiros, assim como para os inquiridos com outras deficiências. Assim, pode-se utilizar este canal para combater a falta de informação que ainda muitos possuem e para divulgar cada vez mais questões sobre sexualidade e deficiência;
- c) A maioria dos inquiridos com paralisia cerebral não tem informação sobre sexualidade através dos professores e leitura/tv/internet. A maioria dos inquiridos com outras deficiências não tem informação sobre sexualidade através da família e professores;
- d) No geral, quase todos os participantes tanto portadores de paralisia cerebral como portadores de outras deficiências demonstraram estar preparados para as alterações físicas que ocorrem no corpo, com o passar do tempo;

- e) Relativamente à masturbação, a maioria dos indivíduos tanto com paralisia cerebral como com outras deficiências sabe o que é mas metade deles não se costumam masturbar. Aqueles que afirmaram praticar a masturbação, começaram a fazê-lo entre os 13 e os 15 anos;
- f) Relativamente aos métodos anticoncepcionais, a maior parte dos inquiridos com os dois tipos de deficiência têm conhecimento sobre o tema mas, apenas 47% confirmam a sua utilização.
- g) Quanto aos relacionamentos sexuais nos portadores de deficiência motora, verificou-se que, 86% dos inquiridos com paralisia cerebral e 81% dos inquiridos com outras deficiências já teve algum relacionamento sexual. Os indivíduos que nunca tiveram relações sexuais encontram-se antes dos 18 anos com os dois tipos de deficiência (PC e Outras). Aqueles que afirmaram já ter tido alguma experiência neste campo tanto com paralisia cerebral como com outras deficiências, fazem-no sempre que o desejam e com frequência. A idade preferencial para o início da vida sexual dos indivíduos com os dois tipos de deficiência motora é entre 16 e 18 anos. A maioria afirma ter tido relações sexuais com namorado(a) ou com amigos(as);
- h) Verificou-se nos inquiridos com paralisia cerebral a existência de casos em que existem relacionamentos sexuais entre o portador de deficiência motora e familiares;
- i) Relativamente ao tema da homossexualidade, os portadores de deficiência motora mostraram-se completamente à vontade sobre o tema, referindo, a maior parte deles, que é uma forma de sexualidade como qualquer outra, sendo no entanto mais difícil de assumir por parte de alguém com deficiência motora do que outra pessoa qualquer;
- j) Mais de 50% dos inquiridos tanto com paralisia cerebral como com outras deficiências afirmaram nunca terem tido qualquer tipo de orientação médica sobre sexualidade, no entanto os inquiridos com PC têm menos orientação médica do que os inquiridos com outras deficiências, o que se revelou um

factor importante neste questionário, na medida em que, confirma a falta de sensibilização das famílias e dos técnicos que acompanham o deficiente motor para este tema;

- k) No que diz respeito à vivência da sexualidade na pessoa portadora de deficiência motora, é vista pelos inquiridos com os dois tipos de deficiência como algo que faz parte da vida tal como outra “coisa” qualquer, de forma natural. Apesar de tal fato, os participantes do estudo não se mostram muito satisfeitos em relação à forma como vivenciam essa sexualidade, referindo alguns aspectos relevantes que influenciam essa vivência, tais como a falta de autonomia, a falta de oportunidade de estarem sozinhos com outras pessoas e de sair com essas pessoas;
- l) Geralmente, os deficientes motores tanto os portadores de paralisia cerebral como os portadores de outras deficiências (incluídos neste estudo) relacionam diretamente a sua vida sexual com a sua vida amorosa, sempre ou quase sempre, sendo que, muitos deles já namoraram mais que uma vez tanto os que têm paralisia cerebral como aqueles que apresentam outro tipo de deficiências;
- m) A falta de partilha sobre as dúvidas/preocupações/satisfações da vida sexual do portador de deficiência motora foi outro dos aspectos que nos levou a uma conclusão pertinente. 71% dos homens com paralisia cerebral e 27% com outras deficiências afirmaram não partilhar as suas dúvidas, contra 57% de mulheres com paralisia cerebral e 27% com outras deficiências. 31% conversam sobre esta questão com amigos, preferindo estes à família e às instituições;
- n) Por fim, através dos resultados obtidos, podemos observar que 3 pessoas (num universo de 51), referiram já se terem sentido sexualmente abusadas. Cinco destes indivíduos são mulheres e um é homem.

Concluindo este trabalho podemos dizer que os resultados nos permitiram ampliar os conhecimentos sobre a forma como as pessoas portadoras de deficiência vivenciam a sua sexualidade e sobre os problemas que os mesmos enfrentam ao longo da sua vida, nomeadamente abuso sexual e relações familiares muito “deficientes”. O mesmo

permitiu-nos também apresentar algumas medidas para combater os resultados negativos que obtivemos com este estudo.

Consideramos como principais limitações deste trabalho a falta de trabalhos realizados sobre o tema objeto desta tese e o reconhecimento de fragilidades na construção do próprio questionário, nomeadamente no tipo de respostas (que hoje faríamos diferentemente) e a recolha de dados relativa a este tema que seria muito enriquecida simultaneamente com uma abordagem complementar qualitativa, por entrevista por exemplo, a alguns casos.

A melhoria da qualidade de vida, produto final esperado da soma de fatores de habilitação, não se restringe somente à capacidade de comunicar-se satisfatoriamente, à otimização da performance nas atividades de vida diária ou à independência motora. Junte-se a isto a satisfação em poder exercer o direito a uma vida sexualmente ativa. Uma atenção profissional maior e o reconhecimento da sociedade de que estes indivíduos têm necessidades e desejo sexual constituem grande avanço. Enquanto a sociedade ainda engatinha nas discussões sobre a inclusão, a população com deficiência intelecto-motora caminha a passos largos em busca do direito a uma vida sexualmente ativa. Afinal, a sexualidade é a mais normal das características humanas, sentida de maneira idêntica por deficientes e não deficientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abberley (1993). *The Significance of the OPCS Disability Surveys*. In: Oliver, M. (ed.) *Social Work: Disabled People and Disabling Environments*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Amaral, L. (1994). *Adolescência/deficiência: uma sexualidade adjetivada*. Temas em Psicologia, 2, 75-79.
- Amaral, L. (1995). *Conhecendo a deficiência - em companhia de Hércules*. São Paulo: Robe Editorial (Série Encontros com a Psicologia).
- Amaral, L. (1998). *Sobre crocodilos e avestruzes: falando de diferenças físicas, preconceitos e sua superação*. In: Aquino, Júlio G. (Org.). *Diferenças e preconceitos*. São Paulo: Summus.
- Amaral, R. & Coelho, A. (2006). *Bengala legal, nem santos nem demônios: considerações sobre a imagem social e a auto-imagem das pessoas ditas 'deficientes'*.
- Anderson, Orieda Horn. (2000). *Doing what comes naturally? – dispelling myths and fallacies about sexuality and people with developmental disabilities*. Illinois/ USA: High Tide Press.
- Antunes, M. T. (2007). *Atitudes e comportamento sexual dos estudantes do Ensino Superior*. Lisboa, Formasau.
- Anzieu, D. (1978). ANZIEU, D. *Os métodos projetivos* (M. L. E. Silva, Trad.). Rio de Janeiro: Campus.
- Armstrong, D., Armstrong, F. & Barton, L. (2000). *Introduction: What is this book about?*. In F. Armstrong, D. Armstrong, & L. Barton (Eds.), *Inclusive education: Policy, contexts and comparative perspectives*. London: David Fulton Publishers.
- Assumpção Júnior, Francisco B. & Sprovieri, Maria Helena S. (1993). *Sexualidade e deficiência mental*. São Paulo: Moraes.
- Ayres, A.J. (1995). *Sensory integration and the child*. 20 ed. Los Angeles. Western Psychological Services.
- Baer, Robert. W. (2003). *Is Fred Dead? - a manual on sexuality for men with spinal cord injuries*. Pennsylvania; Dorrance Publishing CO.

- Ballone, G.J. (2006). *Sexualidade das Pessoas Portadoras de Deficiência Mental* - in. PsiqWeb, Internet, disponível em www.psiqweb.med.br.
- Ballone, G.J. (2009). *Incesto in* PsiqWeb. Internet. Disponível em www.psiqweb.med.br.
- Barros, Daniela Dias (2001). *Estudo da imagem corporal da mulher: corpo (ir)real x corpo ideal*. Dissertação de mestrado, Campinas, Faculdade de Educação Física, Unicamp.
- Bastos & Deslandes. (2008). A experiência de ter um filho com deficiência mental: narrativas de mães. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro.
- Behrman, R. et al. (1994). *Paralisia Cerebral*. In: Nelson: tratado de pediatria. 14.ed. Rio de Janeiro:Guanabara-Koogan,1994,2,1337-1339.
- Ben-Tovim, D & Walker, M. (1995). *Body Image, Disfigurement and Disability*. J. Psychosom. Res. 39(3), 283-291.
- Blanchetti, L. (1998). *Aspectos históricos da apreensão e da educação dos considerados deficientes*. In: Bianchetti; Freire - *Um olhar sobre a diferença – interação, trabalho e cidadania*. (Série Educação Especial). Campinas: Papyrus, 1998, 21-25.
- Blackburn, Maddie (2002). *Sexuality and disability*. Oxford/GB: Butterworth Heinemann.
- Bobath, Berta & Bobath, Karel (1990). *Desenvolvimento Motor nos diferentes tipos de paralisia cerebral*. São Paulo: Manole.
- Bobath, Karel (1998). *Uma base neurofisiológica para o tratamento da paralisia cerebral* 2. Ed. São Paulo: Manole.
- Brittain (2004). *The Role of Schools in Constructing Self-perceptions of Sport and Physical Education in Relations to People with Disabilities*. Sport, Education and Society. 9 (1),75-94.
- Buscaglia (1997). *Os deficientes e seus pais: um desafio ao aconselhamento* (3ª ed.). Riode Janeiro: Record.

- Capaldi, D.M, Crosby, L. & Stoolmiller, M. (1996). *Predicting the timing of first sexual intercourse for at risk adolescent males*. Child Dev, 67: 344-359.
- Cash, T. & Pruzinsky, T. (1990). *Body Images: Development, Deviance and Change*. New York: The Guilford Press.
- Cavalcanti, R. C. (1993). *Educação Sexual no Brasil e na América Latina*. Revista Brasileira de Sexualidade Humana. São Paulo,4, n.2,164-173, 1993.
- Chauí, M. (1985). *Repressão sexual: essa nossa (des)conhecida*. São Paulo: Brasiliense.
- CIF (Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde) (2003) Organização Mundial da Saúde. Trad. do Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais. São Paulo: EDUSP; 2003.
- Costa, Jurandir Freire (1998). *Sem fraude nem favor: estudos sobre o amor romântico*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Cordeiro, C.A.C. (2003). *A educação inclusiva na perspectiva dos professores: a ponta do iceberg*. 151f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação. São Paulo: USP.
- Correia, L.M. (2008). *A escola contemporânea e a Inclusão de alunos com NEE*. Porto: Porto Editora.
- Crochik, J.L. (1997). *Preconceito: indivíduo e cultura*. São Paulo: Robe Editorial.
- Cromer, B., Enrile, B., McCoy, K., Gerhardstein, M., Fitzpatrick, M. & Judis, J. (1990). *Knowledge, attitudes and behavior related to sexuality in adolescents with chronic disability*. Dev Med Child Neurol. 32(7), 602-610.
- Dall'Alba, L. (1991). *Sexualidade e deficiência mental*. In: T. Dias, E. G. Mendes. F. E. Denari, M. J. Reis & M.P.R. Costa (Orgs.). *Temas em Educação Especial*. São Carlos, 1, 101-102.
- Daniels, Susan M. (1981). *Critical issues in sexuality and disability*. In: Bullard, David G.; Knight, Susane. (Orgs.) - *Sexuality & physical disability: personal perspectives*. Missouri/USA: Mosby Company,5-17.

- Davis, L. (1997). *The Disability Studies Reader*. Routledge Publishers.
- Denari, F. E. (1992). *Pensando o sexo*. Revista Brasileira de Educação Especial. São Carlos, 2, n.1, 119-122.
- Dias, M. B. (2006). *A justiça e a invisibilidade do incesto*. Web site. Acedido Novembro 26, 2012, em <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=8692>.
- Dolto, F. (1984). *A imagem inconsciente do corpo*. São Paulo: Perspectiva.
- Fagundes (1992). *Educação Sexual - prós e contras*. Revista Brasileira de Sexualidade Humana, São Paulo, 3, n.2, 154-158.
- Félix, I. (2002). *Sexualidade e Deficiência Mental*. Comunicação: Évora.
- Félix, I. (2005). *Sexualidade e a Deficiência Mental*. Integrar, 22, 33-36.
- Féres-Carneiro, T. (1998). *Casamento contemporâneo: O difícil convívio da individualidade com a conjugabilidade*. Psicologia: Reflexão & Crítica, 11, 379-394.
- Ferreira, S. L. (2001). *Sexualidade na deficiência mental: alguns aspectos para orientação de pais*. Temas sobre Desenvolvimento, 10, n. 55, 35-39, mar./abr.
- Figueira, E. (2006). *Pessoas com deficiência e suas necessidades vitais: Orientações sentimentais, amor e sexo*. Psicologia e deficiência.
- Fonseca, V. (1995). *A Deficiência Mental a partir de um enfoque psicomotor*. Revista de Educação Especial e Reabilitação.
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação, da concepção à realização*. Lusociência. Loures: Edições técnicas e científicas, Lda.
- França Ribeiro, H.C. (1995). *Orientação Sexual e Deficiência Mental: estudos acerca da implementação de uma programação*. Tese (Doutorado). Universidade Estadual Paulista, São Paulo.

- França-Ribeiro (2001). *Sexualidade e os Portadores de Deficiência Mental*. Revista Brasileira de Educação Especial, Marília, 7, n.2, 11-27, 2001.
- Freedman, J.L. & Doob, A.N. (1990). *Deviancy: The Psychology of Being Different*. New York: Academic Press.
- Gale, J. (1989). *O adolescente e o sexo- um guia para os pais*. São Paulo: Best Seller.
- Gherpelli, M. H. B. V. (1995). *Diferente, mas não desigual - a sexualidade do deficiente mental*. São Paulo: Gente.
- Glat, R. (1992). *A sexualidade da pessoa com deficiência mental*. Revista Brasileira de Educação Especial, 1(1), 65-74.
- Goffman, Erving. (1982). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4. ed. Rio de Janeiro: Zahar.
- Gomes, Claudio *et al.* (1995). *Paralisia Cerebral*. In: LIANZA, Sergio (Coord). Medicina de Reabilitação. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 20, 288-303.
- Greengross, W. (1980). *Sex and Handicapped Child*. Copyright: Rugby.
- Heward, W. L. (2000). *Exceptional children: An introduction to special education* (7nd ed.). Upper Saddle River, NJ: Merrill Prentice Hall.
- Highwater, J. (1992). *Mito e sexualidade*. Tradução de João Alves dos Santos. São Paulo: Ed.Saraiva.
- Hughes, H. (2002). *Disability and the body*. In: Barnes, Colin; Oliver, Mike; Barton, Len (Orgs.) *Disability studies today*. Cambridge: Polity Press, 2002, 58-76.
- Kaufman, Miriam; Silverberg, Cory & Odette, Fran. (2003). *The ultimate guide to sex and disability – for all of us who live with disabilities, chronic pain e illness*. 2. ed. Califórnia/ USA, Cleis Press.
- Lasch, C. (1987). *O mínimo eu: sobrevivência psíquica em tempos difíceis*. São Paulo: Brasiliense.

- Lawrence, B. (1991). *Self-concept Formation and Physical Handicap: Some Educational Implications for Integration*. Disability & Society. 6(2), 139 -146.
- Leitão, L. M. (1990). *Educação sexual nas Escolas*. Saúde e Escola"nº-15, Junho, Ed.M.E.S.:4-9.
- Levitt, S. (2001). *O tratamento da paralisia cerebral e do retardo motor*. São Paulo: Manole.
- Lipp, M. N. (1981). *Sexo para deficientes mentais: sexo e excepcional dependente e não dependente*. São Paulo:Cortez.
- Long & Cintas (2001). *Manual de Fisioterapia Pediátrica*. Rio de Janeiro: Revinter.
- López, F. Fuertes, A. (1989). *Para Compreender a Sexualidade*. APF. Lisboa.
- López, F. Fuertes, A. (1998). *Parra Comprender La Sexualidad*. Pampelona, Editorial Verbo Divino.
- Loureiro, M. A. (1997). *Os pais face ao desenvolvimento psicosexual do seu filho portador de Deficiência Mental*. Cadernos de Consulta psicológica, nº 10/11, 105-114.
- Maia, Ana Cláudia Bortolozzi (2001). *Reflexões sobre a educação sexual da pessoa com deficiência*. Revista Brasileira de Educação Especial, Marília,7, n.1,35-46.
- Manreza, Maria Luísa Giraldes de & Gherphelli, José Luiz Dias. (1999). *Encefalopatias crónicas infantis não progressivas: paralisia cerebral*. In: Marcondes, Eduardo. *Pediatria Básica*. 8. ed. São Paulo: Sarvier, 2, 1129-1132.
- Marques, U. (1997). *A Exclusão Social e Actividade Física*. Actas do V Congresso de Educação Física e Ciências do Desporto dos Países de Língua Portuguesa. 1, 161-176.
- Martín-Caro, L. (1993). *Parálisis cerebral y sistema neuromotor: Una aproximacion educativa*. In A. Rosa, I. Montero & M. C. Garcia (Eds.), *El niño con parálisis cerebral: Enculturacion, desarrollo e intervencion* (pp. 17-86). Madrid: Ministerio de Educacion y Ciencia:CIDE.
- Miguel, Nuno Silva (1994). *Os Jovens e a sexualidade*.^a 6 -ed. Lisboa, Comissão da Condição Feminina, EPNC.

Morris, J. (1993). *Feminism and Disability*. Feminist Revist. 43, 17-76.

Moura (1992). *A deficiência nossa de cada dia: de coitadinho a superherói*. São Paulo: Iglu.

Nelson, K. B. e Ellenberg, J. H. (1978). *Epidemiology of cerebral palsy*. Advances in Neurology, 19, 421-435.

Nodin, N. (2002). *Sexualidade de A a Z*. Lisboa, Bertrand Editora.

Olivier, Giovanina. (1995). *Um olhar sobre o esquema corporal, a imagem corporal, a consciência corporal e a Gomes de Freitas corporeidade*. Dissertação de Mestrado, Campinas. Faculdade de Educação Física. Unicamp.

Omote, S. (1999). *Deficiência: da diferença ao desvio*. In: Manzini, Eduardo José.; Brancatti, Paulo R. (Orgs.). *Educação Especial e Estigma- corporeidade, sexualidade e expressão artística*. Marília: Unesp Publicações, 1999,3-22.

OMS (1989). *Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (handicaps)*. Um Manual das consequências das doenças. Secretariado Nacional de Reabilitação 2ª Edição, Lisboa.

Osório, L.C. (1996). *Família hoje*. Porto Alegre: ArtMed.

Patrício, Z.M. (1994). *Cenas e cenários de uma família: a concretização de conceitos relacionados à situação de gravidez na adolescência*. In: ELSEN, I. et al. Marcos para a prática de enfermagem com famílias. Florianópolis. Editora UFSC. Série Enfermagem.

Penteado, S.R.L. et. al. (2002). *Sexualidade na Menopausa*. Revista de Ginecologia e Obstetrícia, 13, n.14, 215-225, 2002.

Pinel, Arlete (1993). *A restauração da Vênus de milo: dos mitos à realidade sexual da pessoa deficiente*. In: Ribeiro, Marcos. (Org.). *Educação Sexual: novas ideias, novas conquistas*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1999, 307-325.

Pueschel, S. M., & Scola, P. S. (1988). *Parent's perceptions of social and sexual functions in adolescents with Down's syndrome*. Journal of Mental Deficiency Research, 32(3), 215-220.

- Puhlmann, F. (2000). *A revolução sexual sobre rodas: conquistando o afeto e a autonomia*. São Paulo: O Nome da Rosa.
- Reis *et al.* (n.d.). *Mitos, Crenças e Preconceitos sobre a Sexualidade nos Deficientes*.
- Ribas, J. (1985). *O que são pessoas deficientes*. Coleção Primeiros Passos. Nova Cultura: São Paulo.
- Ribas, J.B.C. (1994). *O Que são pessoas deficientes*. 6.ed. São Paulo: Brasiliense.
- Rodrigues, D. (1983). *Incidência, definição e classificação da deficiência motora*. In: D. Rodrigues, Educação Especial – Deficiência Motora, Colectânea de Textos. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa. Instituto Superior de Educação Física.
- Rodrigues, D. (1989). *Paralisia cerebral: As caracterizações nosológicas e topográficas como variáveis de estudo*. Educação especial e reabilitação, 1(1), 19-23.
- Salimene, Arlete Camargo de Melo (1995). *Sexo, caminho para a reabilitação - um estudo sobre a manifestação da sexualidade em homens paraplégicos*. São Paulo: Cortez Ed..
- Sammonds, R. & Cammermeyer, M. (1989). *Perceptions of body image in subjects with multiple sclerosis: a pilot study*. J. Neurosci Nurs. 21, 190-194.
- Sapey, B., Stewart, J. & Donaldson, G. (2004). *The Social Implications of Increases in Wheelchair Use*. Lancaster University.
- Schilder, Paul. (1999). *A imagem do corpo: as energias construtivas da psique*. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Schor (2005). *La capacidad em La discapacidad- sordera, discapacidad intelectual, sexualidade y autismo*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Shontz (1990). *Body image and Physical disability*. In: Cash, Thomas F.; Pruzinsky, 1990 Thomas (ed.) *Body images: development, deviance and change*. New York: The Guilford Press, 149-68.

- Silva, Paulo Cunha (1999). *O lugar do corpo: elementos para uma cartografia fractal*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Silva, L. (2006). *O estranhamento causado pela deficiência: preconceito e experiência*. Revista Brasileira de Educação, Rio de Janeiro, 11, n.33, 424-561.
- Sorensen, R. et al. (1998). *Response to a heptavalent conjugate Streptococcus pneumoniae vaccine in children with recurrent infections who are unresponsive to the polysaccharide vaccine*. Pediatric Infect Dis J. 1998;17:685-91.
- Sorrentino, A. (1990). *Handicap y rehabilitación- uma brújula sistêmica en El universo relacional del niño com deficiências físicas*. Barcelona, ES: Ediciones Paidós Ibérica.
- Souza, L.M.N. (1996). *Estimativa de desempenho de crianças e adolescentes com paralisia cerebral*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília, Brasília.
- Strickler, H.L. (2001). *Interaction between family violence and mental retardation*. Mental Retardation, 39, n. 6, 461-471.
- Taleporos, G. & McCabe, M. (2001). *The Impact of Physical Disability on Body Esteem*. Sexuality and Disability. 19(4), 293-308.
- Tilstone, Christina, et al. (2003). *Promover a educação inclusiva*, Lisboa, Editora, Instituto Piaget.
- Tuckman, B. W. (2000). *Manual de investigação em educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vash, C.L. (1988). *Enfrentando a deficiência: a manifestação, a psicologia, a reabilitação*. São Paulo: Pioneira; Editora da Universidade de São Paulo.
- Vicente, Hélder. (1995). *Etiologia e caracterização das deficiências*. IEFEP, Lisboa
- Vilelas, J. M. (2009). *A Influência da família e da Escola na Sexualidade do Adolescente*. Lisboa, Formasau, LDA.

Volpon, J.B. (1997). *Avaliação e princípios do tratamento ortopédico do paciente com sequela de paralisia cerebral*. Acta Ortopédica Brasileira, 5, n. 1, 35-42, jan./mar..

Werebe, M. J. G. (1977). *A educação sexual nas escolas*. São Paulo: Moraes.

Werebe, M.J.G. (1984). *Corpo e sexo: imagem corporal e identidade sexual*. In: D'AVILA NETO, M.I. *A negação da deficiência: a instituição da diversidade*. Rio de Janeiro: Achiamé/Sociedade, 1984, 43-55.

ANEXOS

ANEXO I

CONSENTIMENTO INFORMADO

O estudo pretende perceber de que forma é que as pessoas portadoras de deficiência motora percebem a sua vida e vivência da sexualidade.

Com o objetivo de uma mais eficaz recolha da informação, a mesma será recolhida através da aplicação de um questionário.

As informações prestadas são apenas para fins académicos não havendo assim respostas incorretas, o importante é a sua opinião.

Os procedimentos desta pesquisa não resultarão em nenhum dano físico ou psicológico, ficando salvaguardada a sua identidade e a de todos os participantes.

A sua participação não implicará nenhum custo financeiro.

Pode não concordar em participar do estudo ou retirar-se dele a qualquer momento.

A colaboração neste estudo é voluntária, pelo que não deverá sentir-se obrigado/a a participar.

Solicito que os questionários sejam devolvidos devidamente preenchidos o mais rápido possível.

Eu, _____,
afirmo concordar participar voluntariamente no estudo levado a cabo pela estudante Margarida Veigas do curso de Psicologia da Universidade de Évora, englobado na Tese de Mestrado, orientada pela Prof.Doutora Graça Santos.

Obrigada pela sua colaboração!

Margarida Veigas

Assinatura do(a) Participante

ANEXO II

QUESTIONÁRIO

VIVÊNCIA da SEXUALIDADE

Sexo:

Idade:

Este questionário é anónimo.

Este questionário é constituído por 3 partes. A Parte I destina-se a avaliar a informação que possui sobre sexualidade, a **Parte II** destina-se a avaliar a vida sexual e a **Parte III** destina-se a avaliar a vivência da sexualidade.

Parte I

Informação sobre Sexualidade

1 - Considera que a informação que possui sobre sexualidade é:

- ☐ Muito Boa
- ☐ Boa
- ☐ Suficiente
- ☐ Insuficiente
- ☐ Muito Insuficiente

2 - A informação que possui sobre sexualidade foi obtida essencialmente através de:

- ☐ Pai
- ☐ Mãe

- ☐ Irmãos
- ☐ Colegas/Amigos
- ☐ Professores
- ☐ Psicólogos/outros terapeutas
- ☐ Médicos/Enfermeiros
- ☐ Leitura/Televisão/Internet
- ☐ Outros meios (especifique)

3- Quando surgiram alterações físicas no seu corpo (como aumento de pêlos, de barba, crescimento dos seios, aparecimento de menstruação, etc) estava preparado(a) para isso?

- ☐ Sim
- ☐ Não

4- Sabe o que é a masturbação?

- ☐ Sim
- ☐ Não

5 - Sabe o que são métodos anti- concepçionais?

- ☐ Sim
- ☐ Não

6- É possível transmitir-se alguma doença ao ter um relacionamento sexual?

- ☐ Sim
- ☐ Não

7- Sabe o que é o HIV (Sida)?

☐ Sim

☐ Não

8- Há métodos anticoncepcionais que ao mesmo tempo evitam a gravidez e algumas doenças sexualmente transmissíveis?

☐ Sim

☐ Não

☐ Se sim, qual?

Parte II

Vida Sexual

1- Já teve relações sexuais?

☐ Não

☐ Sim

2-Com que frequência mantém um relacionamento sexual com outra pessoa?

☐ Nunca

☐ Só aconteceu uma vez

☐ Raramente

☐ Com frequência

☐ Sempre que o desejamos

3- A primeira vez que teve um relacionamento sexual foi com:

- ☐ Amiga
- ☐ Amigo
- ☐ Namorado(a)
- ☐ Familiar
- ☐ (Pessoal de Instituições?)
- ☐ Outro (especifique)_____

4- Que idade tinha quando teve o seu primeiro relacionamento sexual?

- ☐ Antes dos 10 anos
- ☐ Entre os 10 e os 12 anos
- ☐ Entre os 13 e os 15 anos
- ☐ Entre os 16 e os 18 anos
- ☐ Entre os 19 e os 22 anos
- ☐ Entre os 22 e os 25 anos
- ☐ Depois dos 26 anos

5- Se tens relações sexuais costumavas utilizar algum método contraceutivo?

- ☐ Não
- ☐ Sim

5.1) Se sim, qual?

5.2) Se respondeste não, porque não o utilizas?

- ☐ a. Tens vergonha de os comprar
- ☐ b. Porque quebra a confiança do parceiro
- ☐ c. Diminui o prazer sexual
- ☐ d. Não sabes como utilizar
- ☐ e. Outras razões. Quais?

6 – Costuma masturbar-se?

☐ Não

☐ Sim

7 - Que idade tinha quando se masturbou pela primeira vez?

☐ Nunca

☐ Antes dos 12 anos

☐ Entre os 13 e os 16 anos

☐ Entre os 17 e os 20 anos

☐ Depois dos 20 anos

8- Pensas que a homossexualidade é:

☐ Uma forma de sexualidade como qualquer outra

☐ Uma forma de sexualidade mais difícil de assumir pela pessoa com deficiência

☐ Uma forma de sexualidade vivenciada apenas pela pessoa sem deficiência

☐ Nenhuma das Respostas

☐ Todas as anteriores

9- Já tive alguma orientação médica sobre sexualidade?

☐ Sim

☐ Não

Parte III

Vivência da Sexualidade

1 - A sexualidade faz parte da vida da pessoa portadora de deficiência motora?

☐ Não

☐ Sim

2 - Qual o seu grau de satisfação em relação à forma como vivencia a sua sexualidade?

☐ Muito elevado

☐ Elevado

☐ Suficiente

☐ Baixo

☐ Muito Baixo

3 – Os seguintes aspetos têm influência na forma como vivencio a minha sexualidade (assinale um ou mais)

☐ A oportunidade de sair com pessoas

☐ A oportunidade de estar sozinho(a) com pessoas

☐ A minha autonomia

☐ Vergonha de me expressar

☐ A opinião que os outros têm de mim

☐ A opinião que eu tenho sobre a sexualidade

☐ Medo de engravidar ou engravidar a minha parceira

☐ Nenhuma das anteriores

4 – A sua vida sexual está ligada à sua vida amorosa?

☐ Sempre

☐ Quase sempre

☐ Às vezes

- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca
- ☐ Não se aplica

5 – Já namorou?

- ☐ Não
- ☐ Uma vez
- ☐ Mais que uma vez

6 – Partilha com alguém as suas dúvidas/preocupações/satisfações com a sua vida sexual?

- ☐ Não
- ☐ Com os meus amigos(as)
- ☐ Com os meus pais
- ☐ Com a minha mãe
- ☐ Com uma pessoa da Instituição onde estou
- ☐ Com outras pessoas

7- Já sentiu que foi sexualmente abusado(a)?

- ☐ Sim
- ☐ Não

8- Se quiser referir algum aspeto que não foi contemplado, sinta-se livre para o fazer aqui.

A

NEXO III

Termo de Confidencialidade e Compromisso

Após a colaboração de 13, clientes da APCE no estudo intitulado: *A vivência da sexualidade na pessoa portadora de deficiência motora*, Margarida Veigas, estudante de Mestrado em Psicologia da Educação, na Universidade de Évora compromete-se a devolver os resultados da presente investigação assim que concluída.

Salvaguarda-se que a recolha dos dados em causa não apresentará nenhum tipo de encargo financeiro para a instituição e que serão assegurados todos os procedimentos éticos na realização do estudo. Todos os dados serão confidenciais, não sendo portanto divulgada a identidade dos participantes.

A realização deste estudo está a ser supervisionada pela Prof^a Doutora Graça Santos, orientadora de Tese de Mestrado.

Com os melhores cumprimentos.

24 de Setembro de 2012