

**JOANA RODRIGUES FRANCO**

**SEXUALIDADE NAS NEE – TRISSOMIA 21:  
PERSPETIVAS DOS DOCENTES DO ENSINO  
REGULAR DO 1.º, 2.º e 3.º CICLO**

**Orientadora: Maria Cristina Saraiva Gonçalves**

**Escola Superior de Educação Almeida Garrett**

**Lisboa**

**2012**

**JOANA RODRIGUES FRANCO**

**SEXUALIDADE NAS NEE – TRISSOMIA 21:  
PERSPETIVAS DOS DOCENTES DO ENSINO  
REGULAR DO 1.º, 2.º e 3.º CICLO**

Dissertação apresentada para a obtenção de Grau de Mestre  
no Curso de Mestrado em Ciências da Educação: Educação  
Especial – Domínio Cognitivo-Motor, conferido pela Escola  
Superior de Educação Almeida Garrett

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria Cristina Saraiva Gonçalves

**Escola Superior de Educação Almeida Garrett**

**Lisboa**

**2012**

*As crianças têm mais necessidade de  
modelos do que de críticas*

*Joseph Joubert*

## **Agradecimentos**

Nesta sede, gostaria de dirigir uma palavra de agradecimento à orientadora desta dissertação de mestrado, Dra. Maria Cristina Saraiva Gonçalves, pela disponibilidade demonstrada ao longo dos últimos meses e pelas suas palavras de encorajamento.

Este trabalho não seria possível sem a participação de todos os profissionais que, permanecendo anónimos, disponibilizaram o seu tempo e os seus conhecimentos para o preenchimento do inquérito que tornou possível a análise prática que fundamenta todo o corpo deste trabalho.

## **Resumo**

O seguinte trabalho de investigação foi realizado no âmbito da dissertação de Mestrado em Ciências da Educação: Educação Especial - Domínio Cognitivo-Motor.

Este projeto de investigação intitula-se «Sexualidade nas NEE – Trissomia 21: Perspetivas dos docentes do Ensino Regular do 1º, 2º e 3º Ciclo» e tem como objetivo o estudo das perspetivas dos professores perante manifestações sexuais de alunos portadores de Trissomia 21 e divide-se em duas partes fundamentais: o enquadramento teórico e o enquadramento prático.

No que diz respeito ao enquadramento teórico, primeiramente procedeu-se à definição da patologia; resumo da sua história; etiologia, ou seja, causas; tipos de trissomia; características, físicas e cognitivas; diagnóstico e intervenção. Seguidamente aprofundaram-se questões ligadas à parte da sexualidade: ideias gerais sobre a sexualidade dos deficientes, o desenvolvimento sexo-afetivo na trissomia 21, contraceção e deficiência mental e princípios e prática da Educação Sexual.

Quanto ao enquadramento prático, o estudo do problema levantado, assim como das suas variáveis e hipóteses, foi feito através de um inquérito por questionário, respondido por 36 professores do Ensino Regular do 1º, 2º e 3º ciclo. O questionário em questão continha 15 perguntas de resposta fechada e duas de resposta aberta, onde os professores inquiridos teriam de responder a questões importantes relacionadas com a interação professor – aluno com Trissomia 21, nomeadamente quanto às suas perspetivas face a manifestações sexuais de alunos portadores desta patologia.

## **Palavras-chave**

Necessidades Educativas Especiais, Trissomia 21, Sexualidade, Atitudes, Educação Sexual.

## **Abstract**

The following research work was performed under the Master's thesis in Education: Special Education - Cognitive-Motor Domain.

This research project is entitled «Sexuality in SEN - Trisomy 21: Perspectives of teachers in Regular Education of the 1<sup>st</sup>, 2<sup>nd</sup> and 3<sup>rd</sup> Stage» and aims to study the perspectives of teachers towards sexual expression of students with Trisomy 21 and is divided into two main parts: the theoretical and practical framework.

Regarding the theoretical framework, first was proceeded the definition of the disease; the summary of its history; etiology, meaning causes; trisomy types; characteristics physical and cognitive; diagnosis and intervention. Next, issues related to sexuality were deepened: general ideas about the sexuality of the disabled, the sex-emotional development in trisomy 21, contraception and mental disabilities and the principles and practice of sex education.

As for the practical framework, the study of the problem raised, as well as their assumptions and variables, was done through a questionnaire answered by 36 teachers from Regular Education of the 1<sup>st</sup>, 2<sup>nd</sup> and 3<sup>rd</sup> Stages. The questionnaire contained 15 questions of closed answer and 2 of open answer, where the teachers surveyed would answer important questions relating to the interaction teacher - student with Trisomy 21, particularly regarding their perspectives towards sexual expression of students with this condition.

## **Keywords**

Special Education Needs, Trisomy 21, Sexuality, Attitudes, Sex Education.

## **Abreviaturas**

NEE – Necessidades Educativas Especiais

DIU – Dispositivo Intra-Uterino

DST – Doença Sexualmente Transmissível

## ÍNDICE GERAL

|                                                                          |           |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Introdução .....                                                         | 11        |
| <b>Parte 1 – Enquadramento teórico .....</b>                             | <b>12</b> |
| 1. Trissomia 21 .....                                                    | 13        |
| 1.1. Definição .....                                                     | 13        |
| 1.2. História .....                                                      | 13        |
| 1.3. Etiologia .....                                                     | 14        |
| 1.4. Tipos de Trissomia 21 .....                                         | 15        |
| 1.5. Características .....                                               | 17        |
| 1.5.1. Características físicas .....                                     | 17        |
| 1.5.2. Características cognitivas .....                                  | 19        |
| 1.6. Diagnóstico .....                                                   | 21        |
| 1.7. Intervenção .....                                                   | 22        |
| 1.7.1. Áreas de Intervenção .....                                        | 23        |
| 2. Ideias gerais sobre a sexualidade de portadores de deficiências ..... | 27        |
| 2.1. Mitos, crenças e preconceitos .....                                 | 27        |
| 2.2. Questões sexuais dos vários portadores de deficiências .....        | 28        |
| 2.3. Os portadores de deficiência mental .....                           | 28        |
| 3. O desenvolvimento sexo-afetivo na Trissomia 21 .....                  | 30        |
| 3.1. Características morfológicas sexuais .....                          | 30        |
| 3.2. Características psicológicas sexuais .....                          | 31        |
| 3.3. Prática clínica .....                                               | 32        |
| 3.4. Como atuar? .....                                                   | 32        |
| 4. Contraceção e Deficiência Mental .....                                | 32        |
| 5. Princípios e prática da Educação Sexual .....                         | 34        |
| <b>Parte 2 – Enquadramento prático .....</b>                             | <b>37</b> |
| 1. Métodos e técnicas de investigação .....                              | 38        |
| 1.1. Problema, hipótese e variáveis .....                                | 38        |
| 1.2. Metodologia de investigação .....                                   | 38        |
| 1.3. Objetivo do estudo .....                                            | 38        |
| 1.4. Caracterização da amostra .....                                     | 39        |
| 1.5. Instrumento de recolha de dados .....                               | 39        |
| 1.6. Análise dos dados .....                                             | 40        |
| 1.7. Interpretação dos dados .....                                       | 59        |

|      |                                      |    |
|------|--------------------------------------|----|
| 2.   | Conclusões .....                     | 60 |
| 2.1. | Limitações do trabalho .....         | 60 |
| 2.2. | Linhas futuras de investigação ..... | 61 |
|      | Considerações finais.....            | 62 |
|      | Bibliografia .....                   | 64 |
|      | Webgrafia.....                       | 65 |
|      | Apêndice .....                       | i  |

## **ÍNDICE DE IMAGENS**

Imagem 1 – Exemplo da presença de três cromossomas 21 no cariótipo - Trissomia 21 homogénea

Imagem 2 – Exemplo de cariótipo de uma pessoa com Trissomia 21 causada por translocação

Imagem 3 – Exemplo de uma criança portadora de Trissomia 21

## **ÍNDICE DE TABELAS**

Tabela 1 – Género dos professores

Tabela 2 – Idade dos professores

Tabela 3 – Ciclo de Ensino que os professores inquiridos lecionam

Tabela 4 – Tempo de serviço dos professores

Tabela 5 – Habilitações dos professores

Tabela 6 – Professores com formação em Educação Especial

Tabela 7 – Relevância da formação em Educação Especial para todos os professores

Tabela 8 – Experiência com alunos portadores de Trissomia 21

Tabela 9 – Capacidade de resposta às necessidades de crianças com Trissomia 21

Tabela 10 – Opinião acerca do desenvolvimento sexual de trissómicos

Tabela 11 – Experiência com alunos portadores de Trissomia 21 que já se tenham manifestado sexualmente

Tabela 12 – Tipos de manifestações sexuais presenciadas

Tabela 13 – Sentimentos dos professores face a essas manifestações

Tabela 14 – Opinião dos professores sobre a informação que os pais de crianças trissómicas possuem acerca da sexualidade dos seus filhos

Tabela 15 – Importância da disciplina de Educação Sexual no currículo de alunos com NEE

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

Gráfico 1 – Género dos professores

Gráfico 2 – Idade dos professores

Gráfico 3 – Ciclo de Ensino que os professores inquiridos lecionam

Gráfico 4 – Tempo de serviço dos professores

Gráfico 5 – Habilitações dos professores

Gráfico 6 – Professores com formação em Educação Especial

Gráfico 7 – Relevância da formação em Educação Especial para todos os professores

Gráfico 8 – Experiência com alunos portadores de Trissomia 21

Gráfico 9 – Capacidade de resposta às necessidades de crianças com Trissomia 21

Gráfico 10 – Opinião acerca do desenvolvimento sexual de trissómicos

Gráfico 11 – Experiência com alunos portadores de Trissomia 21 que já se tenham manifestado sexualmente

Gráfico 12 – Tipos de manifestações sexuais presenciadas

Gráfico 13 – Sentimentos dos professores face a essas manifestações

Gráfico 14 – Opinião dos professores sobre a informação que os pais de crianças trissómicas possuem acerca da sexualidade dos seus filhos

Gráfico 15 – Importância da disciplina de Educação Sexual no currículo de alunos com NEE

## **Introdução**

O projeto de investigação ora apresentado foi realizado no âmbito da dissertação de Mestrado em Ciências da Educação: Educação Especial – Domínio Cognitivo-Motor.

Não obstante, e devido à ainda curta experiência profissional por um lado, e por outro, o facto de essa mesma experiência profissional não ter possibilitado ainda a faculdade de trabalhar diretamente na área da Educação Especial, o certo é que os frequentes contactos e ligações com crianças portadoras de Trissomia 21 revelam, porventura, alguma inexperiência e falta de ferramentas adequadas para responder cabalmente a todas as suas necessidades.

A experiência de lidar com uma destas crianças do sexo masculino, a qual estava a entrar na fase da puberdade, facultou a possibilidade de presenciar algumas das suas manifestações sexuais, tanto físicas como verbais, o que decerto despertou o interesse, chamemos-lhe científico, de aprofundar o tema do projeto de investigação «Sexualidade nas NEE – Trissomia 21: Perspetivas dos docentes do Ensino Regular do 1º, 2º e 3º Ciclo.»

O contacto, convívio e o trato, como já supra referido, com esta criança permitiu observar que algumas das suas manifestações sexuais perante colegas e professores nem sempre eram bem aceites e percecionadas, especialmente pelos professores, que se afastavam e pediam à criança para parar de dizer/fazer determinadas coisas e lhe pediam para ir brincar «para longe». Perante tal, resultou a consequente decisão de levantar como problema da presente investigação: «Quais as atitudes dos professores face às manifestações sexuais dos alunos com Trissomia 21?», bem como, tentar saber o que estes profissionais sentiam em relação às mesmas, através de um inquérito por questionário.

O presente trabalho divide-se em duas partes, enquadramento teórico e prático. No que diz respeito ao enquadramento teórico, procedeu-se à definição desta perturbação, resumo da sua história, etiologia, tipos de Trissomia 21, características físicas e cognitivas, diagnóstico e intervenção. Numa segunda parte teórica, foram analisadas todas as questões relacionadas com a sexualidade destas crianças: ideias gerais sobre a sexualidade dos portadores de deficiência, o desenvolvimento sexo-afetivo na Trissomia 21, contraceção na deficiência mental e princípios e prática da Educação Sexual para todos. Quanto ao enquadramento prático, foi executada uma análise exaustiva dos dados obtidos através das respostas dos professores no questionário, no âmbito de confirmar ou não o problema suscitado, através da análise de variáveis e hipóteses, assim como ver respondidas outras questões pertinentes na relação professor – aluno com Trissomia 21.

## **Parte 1 – Enquadramento teórico**

## 1. Trissomia 21

### 1.1. Definição

“Em 1866, Langdon-Down descreve pela primeira vez o *Síndrome de Down* ou *mongolismo*, pelo aspeto semelhante à criança mongólica (olhos em amêndoa) que os portadores do *Síndrome* apresentam. Com a evolução científica, nomeadamente na área da Genética, o *Síndrome de Down*, já descrito clinicamente, veio a identificar-se como uma alteração cromossómica, a *Trissomia 21*. A existência de três cromossomas no par número 21 é patognomónico do *Síndrome de Down*.” (Amaral, 1995)

Nielsen (1999), afirma que “Causada por uma anomalia cromossomática, esta deficiência implica atrasos no desenvolvimento físico e intelectual, assim como também na área da linguagem. É a anomalia cromossomática que mais comumente se reconhece como estando associada a deficiência mental. Os indivíduos afetados pela Trissomia 21 apresentam uma aparência física característica”.

Já Pinto e Palha (2001), defendem que “Quando nos debruçamos sobre a arte, a literatura e a ciência, podemos encontrar alusões antigas à presença de indivíduos com síndrome de Down (vulgarmente conhecida e erradamente designada por mongolismo). Esta síndrome foi descrita, pela primeira vez, pelo médico britânico John Langdon Down (Londres, 1866), baseado num conjunto de características observadas em crianças internadas num asilo em Surrey, Grã-Bretanha, razão pela qual se designou, desde então, por síndrome de Down.

Com a evolução e da medicina, Lejeune e col. (Paris, 1959) descobrem que se trata de uma doença genética: em vez dos habituais 46 cromossomas, as células das pessoas com síndrome de Down apresentavam 47 cromossomas, devido à presença de um cromossoma 21 supranumerário. Desde então, a síndrome de Down passou a designar-se corretamente por Trissomia 21 (já não é mais uma síndrome!) ”

### 1.2. História

Apesar dos indícios da existência desta perturbação já na altura em que se faziam pinturas rupestres, a primeira utilização do termo «mongoloide» como um tipo de deficiência foi feita por Chambers, em 1844, quando referiu o mesmo a propósito de uma teoria de degenerescência racial. (Morato, 1995).

Segundo Morato (1995), em 1866, John Langdon Down, influenciado pela perspectiva de Chambers e pela Teoria da Evolução das Espécies de Darwin, fez a primeira apresentação clínica acerca da Trissomia 21, quando descreveu um grupo de crianças que apresentavam atrasos mentais e características físicas e intelectuais muito semelhantes. O aspeto físico destas crianças era muito semelhante ao da raça Mongol - etnia considerada inferior na classificação da escala do desenvolvimento humano - razão pela qual Langdon-Down os

apelidou de mongoloides. Este termo acabou por ser retirado das suas publicações pois foi considerado ofensivo.

Down fez um importante contributo dentro da comunidade científica da sua altura ao alertar para os diferentes tipos de atraso mental e ao considerar esta síndrome como uma entidade clínica independente.

Nos anos 30, outros investigadores, nomeadamente Waardenburg e Turpin, levantaram a hipótese de que a Trissomia 21 poderia dever-se a uma anomalia cromossómica mas não o conseguiram comprovar, pois ainda não estavam disponíveis as técnicas necessárias para a examinação de cromossomas.

Só em 1959, Turpin, Léjeune e Gautier conseguiram provar a existência de um cromossoma suplementar no par 21, utilizando uma técnica de fotomontagem dos cromossomas. Provou-se assim que esta perturbação se tratava de uma anormalidade cromossómica, ao identificar a presença de um cromossoma extra nas crianças afetadas. No ano seguinte, foram descritos os primeiros casos de Translocação e, em 1961, o primeiro caso de Mosaicismo.

Após a descoberta da alteração cromossómica verificada no par 21, a Síndrome de Down ou Mongolismo passou a designar-se por Trissomia 21, para evitar ferir a suscetibilidade e estigmatização dos indivíduos.

Morato (1995) defende ainda que “a utilização da designação de Trissomia 21 é a mais correta não só cientificamente mas humanamente, mais isenta de conotações míticas pré-deterministas e especulativas”, apesar de os três termos se referirem à mesma anormalidade genética.

### **1.3. Etiologia**

Como já sabemos, a Síndrome de Down deve-se à presença de um cromossoma suplementar nas células do corpo. É importante assinalar que durante a gravidez não há nada que contribua para o aparecimento desta anomalia. De acordo com Sampedro et al. (1997), apesar de ser muito difícil determinar os fatores responsáveis, a maioria dos especialistas está de acordo que existe uma multiplicidade de fatores etiológicos que interagem entre si, dando lugar à Trissomia. É desconhecida a maneira como se relacionam, portanto não se podem interpretar como uma relação direta causa-efeito.

Segundo alguns estudos realizados, quatro por cento dos casos de Trissomia devem-se a fatores hereditários, como por exemplo: casos em que a mãe também é afetada pela síndrome; famílias com várias crianças afetadas; casos de translocação num dos pais e casos em que existe a possibilidade de que um deles, aparentemente normal, possua uma estrutura cromossômica em mosaico, com maior incidência de células normais. Contudo, não está provado que esta característica seja mais frequente em pais de crianças com síndrome de Down do que em pais de crianças normais.

Outro fator etiológico e, provavelmente o mais conhecido, é a idade da mãe. O nascimento de uma criança com esta síndrome é significativamente mais frequente a partir dos trinta e cinco anos, atingindo aproximadamente cinquenta por cento em mães com idade superior a quarenta anos. O mesmo não se verifica em relação ao pai. Especialistas apontam para a possibilidade de que a interação de diferentes fatores possa atuar de variadas formas no envelhecimento normal do processo reprodutor, favorecendo ou estabelecendo a anomalia cromossômica.

Há ainda um grupo de causas possíveis, formado por fatores externos: processos infecciosos, sendo que os agentes víricos mais significativos são os da hepatite e da rubéola; exposição a radiações - fator difícil de estudar, pois as radiações podem causar alterações anos antes da fecundação. No entanto, Sigler, 1961 e Uchida, Holunga e Lawler, 1968, apontam realmente para uma maior incidência da síndrome quando os pais estiveram expostos a radiações; agentes químicos que podem determinar mutações genéticas como um alto conteúdo de flúor na água (Rapaport, 1963) e a poluição atmosférica (Greenberg, 1964); problemas de tiroide na mãe (Benda, 1960); índice elevado de imunoglobulina e de tioglobulina no sangue materno - o aumento de anticorpos está associado ao avanço da idade da mãe - e, finalmente, deficiências vitamínicas como uma hipovitaminose que pode favorecer o aparecimento de uma alteração genética. (Sampedro et al., 1997)

#### **1.4. Tipos de Trissomia 21**

Segundo Sampedro et al. (1997), esta anomalia, originada por três fatores diferentes, dá lugar a três tipos de Trissomia.

**Trissomia homogénea**, caso mais frequente, representando 90% dos casos: neste caso, o erro de distribuição dos cromossomas está presente antes da fertilização; decorre

durante o desenvolvimento do óvulo ou do espermatozoide ou então na primeira divisão celular e todas as células serão idênticas.

**Mosaicismo**, mais residual, cerca de 5 %: neste caso, o erro de distribuição dos cromossomas produz-se na 2ª ou 3ª divisões celulares. As consequências deste mau desenvolvimento do embrião vão depender do momento em que se produzirá a divisão defeituosa. Quanto mais tardiamente se der, menos células serão afetadas pela Trissomia e vice-versa. A criança será portadora simultaneamente de células normais e trissómicas no par 21.

**Translocação**, representa os restantes 5%, a totalidade ou uma parte de um cromossoma está unido à totalidade ou parte de outro. Os cromossomas mais afetados por esta anomalia são os grupos 13-15 e 21-22.

A translocação pode decorrer no momento da formação do espermatozoide ou do óvulo ou no momento em que se produz a divisão celular. Todas as células serão portadoras de Trissomia e conterão um par de cromossomas sempre ligado ao cromossoma de translocação. Neste caso, apenas poderá ser identificado através de uma análise cromossomática, designada cariótipo, que assume especial importância pois num em cada três casos de Trissomia por translocação, um dos pais é portador da mesma, aumentando a possibilidade de ter outro filho com esta patologia. Neste caso, o pai ou a mãe são pessoas física e intelectualmente normais, contudo, as suas células possuem apenas 45 cromossomas, o que faz com que o cromossoma de translocação equivalha a dois cromossomas normais.

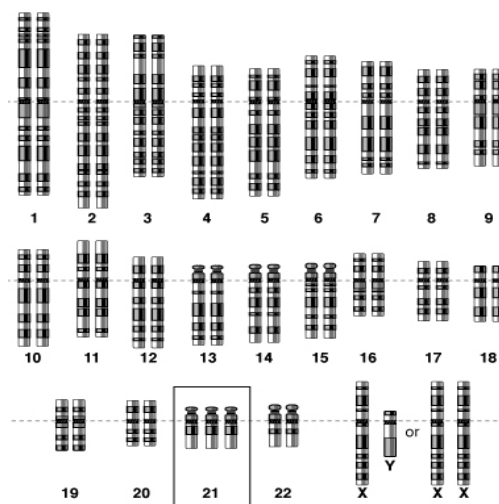


Imagem 1 – Exemplo da presença de três cromossomas 21 no cariótipo - Trissomia 21 homogénea

[http://pt.wikipedia.org/wiki/S%C3%ADndrome\\_de\\_Down](http://pt.wikipedia.org/wiki/S%C3%ADndrome_de_Down)

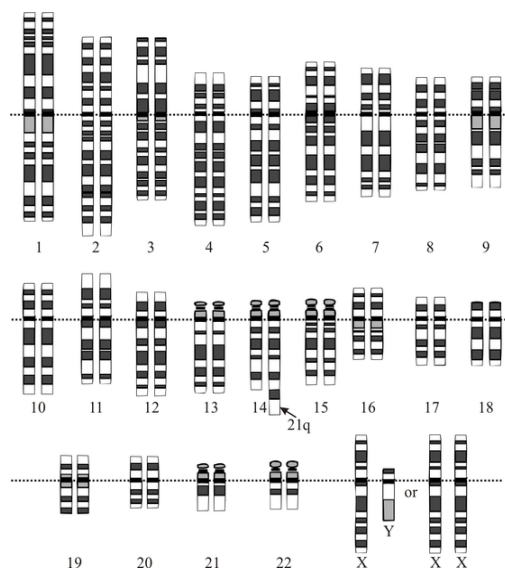


Imagem 2 – Exemplo de cariótipo de uma pessoa com Trissomia 21 causada por translocação

[http://pt.wikipedia.org/wiki/S%C3%ADndrome\\_de\\_Down](http://pt.wikipedia.org/wiki/S%C3%ADndrome_de_Down)

## 1.5. Características

### 1.5.1. Características físicas

De acordo com Sampedro et al. (1997), esta síndrome provoca problemas cerebrais, de desenvolvimento físico e fisiológico e de saúde. A maior parte das alterações orgânicas decorre durante o desenvolvimento do feto, no entanto, o diagnóstico pode ser feito logo após o nascimento, o que se demonstra uma vantagem, pois possibilita uma intervenção precoce. Fisicamente, estas crianças apresentam características muito específicas, e embora os indivíduos afetados não sejam todos iguais, dá-lhes um aspeto muito semelhante. Lambert (1982 cit. Por Sampedro et al., 1997), enumerou estas características:

“A cabeça é mais pequena do que o normal. A parte de trás da cabeça *occipucio* é geralmente proeminente. As fontanelas podem ser relativamente grandes e encerram mais tarde que na criança normal. O nariz é pequeno e com a parte superior achatada. Os olhos são ligeiramente rasgados com uma pequena prega de pele nos cantos anteriores. A parte exterior da íris pode apresentar manchas de cor ligeira (chamadas manchas de Brushfield). As orelhas são pequenas, assim como os lóbulos auriculares. A boca é relativamente pequena. A língua é de tamanho normal mas, em consequência da pequenez da boca associada ao baixo tónus muscular da criança mongolóide, pode sair ligeiramente da boca. Os dentes são pequenos e muitas vezes mal formados e mal implantados. Podem mesmo faltar alguns dentes. O pescoço é tipicamente curto. As mãos são pequenas com dedos curtos. Frequentemente a mão apresenta uma só prega palmar em vez de duas, e o dedo mindinho pode ser um pouco mais curto do que o normal e ter apenas duas

falanges. A parte superior do dedo mindinho está frequentemente curvada na direção dos outros dedos da mão. Os pés podem apresentar um espaço ligeiro entre o primeiro e o segundo dedos, com um pequeno sulco entre eles na planta do pé. A pele aparece ligeiramente arroxeadada e tende a tornar-se seca à medida que a criança cresce. Os cabelos são finos, relativamente ralos e lisos.”

Estas crianças costumam ter, também, hiperextensibilidade articular, choro com gritos curtos e agudos na infância, uma altura inferior à média e tendência para a obesidade ligeira ou moderada, principalmente depois da infância. No entanto, estes aspetos não são absolutos e é possível conseguir superá-los, com uma alimentação cuidada e redução dos processos infecciosos na criança. (Sampedro et al., 1997)

Segundo Nielsen (1999), apesar do seu desenvolvimento físico lento, existe, também, maior incidência para o aparecimento de alguns problemas de saúde, nomeadamente, problemas cardíacos para cerca de 1/3 dos bebés – podem ser corrigidos através de intervenção cirúrgica; problemas gastrointestinais - estrangulamento nos intestinos - problemas de visão, como sejam o estrabismo ou cataratas; infeções do ouvido, revelando perda ligeira a moderada da capacidade de audição devido à retenção de líquido no ouvido interno e problemas na fala, devido à dimensão da língua, e por fim, maior risco de desenvolver leucemia.

Nestas crianças pode surgir ainda uma patologia denominada Instabilidade Atlantoaxial - desalinhamento das duas últimas vértebras do pescoço - o que faz com que as atividades que requerem hiperextensão ou flexão do pescoço causem problemas, pois estas crianças ficam mais sujeitas a sofrer lesões quando participam nelas. (Nielsen, 1999)



Imagem 3 – Exemplo de uma criança portadora de Trissomia 21

<http://neetrissomia.wordpress.com>

### **1.5.2. Características cognitivas**

De acordo com a Associação Médica Americana, o Q.I. de indivíduos com Trissomia 21 varia entre 30 e 80, no entanto, em alguns casos pode chegar até 120. A deficiência mental destes indivíduos varia entre ligeira e severa mas na maior parte dos casos o grau situa-se entre o ligeiro e o moderado. (Nielsen, 1999)

Sampedro et al. (1997) afirmam que, quanto à perceção, as crianças trissómicas apresentam défices em aspetos como: capacidade de discriminação visual e auditiva, principalmente quanto à intensidade da luz; reconhecimento táctil em geral e de objetos a três dimensões; cópia e reprodução de figuras geométricas e rapidez percetiva.

No geral, estas crianças seguem os passos normais de desenvolvimento, embora com um certo atraso.

Estudos afirmam que existe um défice de atenção nas crianças com deficiência mental. As suas prestações são «mediócras» nas aprendizagens discriminativas, pois: demoram mais tempo a dirigir a atenção para o que pretendem e têm mais dificuldade em transferi-la de um estímulo para outro; é necessária então uma forte motivação para manter/despertar o seu interesse. Têm, também, dificuldade em reter respostas mesmo depois de examinar em pormenor os aspetos mais importantes e/ou as componentes mais abstratas dos estímulos. Posto isto, produzem uma qualidade de resposta menor, com maior frequência de erro.

Alguns investigadores defendem que impressões mnésicas persistem menos tempo nos circuitos nervosos da memória a curto prazo de crianças com atrasos moderados e severos do que em crianças ditas «normais».

No entanto, Spitz defende que os mecanismos base da aprendizagem e memorização são os mesmos e que a diferença encontra-se nos processos utilizados para organizar espontaneamente as aprendizagens e memorizações.

Outros autores defendem que os maus resultados e problemas a estes níveis devem-se a dificuldades na categorização conceptual e codificação simbólica. Crianças trissómicas têm de aprender determinadas tarefas, contudo, não dispõem de um mecanismo de estruturas mentais para as assimilar – orientam-se por imagens - coisas concretas - e não por conceitos ou coisas abstratas.

Brown afirma que a memória de reconhecimento elementar em tarefas simples é boa, mas quando é necessária uma intervenção ativa e espontânea para a organização do material a memorizar, revelam-se menos eficazes do que as outras crianças.

É um «défice específico» que afeta a recordação verbal do nome dos objetos ou acontecimentos a reter, a organização do material e a eliminação voluntária de elementos que não são pertinentes.

É imperativo treinar estratégias adequadas para a memorização. No entanto, apesar de se revelar eficaz, continua a persistir o problema da sua transferência e generalização.

Em suma, os problemas de memorização em crianças com atrasos consistem nas estratégias utilizadas voluntariamente para organizar a atividade mnésica.

É sabido que as dificuldades de linguagem originam problemas na comunicação. A evolução, integração e autonomia pessoal e social da criança com Síndrome de Down dependem bastante da aquisição e evolução da linguagem.

O desenvolvimento da linguagem nestas crianças sofre um atraso considerável em relação a certas áreas de desenvolvimento. Existe um grande desajustamento entre os níveis compreensivo e expressivo.

A compreensão de uma criança trissómica é semelhante à de uma criança normal, embora evolua com um atraso em relação ao tempo e encontre obstáculos gerados e encontre obstáculos gerados pelos défices que apresentam em aspetos particulares da organização do comportamento. É importante mencionar a menor reação e iniciativa aquando das interações nas primeiras etapas de vida e a menor «referência ocular», o que dificulta o estabelecimento dos mecanismos de associação e conhecimento do objeto e do vocabulário e atrasa o desenvolvimento da compreensão e produção verbal.

A criança com Síndrome de Down tem dificuldade em realizar operações mentais de abstração e síntese, na organização do pensamento e da frase, na aquisição de vocabulário e na estruturação morfossintática.

A expressividade destas crianças é afetada por alguns fatores, tais como: dificuldades respiratórias, hipotonicidade e fraca capacidade para manter e prolongar a respiração; perturbações fonatórias, alterações no timbre de voz – grave, monótono e gutural; perturbações da audição, perdas auditivas ligeiras e moderadas – capacidade auditiva inferior ao normal; perturbações articulatórias, devidas a uma confluência de fatores, nomeadamente, à hipotonia da língua e lábios, malformações do palato, má implantação dentária, imaturidade motora, entre outros e tempo de latência da resposta demasiado longo.

Revela-se também uma falta de relação lógica na narração, que nos parece incoerente mas, na verdade, é apenas aparente, pois deriva das perturbações da estruturação espaço-temporal, das dificuldades em relacionar uma situação nova e experiências vividas

anteriormente, da sua maneira de raciocinar e de uma construção gramatical desadequada. (Sampedro et al., 1997)

## **1.6. Diagnóstico**

Segundo Sampedro et al. (1997), a Síndrome de Down não é uma doença curável, contudo, existem três aspetos fulcrais para a realização de uma prevenção eficaz: a idade da mãe, o aconselhamento genético e a amniocentese.

Quanto à idade da mãe, sabe-se que a partir dos trinta e cinco anos de idade uma mulher tem mais probabilidades de conceber um filho com Trissomia 21. É, pois, imperativo que as potenciais mães sejam informadas do risco que correm.

No que diz respeito ao aconselhamento genético, o estudo do mesmo pode advertir os pais acerca do risco estatístico de ter um filho com Síndrome de Down. É fundamental que seja feita uma análise cromossomática aos pais e irmãos destas crianças, só então o médico poderá aconselhar sobre uma descendência familiar futura. Se isto não acontecer, a falta de informação pode levar ao desconhecimento de uma possível pertença a um grupo de risco.

Finalmente, a amniocentese - método relativamente novo de diagnóstico precoce da síndrome – antes do nascimento, consiste na extração de líquido amniótico, entre a 14ª e a 19ª semanas de gravidez, através de uma punção com anestesia local. São extraídos 15 – 20 ml de líquido e, após uma cultura das células em laboratório durante 10 a 21 dias, pode fazer-se uma análise cromossomática ou cariótipo, o que permite descobrir se o feto apresenta ou não uma Trissomia.

Este método pode levantar problemas referentes aos possíveis riscos de carácter científico que acarreta e a princípios de ordem moral e religiosa.

Não há indícios de que tenha ocorrido uma interrupção da gravidez devido à prática da amniocentese, conclui-se então que este método, realizado sob o controlo de ultrassons para localizar corretamente a placenta e o feto, apresenta-se como sendo uma técnica fiável, de valor diagnóstico muito importante.

Quanto a problemas morais e religiosos, “o conhecimento do feto com síndrome tem apenas a função de poder interromper a gravidez” (Lambert, 1982 cit. Por Sampedro et al., 1997).

Apesar de esta técnica já ser um procedimento obrigatório, é mais dirigida a mulheres grávidas com idade superior a 38/40 anos; quando na família existe uma criança

trissómica e quando um dos pais é portador de uma trissomia por translocação - este caso só é conhecido depois de ter nascido um filho com a síndrome. (Sampedro et al., 1997)

Outras técnicas de rastreio pré-natal utilizadas são, também, a amostra de vilosidades coriônicas e as ecografias, que permitem observar algumas características do feto que possam indicar que é portador de Trissomia 21.

A amostra de vilosidades coriônicas consiste numa biopsia transvaginal, realizada entre a 10ª e a 12ª semanas de gestação, que vai permitir detetar anomalias cromossómicas mais precocemente. No entanto, em contrapartida, está associada a uma maior taxa de abortos. Neste caso, a deteção da Trissomia é feita com base na existência de defeitos nos membros e nas mandíbulas do feto.

Por último, com a ecografia pode observar-se algumas características fetais indicadoras da síndrome, como por exemplo: o tamanho da fossa posterior, a espessura das pregas cutâneas da nuca, a postura das mãos e o comprimento dos ossos. Contudo, esta técnica não oferece garantias conclusivas. (Werneck, 1995)

## **1.7. Intervenção**

O diagnóstico de Trissomia 21 pode ser feito logo no momento do nascimento da criança, favorecendo assim uma estimulação precoce, centrada no desenvolvimento de todas as suas potencialidades.

Conforme Sampedro et al. (1997), a educação da criança com Trissomia 21 deverá ter como base dois princípios: a finalidade da sua educação é a mesma do que a da educação em geral, com oportunidade e assistência necessárias ao desenvolvimento das suas faculdades cognitivas e sociais e o princípio da normalização, segundo o qual as crianças com deficiência devem beneficiar do sistema de serviços gerais da comunidade, integrando-se nela.

Para a elaboração do plano educativo das crianças, é necessário um conhecimento das características individuais das mesmas, ou seja, aquelas que a definem e a diferenciam das outras: o ambiente, a família, a personalidade e o seu interesse, tendo em conta a informação médica, psicopedagógica - dados sobre o desenvolvimento, personalidade e aspetos cognitivos - e informação sócio familiar, ou seja, nível sociocultural familiar e do meio e atitudes e implicações dos membros da família existente, para assim se proceder a uma avaliação pormenorizada de cada uma das áreas de desenvolvimento.

É fundamental para a educação e para o desenvolvimento integral da criança com Trissomia 21 atender aos aspetos da anamnese, à sua história de saúde, ao seu percurso escolar, à caracterização familiar e às expectativas dos pais.

O projeto de intervenção deve ser flexível, adaptado às características individuais, aberto a possíveis alterações, reformulações; global, mesmo dividido em diferentes áreas, o objetivo primordial é o desenvolvimento global da criança; realista no que diz respeito às metas propostas e aos recursos materiais e humanos disponíveis e compatível, pois deve ser compatível com a dinâmica geral da sala de aula em que a criança está integrada, tendo como alvo as reais possibilidades da criança (Sampredo, et al., 1997).

### **1.7.1. Áreas de Intervenção**

Segundo Sampredo et al., (1997), as áreas gerais de intervenção em crianças com Trissomia 21 são:

#### **Perceção**

A perceção é um processo complexo que consiste na recolha e na interpretação da informação que recebemos através dos sentidos. O processo percetivo é, então, a análise e organização dos dados recebidos do meio interior ou exterior pelo indivíduo.

A criança com Trissomia 21, quando confrontada com tarefas a realizar, não dispõe de um mecanismo de estruturas cognitivas que lhe permita apreender adequadamente um mundo preceptivo.

Desta forma, a aprendizagem percetiva deve recorrer ao maior número possível de vias sensitivas; a atividades motivadoras, sistemáticas e sequencializadas e à constante verbalização por parte da criança do que está a realizar.

#### **Atenção**

A criança com Trissomia 21 apresenta défices na aquisição de hábitos de fixação, focalização e mobilização da atenção, interferindo negativamente na sua perceção visual e auditiva, na sua psicomotricidade e na sua linguagem, sobretudo na oral.

O ambiente de aprendizagem não deverá possuir estímulos que possam propiciar a dispersão e as instruções deverão ser claras e concisas, acompanhadas, sempre que possível, de um modelo de ação. Na realização das atividades deve ter-se em conta as reais

possibilidades da criança, quer no que respeita à dificuldade quer ao tempo necessário, e dispor-se de um reportório amplo de atividades de maneira a diversificar e evitar o desinteresse da criança.

### **Memória**

A memória resulta da discriminação e reconhecimento dos estímulos visuais, auditivos, tácteis e motores e pode ser considerada como um dos aspetos da organização dos dados provenientes da perceção, que nos permitirá o reconhecimento e recordação de objetos, situações e factos.

Uma criança com Trissomia 21 apresenta défices na perceção e na atenção, que se constituem como requisitos fundamentais para uma boa memorização, para além das dificuldades observadas na organização do material memorizado.

Sendo a capacidade de memória importante para as aprendizagens escolares e para o desenvolvimento global da pessoa, é necessária a potencialização sistemática desta capacidade.

Aquando da intervenção nesta área deve-se ter em conta os seguintes aspetos: é necessário trabalhar o reconhecimento em primeiro lugar e só depois o recordar; antes de se reforçar a memória sequencial, deverá ser atingido um nível suficiente de memória imediata; a assimilação de conhecimentos poderá ser atingida através da repetição; a informação deverá ser adquirida pelo maior número possível de vias sensitivas e a informação nova deverá surgir associada a informação e dados anteriores.

### **Aspetos psicomotores**

O desenvolvimento motor da criança com Trissomia 21, quando beneficia de um projeto de intervenção precoce adaptado, não revela grandes diferenças relativamente ao das outras crianças, embora a sua fraca tonicidade, a sua falta de atenção e outras características particulares possam dificultar esse desenvolvimento.

O problema específico do desenvolvimento psicomotor da criança com Trissomia 21, como o atraso em adquirir o equilíbrio e a marcha, depende diretamente da psicomotricidade. O desenvolvimento psicomotor está relacionado com as aprendizagens escolares, sobretudo com a aquisição de técnicas instrumentais, tornando-se fundamental uma educação psicomotora adequada.

Os objetivos da intervenção deverão ser a melhoria das possibilidades instrumentais, as possibilidades de adaptação da criança e a sua relação com os outros, mediante uma linguagem corporal.

### **Educação da mão**

As características da mão das crianças com Trissomia 21 provocam uma manipulação desajustada e pouco hábil. Esta educação poderá ocorrer em situações quotidianas e deverá iniciar-se o mais precocemente possível.

### **Leitura e Escrita**

A leitura e a escrita são competências imprescindíveis no mundo atual, delas dependem a autonomia e a obtenção de uma atividade profissional.

Nas crianças com Trissomia 21, os mecanismos fundamentais para a leitura, tanto a nível percetivo como cognitivo, são mais lentos do que nas restantes crianças. Isto deve-se ao facto de requisitos fundamentais para a aprendizagem da leitura e da escrita como processo percetivo, sobretudo a perceção visual e auditiva e a associação das imagens visuais, auditivas, articulação motora e gráfica, se encontrarem alterados.

Estas crianças costumam apresentar ainda dificuldades em estabelecer a relação entre os sinais, a representação gráfica e os sons ouvidos, assim como na grafia, dadas as suas dificuldades de motricidade fina.

### **Lógico-matemática**

Esta área exige uma grande participação da atividade cognitiva, tornando necessário o conhecimento da evolução da criança para verificar em que momento de desenvolvimento ela se encontra e quais as suas necessidades para aquisição de determinados conceitos.

Dever-se-á, então, confrontar a criança com diversas situações e motivá-la para a descoberta dos conteúdos básicos sobre os quais se apoia a matemática.

Para esta aquisição, é essencial um bom desenvolvimento percetivo, a capacidade de aprender a diferenciar-se do mundo que a rodeia e a perceber as relações entre os objetos, o conhecimento do esquema corporal e as noções de quantidade.

O objetivo a atingir será o desenvolvimento de pensamento lógico e do raciocínio, para além do desenvolvimento de determinados automatismos.

O ensino deve ser dirigido de um ponto de vista prático, permitindo dessa forma um melhor desenvolvimento social da criança.

### **Linguagem**

Está provado que o desenvolvimento da linguagem em crianças com Trissomia 21 tem um atraso considerável em relação às outras áreas de desenvolvimento, sobretudo, no que se refere à linguagem compreensiva e expressiva.

O atraso no desenvolvimento da linguagem deve-se sobretudo à lentidão da sua organização, ao desenvolvimento mental lento, a um pensamento muito elementar com défice da função simbólica e dificuldade de chegar à abstração.

Dados os défices que normalmente apresentam nesta área, a linguagem constitui-se como o centro das dificuldades sociais da criança trissómica, que se vê limitada na comunicação.

A intervenção nesta área é bastante complexa, já que a criança apresenta perturbações quer ao nível da fala, quer ao nível da linguagem propriamente dita, que implica funções intelectuais superiores.

Essa intervenção só será eficaz se começar desde muito cedo e tiver um ritmo regular, se implicar toda a família, se for evolutiva, ou seja, se utilizar os dados disponíveis sobre o desenvolvimento da linguagem na criança normal.

A educação linguística deve basear-se nos níveis sintáticos e semânticos, não devendo a palavra ser trabalhada isoladamente, mas através de exercícios de classificação, categorização e generalização.

### **Conteúdos vivenciais**

À criança com Trissomia 21 deve ser fornecido um conjunto de conhecimentos referentes ao meio em que vive e de cultura geral. Estes conhecimentos deverão ser adquiridos não só no contexto escolar, mas também no familiar.

## **2. Ideias gerais sobre a sexualidade de portadores de deficiências**

### **2.1. Mitos, crenças e preconceitos**

De acordo com Gomes (1995), sexualidade e pessoas portadoras de deficiência são conceitos carregados de conotações negativas e preconceituosas.

Sobre a sexualidade em geral existe uma série de crenças, ideias pré-concebidas e estereotipadas que nem sempre correspondem à realidade.

A sexualidade humana é um dos domínios em que se encontram entrelaçados aspetos de ordem biológica, psicológica e sociocultural, cuja influência determina atitudes e comportamentos.

Ainda hoje, as deficiências quer físicas quer mentais, estão associadas, sobretudo em determinados extratos socioculturais, ao castigo divino pelos «pecados sexuais» dos humanos. Esta posição é gerada por uma visão tradicionalista, ainda vigente, que considera qualquer prática sexual intrinsecamente má, pensando até que é lamentável que estes atos sejam necessários para a sobrevivência da espécie.

De facto, a sexualidade dos portadores de deficiências está repleta de mitos, tabus e estereótipos, assim como a sexualidade em geral, contudo, em tonalidades ainda mais negativas.

Apesar de, nos últimos decénios, termos assistidos a alterações nos padrões culturais, refletidas numa mudança de mentalidades, ainda se verifica uma forte influência do modelo reprodutivo sexual e seus corolários. Este modelo privilegia a vertente reprodutiva da expressão sexual, deixando para segundo plano outros aspetos importantes da sexualidade, nomeadamente a afetividade e o prazer. Por exemplo, se existirem duas pessoas que se encontrem física ou mentalmente impedidas de assumir a paternidade/maternidade, acabam por ver frequentemente lesado o seu legítimo direito a um relacionamento sexo-afetivo sem fins reprodutivos.

Como corolários deste modelo encontram-se a moral sexual e a dicotomização dos papéis psico-socio-sexuais, que nos dizem que o homem deve ser ativo e a mulher passiva, o que pode provocar disfunções relacionais e/ou sexuais. Acresce, também, que muitas pessoas têm tendência a pensar que a expressão do impulso sexual só será aceitável quando acontecer entre gente «jovem e bonita».

Esta perspetiva leva muitas pessoas a encarar a sexualidade de vários grupos de indivíduos de forma redutora, como por exemplo: as crianças, os adolescentes, os idosos, os

portadores de deficiências, entre outros. No máximo reconhece-se teoricamente que eles têm esse direito, na condição de não passarem à prática.

## **2.2. Questões sexuais dos vários portadores de deficiências**

Relativamente à sexualidade dos portadores de deficiências em geral, muitas pessoas acham que estes não sentem quaisquer necessidades sexuais, outras, em contrapartida, pensam que eles só pensam em sexo.

Ambas as opiniões estão erradas, pois eles são exatamente como todas as outras pessoas, ou seja, têm impulso sexual como qualquer ser humano. O seu impulso, dependendo de pessoa para pessoa, pode ser fraco ou forte. Somente pelo facto de existirmos, todos somos sexuados; não existem seres humanos que não possuam esta característica.

É importante não esquecer que os portadores de deficiências não são todos iguais, pois há uma certa tendência para considerar as deficiências todas parecidas.

Existem vários graus de deficiência mental, a profunda/severa e a moderada/ligeira. Quanto aos portadores de deficiências físicas, há os que têm deficiências congénitas e da primeira infância e os que devido a um acidente pós-traumático também ficaram afetados/lesionados. Também as deficiências pós-traumáticas podem produzir diversos efeitos na sexualidade, assim como acontece na segunda infância, adolescência ou idade adulta. (Gomes, 1995)

## **2.3. Os portadores de deficiência mental**

A sexualidade dos portadores de deficiência também levanta questões específicas derivadas das suas limitações, limitações estas que os impedem de tomar inteira responsabilidade pelas suas ações e decisões.

Segundo a «American Association of Mental Deficiency» (Grossman, 1973), existem quatro tipos de deficiência mental: ligeira, moderada, severa e profunda.

No que respeita aos portadores de deficiências mentais severas e profundas, o seu grau de dependência de outras pessoas é bastante grande e a sua autonomia em geral torna-se bastante restrita. Assim sendo, também no aspeto sexual os seus comportamentos são limitados com a agravante de problemas como: o abuso sexual de que possam ser vítimas; o possível mal-estar dos técnicos perante a masturbação e a eventual masturbação em público.

Em relação ao abuso sexual, é necessário mostrar aos portadores de deficiência que as pessoas se relacionam de diferentes maneiras e alertá-los para determinadas situações, como por exemplo, não abrir a porta a estranhos, entre outras. Os pais destes indivíduos devem demonstrar como agir corretamente nestas situações e, se possível, fazer uma explicação verbal para que os seus filhos possam fazer uma interiorização das diferenças entre estranhos e familiares.

No entanto, dados clínicos apontam para o abusador como sendo uma pessoa conhecida ou mesmo um familiar.

Quanto à masturbação, esta é só um problema quando um portador de deficiência se magoa quando pretende fazê-la. Se este a fizer em público há que agir como se estivessemos perante outras manifestações comuns que lesam a integridade física do mesmo. Se está a roçar a área genital com objetos perigosos, ou os tenta introduzir no seu corpo, deve intervir-se, mas sem gritar, castigar ou humilhar e explicar-lhe que pode fazer o mesmo mas com a mão e num sítio mais apropriado/privado.

Algumas pessoas que lidam com portadores de deficiências têm a ideia de que eles se masturbam excessivamente, no entanto, isto não corresponde à verdade, pois é o organismo quem se encarrega de autorregular o impulso sexual.

Relativamente aos portadores de deficiências mentais ligeiras e moderadas, a sua educação sexual tem de ter como base a insistência numa contraceção eficaz; a evidência de que há relacionamentos sexo-afetivos sem coito e a lembrança de que existem alternativas à maternidade/paternidade.

Ainda antes de atingirem a puberdade, estes indivíduos devem ser preparados para as mudanças físicas, e não só, que vão sofrer. Num segundo momento, há que fazê-los compreender que há limites para o seu comportamento sexual, assim como para outros tipos de comportamento. Devido à sua deficiência mental, os adolescentes têm de ser informados repetidamente sobre as consequências do ato sexual, como sejam a gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis.

Uma importante questão que se levanta quando se trata deste tipo de deficiências é a dificuldade de avaliar o seu nível de responsabilidade procriativa, ou seja, é necessário distinguir o sexo com fins procriativos de sexo com fins «recreativos».

De facto, a possibilidade, ou não, de estes indivíduos se exprimirem sexualmente, quer reprodutiva quer recreativamente, está condicionada pelo seu grau de deficiência, contudo, também depende do contexto sociocultural em que estão inseridos.

Em suma, dificilmente os portadores de deficiências mentais, a não ser em casos especiais e bastante raros, terão condições para assumir a responsabilidade da procriação. (Gomes, 1995)

### **3. O desenvolvimento sexo-afetivo na Trissomia 21**

#### **3.1. Características morfológicas sexuais**

Segundo Amaral (1995), o seu desenvolvimento orgânico-sexual é lento e incompleto e acontece em dois terços dos casos. Os restantes casos apresentam atrofia sexual e ausência de caracteres sexuais no final da adolescência.

A mudança sexual é lenta mas bem aceite pelo jovem, pois as alterações são menos abruptas que no adolescente dito normal.

Os rapazes apresentam: pelos púbicos e axilares pouco desenvolvidos; barba pouco cerrada, aspeto infantil ou feminino e os órgãos genitais podem apresentar anomalias como criptorquidia - testículos não evoluídos e hipospadia – orifício uretral em posição anómala, pénis pequeno e fimose. (Amaral, 1995)

Neste caso, todos os indivíduos são estéreis devido ao número inferior de espermatozoides e falta de maturidade destes, bloqueio ao nível da espermatogénese e também as células germinais da Trissomia 21 podem afetar a viabilidade dos espermatozoides. (Silva e Almeida, 2001)

As raparigas apresentam: mais obesidade do que a habitual devido à hipertrofia do tecido adiposo /sobretudo nas ancas – muito largas); pele oleosa e acne juvenil e os órgãos genitais são geralmente normais, no entanto, surgem, por vezes, casos de hipoplasia do útero ou alterações externas da vulva. Têm a menarca quase sempre na idade habitual e os períodos menstruais são regulares, assim como o seu fluxo. No entanto, a menopausa aparece muito cedo, acompanhando o envelhecimento prematuro - uma das características da síndrome de Down. A gravidez é possível e não evolui bem a nível orgânico, já a sua aceitação e compreensão varia de acordo com o grau de deficiência mental da jovem. Quando efetivamente uma jovem destas é mãe, trata o seu bebé com todo o carinho, contudo, é incapaz de corresponder às suas necessidades do quotidiano. (Amaral, 1995)

### **3.2. Características psicológicas sexuais**

De acordo com Silva e Almeida (2001), na infância, a sua sexualidade baseia-se no prazer sensório-motor. Nesta fase, a criança procura satisfazer as suas necessidades, não estando interessada na partilha. A sua identidade forma-se com base nos exemplos dos adultos, imitando as normas impostas pelas figuras significativas como pais e familiares.

Aos 2/3 anos, começa a interessar-se pela diferença de géneros, diferenças anatómicas e comportamentais, formando a sua entidade sexual a partir de mensagens explícitas e implícitas provenientes do meio sociocultural onde está inserido.

Na fase de latência, com a entrada na escola, o interesse sexual passa para segundo plano e interessa-se mais a nível intelectual.

A personalidade da criança trissómica também sofre alterações no comportamento à medida que se vai libertando da infância e aproximando da independência do adulto.

O período da adolescência, etapa difícil para os pais, é rico em mudanças súbitas, variáveis de um dia para o outro.

Com a chegada da puberdade, o interesse sexual dirige-se para o seu corpo e intimidade e surge o desejo de partilha e contacto com o outro. Nesta fase, é importante que seja facultada aos pais informação adequada para que sejam capazes de aceitar os seus filhos como seres sexuados.

Amaral (1995), acrescenta que quando um jovem tem deficiência mental, são os pais quem geralmente não entende esses sinais de mudança, pois têm sempre uma imagem infantil do seu filho, não acreditando no seu crescimento psicológico.

Um jovem trissómico tem as mesmas pulsões e comportamentos do que um jovem normal, o que difere é a sua dificuldade intelectual na compreensão dos raciocínios, normas, teorias e éticas. Portanto, pode acontecer o infrangimento involuntário de regras e normas da sociedade, o que o leva a colocar-se em situações «condenáveis» e perigosas. Pode ser, também, facilmente enganado e não detetar «armadilhas» de adultos pouco escrupulosos que se aproveitam do seu défice e ingenuidade.

O que normalmente acontece mais aquando do aparecimento da adolescência neste tipo de jovens é a curiosidade pelas alterações corporais; a identificação sexual com outros jovens do mesmo sexo que se revela pelos hábitos comuns de vestuário, cabelo, atitudes e modas; grupos com dinâmica própria; primeiras abordagens heterossexuais; primeiro namoro e excitação sexual, com ejaculações noturnas e masturbação intensa.

### **3.3. Prática clínica**

A maior parte dos médicos afirma que, quando cabe à sexualidade, é dos pais que parte a iniciativa para marcar uma consulta.

As dúvidas mais frequentes dos rapazes estão relacionadas com atitudes a tomar perante o exibicionismo sexual, masturbação e comportamentos de desinibição. Os pais, por sua vez, preocupam-se com as solicitações e abuso sexual por parte de adultos. Outra questão a que não sabem responder é a da fantasia que estes jovens têm de vir a namorar, casar e ter filhos no futuro. No entanto, a lei portuguesa não permite o casamento entre indivíduos com Trissomia 21 pois não lhes reconhece responsabilidade social.

Quanto às raparigas, o principal medo dos pais é o da violação e gravidez involuntária. A laqueação das trompas de Falópio à jovem trissómica é uma possível medida mas controversa, é pouco frequente no nosso país mas utilizada em alguns países mais desenvolvidos como a Holanda, por exemplo. (Amaral, 1995)

### **3.4. Como atuar?**

Os pais destas crianças devem saber fazer um equilíbrio entre a liberdade e a vigilância necessárias. É imperativo e obrigatório que pais, educadores e técnicos de saúde esclareçam e ensinem a área sexual, como se se tratasse de outra qualquer, de modo a que o jovem confie e fale abertamente acerca desta temática e que exponha todas as suas dúvidas.

Devem ser fornecidos às escolas e às Associações que se ocupam de deficientes mentais, meios audiovisuais, como filmes, slides e livros.

Os adultos devem tratar dos problemas sexuais de portadores de deficiências com toda a disponibilidade, atenção e afeto que eles merecem. (Amaral, 1995)

## **4. Contraceção e Deficiência Mental**

De acordo com Rebelo (1995), é senso comum que portadores de deficiências mentais também sentem impulsos sexuais e podem integrar a sua sexualidade em contextos de carinho e amizade e procura de prazer e satisfação pessoal, exceto em alguns casos de atrasos mentais mais acentuados.

No entanto, quando se trata do sexo feminino, a sua capacidade de controlo de impulsos sexuais e de aprendizagem de técnicas contraceptivas é limitada. Frequentemente, estas jovens veem a sua sexualidade reprimida devido ao risco de gravidez não desejada/ não permitida.

É exercida grande pressão, por vezes geradora de conflitos, na jovem com esta perturbação devido não só ao risco de gravidez indesejada, como também dos jogos exploratórios das respetivas sexualidades com grupos de pares e de abusos sexuais, por parte de conhecidos ou estranhos – o grupo dos deficientes mentais representa uma grande parte das vítimas de abusos sexuais. A sexualidade pode tornar-se, então, num drama para a jovem com deficiência mental, pois, instituição que educa ou até para a criança que venha a nascer.

Jovens portadoras de deficiência mental devem ser protegidas da ocorrência de uma gravidez através de métodos contraceptivos seguros e adequados, pois estas não podem assumir as responsabilidades da maternidade devido à sua incapacidade para se sustentarem a si e ao seu filho e porque não possuem estabilidade emocional e afetiva para tal.

Em todo o processo de avaliação das implicações da sexualidade, risco de gravidez e escolha do método contraceptivo, devem participar ativamente, para além da jovem portadora de deficiência, os familiares, as instituições que os acompanham e os profissionais de saúde envolvidos.

É importante ter em conta o grau de deficiência e de risco sexual e a ajuda que têm de familiares e/ou instituições, privilegiando os métodos contraceptivos mais eficazes, de fácil utilização e que satisfaçam as necessidades contraceptivas.

Tendo em conta os métodos contraceptivos atualmente existentes, há que excluir, devido à sua difícil utilização e baixa eficácia, os que se baseiam na presunção da data da ovulação como o método Ogino-Knauss, temperaturas e Billings, espermicidas, diafragma e preservativo, restando apenas a contraceção oral, DIU «Dispositivo Intra-Uterino» e contraceção definitiva/ cirúrgica.

Quanto à contraceção oral/ por estroprogestativos, esta é a mais indicada quando se quer evitar uma gravidez por curtos períodos de tempo, no entanto, obriga à colaboração de alguém responsável que supervisione a administração da pílula, de acordo com o seu protocolo. Este tipo de contraceção tem a vantagem de resolver alguns problemas ginecológicos, bem como dores e irregularidades menstruais.

O DIU é também empregue quando se pretende uma contraceção temporária mas de maior duração. Neste caso, já não é necessária a colaboração de outra pessoa. No entanto,

para uma boa tolerância, eficácia e inocuidade, é necessário fazer uma correta escolha do tipo de DIU e respeitar o seu protocolo de aplicação e vigilância.

A escolha mais correta quando se pretende evitar definitivamente uma gravidez é a contraceção definitiva/cirúrgica - laqueação tubar e vasectomia. Contudo, é também o tipo de contraceção mais polémico, pois priva a mulher ou o homem de uma função importante no plano biológico e no seu papel na sociedade. Aquando da escolha deste método, há que ter em conta as suas vantagens e desvantagens.

O pedido de realização desta intervenção tem de ser feito por escrito pelos pais/responsáveis pelo portador de deficiência e indicar as razões que o justificam, podendo estar acompanhado do relatório da instituição que o deficiente frequenta. É também necessário um relatório médico que refira o grau de deficiência e a necessidade de contraceção definitiva.

Devido a um vazio legal existente, estes elementos servem para fundamentar a convicção, do cirurgião e dos membros envolvidos no procedimento, de que estão a atuar para bem da saúde física e psíquica do portador de deficiência. (Rebelo, 1995)

## **5. Princípios e prática da Educação Sexual**

Segundo Marques (1995), em primeiro lugar, não existem diferenças abissais entre a Educação Sexual dirigida às crianças e jovens deficientes mentais e a que se realiza com os ditos normais: as suas semelhanças são substancialmente mais importantes que as inevitáveis diferenças.

O conceito, objetivos e princípios orientadores da Educação Sexual já passaram por diferentes modelos, afetados pela mudança da sociedade, da ciência e dos entendimentos acerca da sexualidade. Foram sendo ultrapassados modelos maioritariamente preventivos, moralizantes e combativos, no entanto, a tendência atual é a de uma aproximação ao relativismo e à tolerância, com base no saber científico e em atitudes abertas e facilitadoras – Educação Sexual profissionalizada/ democrática/ aberta.

Este tipo de Educação Sexual é um processo onde se transmitem conhecimentos de índole científica relativos ao corpo e ao seu desenvolvimento e onde se promovem atitudes positivas e comportamentos responsáveis para consigo e com os outros quanto à sexualidade.

Vulgarmente a Educação Sexual é ligada à ideia de «ensinar» anatomia e fisiologia da reprodução, métodos contraceptivos, doenças sexualmente transmissíveis, etc., pondo em

causa a definição de sexualidade em sentido lato e o modelo de Educação Sexual que é suposto dela derivar. Neste sentido, caberia apenas a tarefa de lecionar Educação Sexual aos profissionais das áreas da Saúde, Biologia e Ciências Naturais. Esta confusão em torno do próprio conceito de Educação Sexual é um dos fatores que impede a sua introdução e normalização nos Estabelecimentos de Ensino.

No dia-a-dia das instituições, os técnicos responsáveis por esta disciplina, médicos, enfermeiros e psicólogos, vivenciam comportamentos sexuais explícitos por parte das crianças e jovens como a masturbação e tentativa da prática do coito e ouvem os apelos de ajuda e exigências dos pais para que alterem esses comportamentos.

Quanto ao portador de deficiência mental, a sua condição não anula nem atenua a necessidade de uma intervenção em Educação Sexual, pelo contrário, esta população tem uma necessidade ainda maior dessa intervenção.

Apesar das características específicas deste grupo, os objetivos da sua intervenção são basicamente os mesmos do que os que se definem para a Educação Sexual em geral. No entanto, há que ter alguns aspetos em conta, como por exemplo: reforçar a autoestima e valorizar a imagem corporal; aumentar os conhecimentos sobre anatomia e fisiologia humanas; criar meios para a comunicação de sentimentos e necessidades sexuais; promover atitudes positivas, não culpabilizantes, face aos seus sentimentos e comportamentos sexuais; reforçar a confiança nas suas próprias ideias; facilitar o reconhecimento dos riscos que podem correr e reforçar atitudes de entendimento e aceitação dos sentimentos e necessidades dos outros.

Contudo, os técnicos de educação em geral não têm uma formação adequada para se sentirem à vontade quando se trata deste tema. Uma abordagem da sexualidade exige que o técnico se consciencialize dos seus valores culturais face a esta temática e se prepare para ultrapassar situações contraditórias.

Atitudes menos claras ou corretas por parte destes técnicos podem deturpar um programa de Educação Sexual e até contradizer tudo o que se vai fazer. É essencial que tenham um método, mobilizar a instituição e ter um projeto claro que contenha a finalidade da iniciativa: para quê, para onde, como e com quem.

Nos programas dirigidos a grupos de portadores de deficiências, é imperativa uma maior adequação às suas características e necessidades através de programas flexíveis, bem construídos e executados. Nestes casos, aquando da sua execução, a exposição teórica não é

uma técnica a evitar, no entanto, é limitada nos seus efeitos e, lidando com deficientes mentais, mostra-se ainda mais desadequada e ineficaz.

As técnicas ditas dinâmicas, os trabalhos em grupo, a recriação de situações «role play», o «brainstorming» e a utilização de audiogramas poderão ser extremamente úteis aquando da sua utilização no decorrer das sessões de Educação Sexual.

É de extrema importância que haja comunicação entre Encarregados de Educação e técnicos, de modo a que não só as crianças e jovens possam garantir um ajuste entre casa e escola no que respeita à sua aprendizagem sexual, como o esforço de ambas as partes tem maior probabilidade de obter sucesso.

Para alcançar a cooperação dos pais é necessário um trabalho prévio, paciente e bem conduzido pelos responsáveis do projeto. Há que saber descodificar os receios e ansiedades dos Encarregados de Educação face à temática da sexualidade, saber propor e defender os conteúdos dos programas, evitando o envolvimento moral e religioso e saber ir de encontro às suas crenças reais.

É, sim, possível assumir um processo de inovação nos estabelecimentos de ensino no que respeita a esta área, através de técnicos motivados e cientes da importância do seu papel e devidamente acompanhados. (Marques, 1995)

## **Parte 2 – Enquadramento prático**

## **1. Métodos e técnicas de investigação**

### **1.1. Problema, hipótese e variáveis**

**Problema:** o problema a ser estudado dentro da questão da sexualidade nas NEE – Trissomia 21 é: Quais as atitudes dos professores face às manifestações sexuais dos alunos com Trissomia 21?

**Hipótese 1:** As atitudes dos professores face às manifestações sexuais dos alunos com Trissomia 21 são positivas/de aceitação.

**Variável dependente:** manifestações sexuais dos alunos com Trissomia 21

**Variável independente:** atitudes dos professores

**Hipótese2:** As atitudes dos professores face às manifestações sexuais dos alunos com Trissomia 21 são negativas/ de repulsa.

**Variável dependente:** manifestações sexuais dos alunos com Trissomia 21

**Variável independente:** atitudes dos professores

**Hipótese3:** As atitudes dos professores face às manifestações sexuais dos alunos com Trissomia 21 são de indiferença.

**Variável dependente:** manifestações sexuais dos alunos com Trissomia 21

**Variável independente:** atitudes dos professores

### **1.2. Metodologia de investigação**

A metodologia utilizada neste projeto de investigação é qualitativa e quantitativa pois o inquérito por questionário engloba perguntas dos dois tipos: fechadas e abertas.

### **1.3. Objetivo do estudo**

O objetivo do estudo deste projeto de investigação é procurar descobrir dentro da comunidade de professores inquiridos, qual é a sua atitude relativamente às manifestações sexuais, verbais e/ou físicas, dos alunos com Trissomia 21 por si presenciadas. Estas atitudes podem ser positivas/de aceitação, negativas/ de repulsa ou de indiferença.

#### **1.4. Caracterização da amostra**

A amostra de população alvo destinada a responder ao questionário por mim elaborado é constituída por professores do 1º, 2º e 3º Ciclo do Ensino Básico do Ensino Regular.

Quanto à técnica de amostragem utilizada, esta é não probabilística, pois estamos perante um tipo de amostra de conveniência, pois para responder ao inquérito por questionário foram escolhidos somente professores.

#### **1.5. Instrumento de recolha de dados**

O instrumento utilizado para recolha de dados foi um inquérito por questionário - qualitativo e quantitativo - de elaboração própria, constituído por quinze perguntas de resposta fechada e duas de resposta aberta. O meio utilizado para a divulgação e preenchimento do mesmo foi a internet; o questionário foi enviado por correio eletrónico a colegas de profissão. Este questionário foi validado pois «a priori» da sua circulação e solicitação de preenchimento, foi passado um questionário de pré-teste bastante semelhante que, depois de detetados e alterados alguns erros de construção, foi transformado no questionário distribuído, que se encontra em apêndice ao presente documento e cuja análise dos dados a seguir se procede.

## 1.6. Análise dos dados

### 1. Sexo

| Género    | Nº de Pessoas | Percentagem |
|-----------|---------------|-------------|
| Masculino | 8             | 22%         |
| Feminino  | 28            | 78%         |

Tabela 1 – Género dos professores

(Elaboração própria)

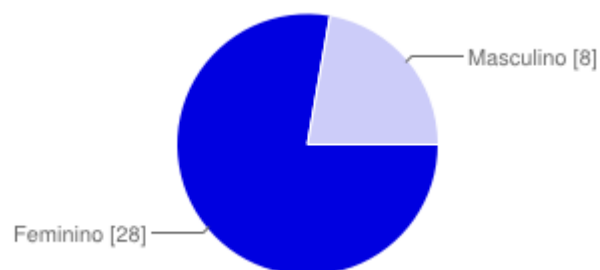


Gráfico 1 – Género dos professores

(Elaboração própria)

Podemos concluir que foram maioritariamente pessoas do sexo feminino -78% - que responderam a este inquérito.

## 2. Idade

| Idade        | Nº de Pessoas | Percentagem |
|--------------|---------------|-------------|
| 24 – 29 anos | 17            | 47,2 %      |
| 30 – 34 anos | 13            | 36,1 %      |
| 35 – 39 anos | 4             | 11,1 %      |
| 40 – 45 anos | 2             | 5,5 %       |

Tabela 2 – Idade dos professores

(Elaboração própria)

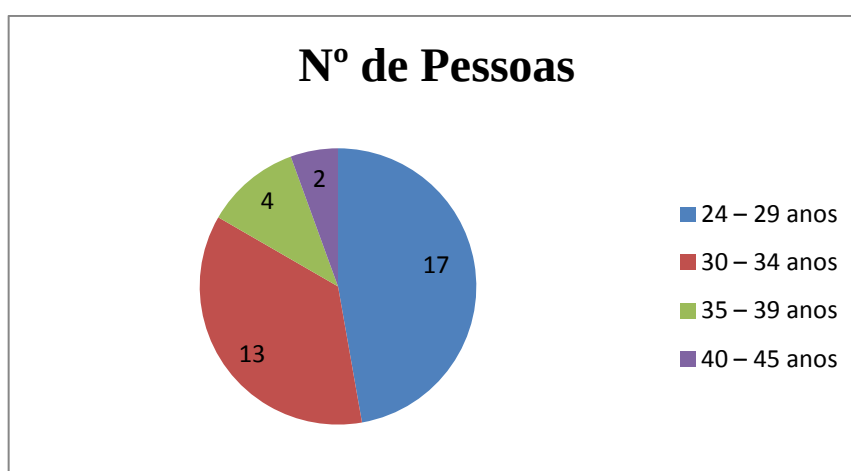


Gráfico 2 – Idade dos professores

(Elaboração própria)

Depois de analisadas as idades dos professores que responderam ao inquérito, podemos observar que a maior parte deles, 47,2%, se encontra na faixa etária dos 24 aos 29 anos de idade, no entanto, uma parte considerável, 36,1 %, também se encontra na faixa dos 30 aos 34 anos.

### 3. Ciclo de Ensino

| Ciclo de Ensino | Nº de pessoas | Percentagem |
|-----------------|---------------|-------------|
| 1º Ciclo        | 23            | 64 %        |
| 2º Ciclo        | 1             | 3 %         |
| 3º Ciclo        | 12            | 33 %        |

Tabela 3 – Ciclo de ensino que os professores inquiridos lecionam

(Elaboração própria)

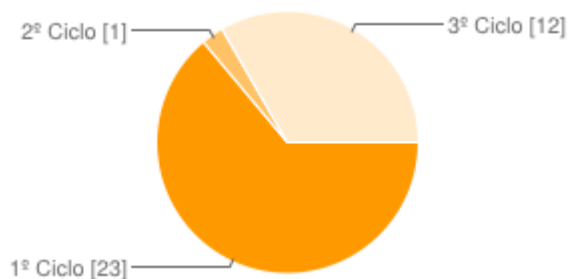


Gráfico 3 - Ciclo de ensino que os professores inquiridos lecionam

(Elaboração própria)

Podemos constatar que a maioria - 64% - dos professores inquiridos se encontra a lecionar no 1º ciclo do Ensino Básico.

#### 4. Tempo de serviço

| Anos de serviço | Nº de pessoas | Percentagem |
|-----------------|---------------|-------------|
| 0 – 5 anos      | 29            | 81 %        |
| 6 – 10 anos     | 6             | 17 %        |
| 11 – 15 anos    | 1             | 3 %         |
| 16 – 20 anos    | 0             | 0 %         |
| Mais de 20 anos | 0             | 0 %         |

Tabela 4 – Tempo de serviço dos professores

(Elaboração própria)

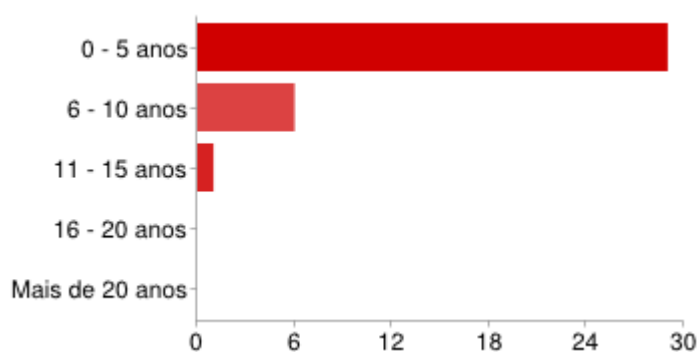


Gráfico 4 - Tempo de serviço dos professores

(Elaboração própria)

Ao analisar o tempo de serviço desta amostra de professores, podemos ver que a maioria, 81%, apenas possui entre 0 a 5 anos de serviço.

## 5. Habilitações

| Habilitações  | Nº de pessoas | Percentagem |
|---------------|---------------|-------------|
| Licenciatura  | 23            | 64 %        |
| Pós-graduação | 6             | 17 %        |
| Mestrado      | 7             | 19 %        |
| Doutoramento  | 0             | 0 %         |

Tabela 5 – Habilitações dos professores

(Elaboração própria)

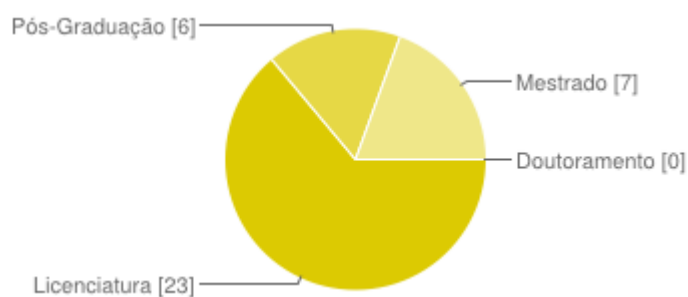


Gráfico 5 - Habilitações dos professores

(Elaboração própria)

Em relação às habilitações destes professores, a grande maioria - 64% - apenas possui Licenciatura.

## 6. Tem formação em Educação Especial?

| Formação em Ed. Especial | Nº de Pessoas | Percentagem |
|--------------------------|---------------|-------------|
| Sim                      | 7             | 19 %        |
| Não                      | 29            | 81 %        |

Tabela 6 – Professores com formação em Educação Especial

(Elaboração própria)

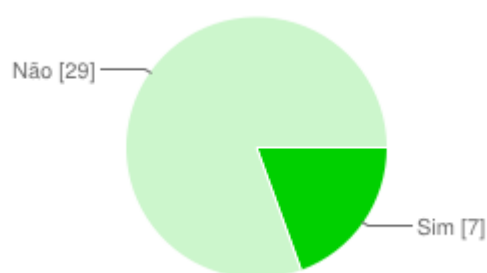


Gráfico 6 - Professores com formação em Educação Especial

(Elaboração própria)

Quanto à formação em Educação Especial, apenas 19% dos professores inquiridos possui formação nesta área.

### 7. Acha relevante a formação em Educação Especial para todos os professores?

|                    | Nº de professores | Percentagem |
|--------------------|-------------------|-------------|
| Nada relevante     | 0                 | 0 %         |
| Pouco relevante    | 0                 | 0 %         |
| Relevante          | 16                | 44 %        |
| Bastante relevante | 20                | 56 %        |

Tabela 7 - Relevância da formação em Educação Especial para todos os professores

(Elaboração própria)

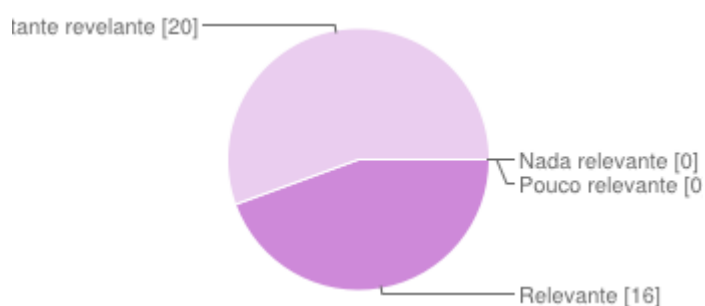


Gráfico 7 - Relevância da formação em Educação Especial para todos os professores

(Elaboração própria)

Quanto à relevância da formação em Educação Especial nos currículos dos professores, nenhum dos inquiridos acha que esta é nada ou pouco relevante, enquanto que 44% acredita que esta seja relevante e 56% muito relevante, respetivamente.

### 8. Já teve ou conviveu com algum aluno portador de Trissomia 21?

|     | Nº de pessoas | Percentagem |
|-----|---------------|-------------|
| Sim | 17            | 47 %        |
| Não | 19            | 53 %        |

Tabela 8 - Experiência com alunos portadores de Trissomia 21

(Elaboração própria)

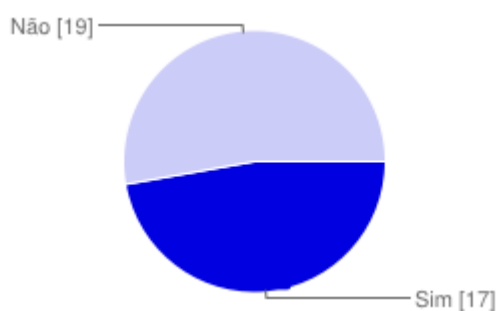


Gráfico 8 - Experiência com alunos portadores de Trissomia 21

(Elaboração própria)

Ao analisar estes dados, constatamos que a maioria dos inquiridos, 53%, nunca teve ou conviveu de perto com um aluno portador de Trissomia 21.

**9. Sente-se capaz de responder às necessidades de crianças portadoras de Trissomia 21?**

|                | Nº de pessoas | Percentagem |
|----------------|---------------|-------------|
| Nada capaz     | 3             | 8 %         |
| Pouco capaz    | 23            | 64 %        |
| Capaz          | 9             | 25 %        |
| Bastante capaz | 1             | 3 %         |
| Muito capaz    | 0             | 0 %         |

Tabela 9 - Capacidade de resposta às necessidades de crianças com Trissomia 21

(Elaboração própria)

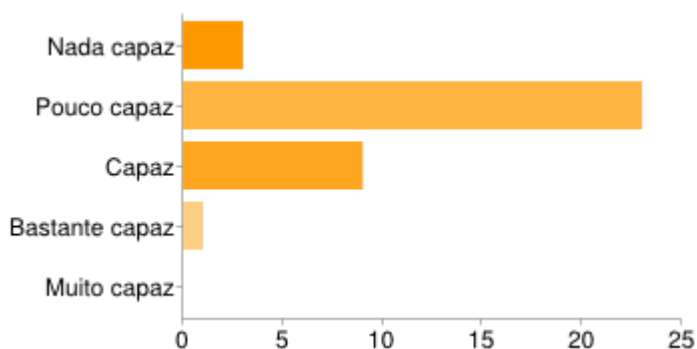


Gráfico 9 - Capacidade de resposta às necessidades de crianças com Trissomia 21

(Elaboração própria)

No que concerne a capacidade de resposta às necessidades deste tipo de alunos, curiosamente, nenhum professor se sente muito capaz, enquanto que 25% se considera capaz, 64% se considera pouco capaz e 8% se considera nada capaz. Apenas 3% destes professores se considera bastante capaz para fazê-lo.

**10. Como classificaria o desenvolvimento sexual de crianças e jovens com Trissomia 21 em relação ao da população em geral?**

|                                                  | Nº de pessoas | Percentagem |
|--------------------------------------------------|---------------|-------------|
| Igual                                            | 1             | 3 %         |
| Quase igual                                      | 7             | 19 %        |
| Diferente                                        | 8             | 22 %        |
| Bastante diferente                               | 4             | 11 %        |
| Não possuo conhecimentos sobre o tema em questão | 16            | 44 %        |

Tabela 10 – Opinião acerca do desenvolvimento sexual de trissómicos

(Elaboração própria)

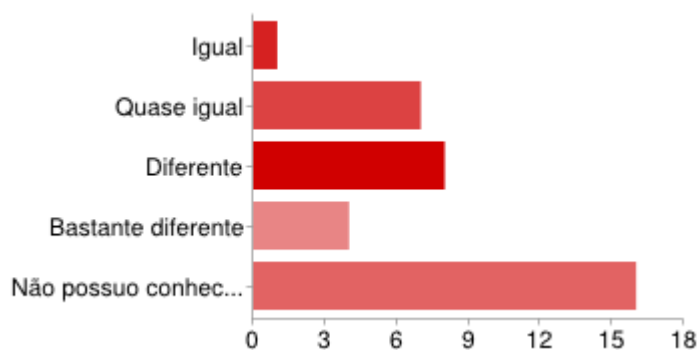


Gráfico 10 – Opinião acerca do desenvolvimento sexual de trissómicos

(Elaboração própria)

Ao responder a esta questão, a maioria dos professores - 44% - afirma que não possui conhecimentos sobre o tema em questão. Alguns acham que o desenvolvimento sexual deste tipo de crianças e jovens é diferente ou bastante diferente, enquanto outros pensam que é quase igual ao da população em geral. Somente 3% afirma que este tipo de desenvolvimento é igual ao das restantes pessoas.

**11. Já presenciou alguma manifestação sexual por parte de um aluno com Trissomia 21?**

|     | Nº de pessoas | Percentagem |
|-----|---------------|-------------|
| Sim | 7             | 19 %        |
| Não | 29            | 81 %        |

Tabela 11 - Experiência com alunos portadores de Trissomia 21 que já se tenham manifestado sexualmente

(Elaboração própria)

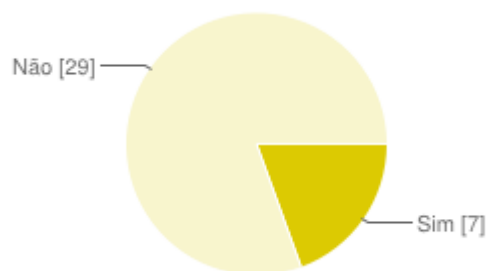


Gráfico 11 - Experiência com alunos portadores de Trissomia 21 que já se tenham manifestado sexualmente

(Elaboração própria)

Apenas 19% dos inquiridos já presenciou uma manifestação sexual por parte deste tipo de alunos.

**12. Se respondeu sim, que tipo de manifestação foi?**

|                 | Nº de pessoas | Percentagem |
|-----------------|---------------|-------------|
| Física          | 4             | 57,1 %      |
| Verbal          | 1             | 14,3 %      |
| Física e verbal | 2             | 28,6 %      |

Tabela 12 – Tipos de manifestações sexuais presenciadas

(Elaboração própria)

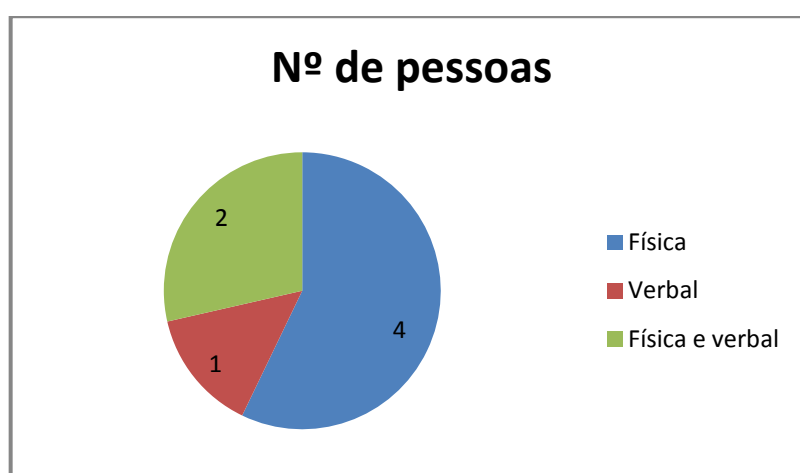


Gráfico 12 - Tipos de manifestações sexuais presenciadas

(Elaboração própria)

A maior parte das manifestações sexuais presenciadas foi do tipo físico.

**13. Perante essa manifestação, o que sentiu?**

|                       | Nº de pessoas | Percentagem |
|-----------------------|---------------|-------------|
| Compreensão/aceitação | 7             | 87,5 %      |
| Rejeição/repulsa      | 0             | 0 %         |
| Indiferença           | 1             | 12,5 %      |

Tabela 13 - Sentimentos dos professores face a essas manifestações

(Elaboração própria)

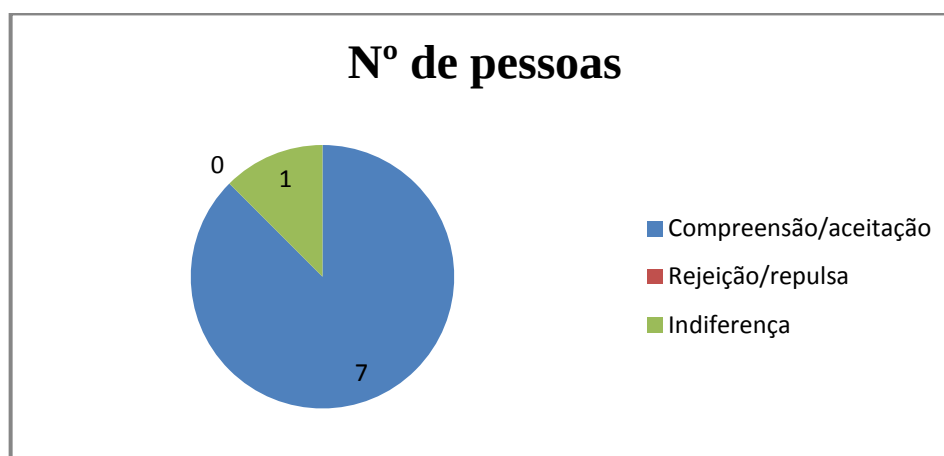


Gráfico 13 - Sentimentos dos professores face a essas manifestações

(Elaboração própria)

Maioritariamente, dos professores que já presenciaram manifestações sexuais por parte de alunos com Trissomia 21, todos compreenderam e aceitaram este ato como natural. Apenas um dos inquiridos afirma não ter sentido nada.

**14. Na sua opinião, os pais de crianças e jovens com Trissomia 21 estão informados sobre a sexualidade dos seus filhos?**

|                     | Nº de pessoas | Percentagem |
|---------------------|---------------|-------------|
| Nada informados     | 4             | 11%         |
| Pouco informados    | 23            | 64%         |
| Informados          | 9             | 25%         |
| Bastante informados | 0             | 0%          |
| Muito informados    | 0             | 0%          |

Tabela 14 - Opinião dos professores sobre a informação que os pais de crianças trissómicas possuem acerca da sexualidade dos seus filhos  
(Elaboração própria)

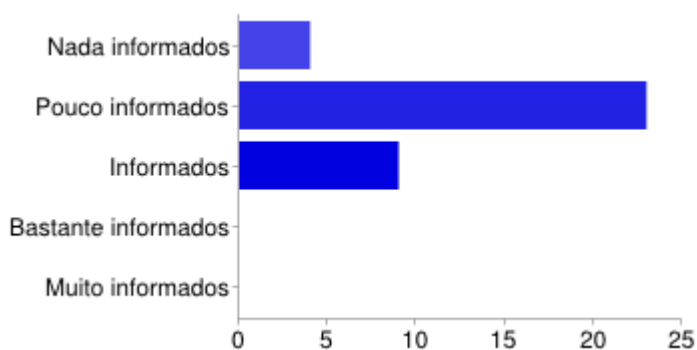


Gráfico 14 - Opinião dos professores sobre a informação que os pais de crianças trissómicas possuem acerca da sexualidade dos seus filhos  
(Elaboração própria)

Curiosamente, nenhum destes professores acha que os pais deste tipo de crianças ou jovens estejam muito ou bastante informados acerca da sexualidade dos seus filhos. Apenas 25% acredita que estes pais estejam informados e a grande maioria, 64%, acha que estão pouco informados.

**15. Acha importante que a disciplina de Educação Sexual também seja lecionada a alunos com Necessidades Educativas Especiais?**

|                     | Nº de pessoas | Percentagem |
|---------------------|---------------|-------------|
| Nada importante     | 1             | 3%          |
| Pouco importante    | 0             | 0%          |
| Importante          | 14            | 39%         |
| Bastante importante | 21            | 58%         |

Tabela 15 - Importância da disciplina de Educação Sexual no currículo de alunos com NEE

(Elaboração própria)

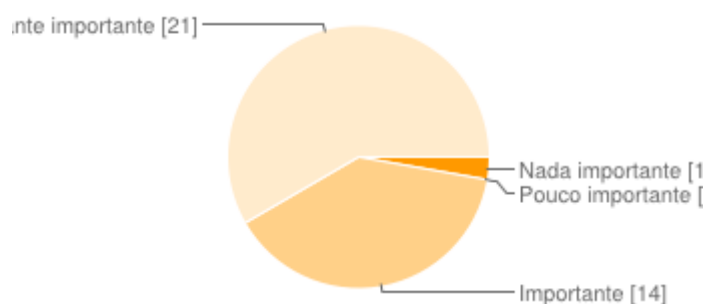


Gráfico 15 - Importância da disciplina de Educação Sexual no currículo de alunos com NEE

(Elaboração própria)

Ao analisar estas respostas, concluímos que a maior parte dos professores pensa que a disciplina de Educação Sexual deveria constar nos currículos de alunos com NEE, apontando esta como importante e bastante importante. 0% considera-a pouco importante e apenas 3% a acha nada importante.

## 16. Porquê?

Generalidade das respostas dadas:

- Para que as crianças ditas «não normais» possam aprender a controlar os seus impulsos sexuais e a lidar melhor com o seu corpo e com o mundo em redor durante as fases mais críticas, como por exemplo a adolescência;
- Apesar de terem NEE, são pessoas com necessidades sexuais;
- Todos os alunos, com ou sem NEE, precisam de informações e esclarecimentos relativos à sexualidade;
- Pela necessidade de informar e ensinar algo que se manifesta bem cedo neste tipo de crianças, ajudando a compreender e a perceber o que se pode fazer neste tipo de situações;
- Tal como todas as outras crianças, também têm o direito à disciplina de Educação Sexual adaptada às suas capacidades de aprendizagem, com conteúdos que possam ter interesse para eles. Embora possam ter manifestações sexuais diferentes das outras crianças, também as têm certamente, e é necessário proporcionar a essas crianças toda a educação de que necessitam. Não deve ignorar a sua sexualidade em função da doença;
- Para que todas as dúvidas e questões que possam surgir, possam ter o devido acompanhamento e apoio;
- Porque mais do que os alunos ditos «normais», é importante perceber, entender e guiar as crianças/adolescentes que não entendem as mudanças por que estão a passar;
- Pois se têm uma sexualidade ativa ao menos devem saber quais as precauções a tomar;
- (...) para que possam estar a par do mundo de diversidades e perigos que é a sexualidade;
- Uma vez que as crianças e jovens com esta síndrome manifestam um desenvolvimento sexual mais acentuado, devem estar bem informados sobre os riscos e a prevenção para algumas DST «Doenças Sexualmente Transmissíveis», por exemplo;
- Não acho importante que seja lecionada a todos os alunos, mas se ela existir deve ser para todos;
- Para que melhor entendam as suas necessidades e vontades e percebam as suas modificações corporais e atitudinais;

- Penso que sabendo as causas de certos comportamentos deles, talvez eles possam agir de outra forma com esse conhecimento;
- Acho bastante importante, visto que uma criança/jovem com NEE, no caso de Trissomia 21, apresentar muitas evidências de desejos a nível sexual e não estar devidamente informado das DST e métodos de prevenção;
- É necessário prevenir DST, gravidez indesejada, promiscuidade e comportamentos antissociais, ressaltando que estes conteúdos deverão ser ministrados através de linguagens adaptadas às suas capacidades cognitivas;
- Porque a maioria dos pais não possui conhecimentos sobre o assunto, e os alunos com NEE também irão passar as fases de curiosidade sobre a sexualidade e assim terão alguém com formação para os esclarecer.

**17. Imagine que numa das suas turmas tem um aluno adolescente portador de Trissomia 21 e que durante uma das suas aulas se depara com esse mesmo aluno a masturbar-se. O que faria para resolver essa situação?**

Generalidade das respostas dadas:

- Em primeiro lugar, encaminhava o aluno até à casa de banho ou a um sítio apropriado onde pudesse estar à vontade e mais tarde conversava com ele/ela, de um modo não repreensivo, e explicava-lhe que teria de ter mais cuidado e tentar não repetir o ato num sítio público;
- Tentaria não dar muita importância para não alarmar e alertar os colegas de turma, e posteriormente tentaria falar com a criança e com os seus pais;
- Teria de atrair a atenção do aluno para a aula, mantendo-o ocupado, não permitindo que continuasse, vigiando o seu comportamento, sem atrair a atenção do resto da turma;
- Tudo depende da situação: se os alunos já repararam, onde o aluno em questão está sentado na sala... O ideal seria agir com a maior discrição possível e depois, apenas com o aluno, explicar que não pode fazer e porquê. Melhor seria já ter apresentado/explicado a realidade desta NEE a toda a turma desde o início do ano, precisamente para quando situações destas ocorram haja naturalidade para se poder fazer cumprir as regras da sala de aula;
  - (...) se tivessem Educação Sexual, esta situação nunca ocorreria;
  - Sinceramente não sei;
  - Se calhar ignorava, se algum colega se apercebesse, tentava retirar o aluno em questão da sala e explicava que não poderia ter esse tipo de coisas na sala de aula;
  - Talvez não chamasse a atenção para esse tipo de ato;
  - Promoveria uma atividade aberta a todos os alunos da escola acerca da sexualidade na adolescência, com participação de um psicólogo, de alguém do centro de saúde, etc. Além disso, esclareceria as suas dúvidas;
  - Dependia do momento da aula;
  - A aula provavelmente teria de ser interrompida e mudar de estratégia. Poderia passar por mudar de local de realização da aula, por exemplo ir para o exterior, avançar para exercícios ou jogos ou outras formas para quebrar com o que está a acontecer na sala;

- Atribuía uma tarefa ao adolescente portador de Trissomia 21 e mais tarde falaria abertamente com ele, (...) consciencializando-o que teve uma atitude errada, não do ato em si mas sim do local e contexto;
- Não sei, não saberia qual a minha reação nem mesmo a melhor atitude a tomar;
- (...) Advertia-o que não estava a executar a tarefa proposta por mim e que a postura observada não era a correta (...);
- Conversaria com o aluno tentando que este percebesse que esse ato, apesar de perfeitamente saudável, deve ser feito na intimidade e não num local como uma sala de aula;
- Se tivesse um aluno portador de Trissomia 21, antes de tudo, procuraria informar-me a respeito destas manifestações (...). Assim, agiria de acordo com as instruções de especialistas;
- Confesso que não saberia como lidar com esta situação... Talvez seria benéfico para todos os docentes terem formação nesta área;
- Repreenderia o aluno, não deixando que continuasse a fazê-lo (...);
- Reportar ao diretor de turma de qualquer modo seria embaraçoso para mim já que não saberia como agir;
- (...) reunir os colegas docentes e debater o assunto mas claro que aqui também se tem de ter em atenção o grau de trissomia, nunca se pode generalizar, cada caso é um caso;
- (...) De imediato comunicava com a técnica de Educação Especial da escola para a colocar ao corrente da situação e tomar as medidas necessárias a este tipo de comportamento.

## **1.7. Interpretação dos dados**

Apesar da breve relação de dados já mencionada, existem aspetos relevantes e/ou curiosos a mencionar.

Um desses aspetos é o facto de, dos sete professores que mencionaram ter formação em Educação Especial, apenas cinco se considerarem capazes de responder às necessidades de crianças e jovens portadores de Trissomia 21 e dois consideram-se, até, pouco capazes. Nenhum destes professores acha que consegue por completo responder às necessidades deste tipo de alunos. Seria de esperar que quanto à questão «Como classificaria o desenvolvimento sexual de crianças e jovens com Trissomia 21 em relação ao da população em geral?» as opiniões dos professores inquiridos divergisse, tal como aconteceu, onde a maioria afirma que não possui conhecimentos acerca deste tema ou então acha que é diferente. O que não seria de esperar era que, dos sete professores de Educação Especial que responderam a este inquérito, três afirmassem que não possuíam conhecimentos sobre o assunto em questão e um afirmasse que o desenvolvimento sexual de trissómicos é diferente do das pessoas ditas «normais», enquanto os dois restantes assumem que este tipo de desenvolvimento se manifesta de uma forma quase igual ao da população em geral.

De facto, grosso modo, o desenvolvimento sexual dos adolescentes portadores de Trissomia 21 dá-se de igual modo ao da população em geral, no entanto, segundo os autores Amaral (1995) e Silva e Almeida (2001), existem pequenas diferenças do foro fisiológico, tanto a nível masculino como feminino, comparativamente a um ou uma adolescente «normal», como constatámos na secção relativa ao «Desenvolvimento sexo-afetivo na Trissomia 21» do enquadramento teórico.

De acordo com Silva e Almeida (2001), é na entrada na adolescência que a criança com Trissomia 21 vai sofrer mudanças mais abruptas e o interesse sexual se dirige para o seu próprio corpo e intimidade e surge o desejo de partilha e contacto com o outro. Nesta fase, é importante que seja facultada aos pais informação adequada para que sejam capazes de aceitar os seus filhos como seres sexuados. No entanto, a maioria dos professores inquiridos concordou que os pais deste tipo de crianças e jovens se encontram pouco informados acerca deste tema. O que nos levou a colocar a questão da importância da disciplina de Educação Sexual no currículo destes alunos, pois uma vez que poderão não ter acompanhamento doméstico a este nível, poderão ter a possibilidade de o ter na escola. Ao que todos os professores responderam que seria importante ou bastante importante esta disciplina ser lecionada a alunos com Necessidades Educativas Especiais. Apenas um professor considerou

esta hipótese como nada importante; curiosamente este professor assumiu ter formação em Educação Especial.

Através da análise destes dados, no geral, pode concluir-se que cada vez mais as crianças e jovens ditas «não normais» são bem acolhidas pelos professores de turmas regulares que, por sua vez, procuram complementar a sua formação base para melhor poder responder às necessidades das mesmas. Contudo, ainda há situações às quais não conseguem responder, nomeadamente situações mais constrangedoras, como é referido na última questão do inquérito. Como observámos através da análise das distintas respostas dos professores inquiridos, a maior parte não saberia como agir na situação exemplificada. Quanto à masturbação, e de acordo com Gomes (1995), esta só se revela um problema quando um portador de deficiência se magoa quando pretende fazê-la. Se este a fizer em público há que agir como se estivéssemos perante outras manifestações comuns que lesam a integridade física do mesmo. Se está a roçar a área genital com objetos perigosos, ou os tenta introduzir no seu corpo, deve-se intervir, mas sem gritar, castigar ou humilhar e explicar-lhe que pode fazer o mesmo mas com a mão e num sítio mais apropriado.

Em relação às hipóteses levantadas, podemos concluir então que se confirma a veracidade da hipótese 1, pois dos professores que presenciaram manifestações sexuais por parte de alunos com Trissomia 21, todos afirmaram ter sentimentos de compreensão/aceitação perante tal demonstração. Ao que apenas um dos inquiridos sentiu indiferença perante tal - hipótese3, ou seja, não se confirmou a veracidade da segunda hipótese - rejeição/ repulsa.

## **2. Conclusões**

### **2.1. Limitações do trabalho**

Devido aos factos supra mencionados na introdução do presente projeto de investigação, a escolha deste tema incidiu mormente na sua pertinência, na possibilidade de apresentar respostas a uma realidade objetiva, mas sobretudo assenta no facto de ser uma temática inexplorada e pouco abordada, pelo menos no nosso país. A este propósito, é importante referir a escassez de bibliografia sobre o assunto. Há poucos livros específicos só sobre Trissomia 21 e ainda menos sobre a temática da sexualidade de pessoas portadoras desta ou de outras patologias, assim como de profissionais especializados nesta área de formação que possibilite facultar respostas a este tipo de crianças e jovens.

## **2.2. Linhas futuras de investigação**

Seria interessante fazer um trabalho mais extenso e aprofundado acerca desta temática, abordando outras questões conexas e alargando o tamanho da sua amostra de modo a que esta tenha ainda mais significância e representatividade. Para além do estudo das atitudes e perspetivas dos professores perante manifestações sexuais de alunos com Trissomia 21, entende-se que poderia ser relevante estudar, nomeadamente, o ponto de vista dos seus colegas de turma/escola acerca desta matéria, bem como, a maneira como os seus pais lidam com esta questão, visto ser ainda um pouco controversa.

Ao invés de obter dados através de um inquérito por questionário, poderia fazer-se um estudo de caso onde se observassem e registassem pormenorizadamente todas as manifestações sexuais e afetivas deste tipo de crianças ou jovens.

Há sempre muito para explorar, dizer ou fazer e muitos temas que podem ser exaustivamente estudados e relacionados quando se trata de crianças com Necessidades Educativas Especiais, por se tratar de uma questão apaixonante ao mesmo tempo que se revela extremamente delicada, por duas ordens de razão: a primeira, por se tratar de sexualidade, que mesmo no seu sentido mais lato representa sempre um tema de difícil abordagem; a segunda, por o objeto de estudo serem crianças e jovens com NEE.

## **Considerações finais**

Em suma, é possível afirmar com enorme sinceridade que, do presente trabalho resulta uma enorme satisfação pessoal, académica e profissional, pois a temática subjacente, além de interessante e pertinente, é também pouco abordado, pelo menos por profissionais ou pessoas ligadas a esta patologia de algum modo no nosso país, o que decerto, torna este desafio mais interessante por se estar a trilhar novos caminhos, mas por outro, também o dificulta, pela falta de bases de investigação

É certo que, naquilo que concerne as mentalidades, é do conhecimento comum que o que envolve a temática da sexualidade de alguma maneira é sempre um assunto tabu e controverso pois para além dos avanços científicos e éticos que aconteceram desde o tempo das pinturas rupestres até aos nossos dias, as mentalidades da nossa sociedade ainda não estão formatadas para lidar abertamente com esta matéria, pelo menos como seria desejável, pois persistem ainda muitos preconceitos.

Contudo, foi já possível assistir a um grande avanço desde os tempos em que as pessoas portadoras de deficiências eram discriminadas, fechadas em casa ou em asilos e vistas como um «pecado divino» devido a atitudes que os seus progenitores pudessem ter tido, até à atualidade, onde estas pessoas, como quaisquer outras, têm direitos, são aceites e acarinhadas e, mais importante, estão inseridas numa sociedade que trabalha no sentido de as incluir a todos os níveis.

O trabalho de bastidores realizado em paralelo que permitiu, neste particular, adquirir novos conhecimentos e realizar todo o enquadramento teórico relacionado com esta perturbação, revelou-se, a par da análise prática da sexualidade destas crianças e jovens, extremamente valioso, pois na qualidade de professores de Educação Especial, há uma necessidade constante de conhecimentos como sejam a definição, a história, a etiologia, os tipos de Trissomia, as características físicas e cognitivas e o diagnóstico para melhor poder responder e corresponder às necessidades que apresentam.

Em síntese, poder-se-á concluir que o aspeto essencial que fundamentou o presente trabalho é o de como fazer uma intervenção adequada de modo a melhorar a qualidade de ensino-aprendizagem de alunos com Necessidades Educativas Especiais, em particular portadores de Trissomia 21. Visto que cada caso é um caso, há que conhecer bem as características, funcionalidades e áreas mais afetadas de cada aluno para lhes facultar uma intervenção personalizada e adequada que os ajude futuramente a estarem perfeitamente

incluídos na nossa sociedade e a serem autónomos e plenamente conscientes e participantes em todos os aspetos da sua vivência, incluindo a sexual.

## Bibliografia

- Amaral, M.T. (1995). O desenvolvimento sexo-afetivo na Trissomia 21. In I.Félix & A.M. Marques, *E nós...somos diferentes? Sexualidade e Educação Sexual na Deficiência Mental*. Lisboa: APF
- Gomes, A.M.A. (1995). Ideias gerais sobre a sexualidade dos deficientes. In I.Félix & A.M. Marques, *E nós...somos diferentes? Sexualidade e Educação Sexual na Deficiência Mental*. Lisboa: APF
- Marques, A.M. (1995). Princípios e prática da Educação Sexual. In I.Félix & A.M. Marques, *E nós...somos diferentes? Sexualidade e Educação Sexual na Deficiência Mental*. Lisboa: APF
- Morato, P. (1995). *Deficiência mental e aprendizagem*. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação.
- Nielsen, L.B. (1999). *Necessidades Educativas Especiais na Sala de Aula: Um Guia Para Professores*. Porto: Porto Editora.
- Pinto, M.& Palha, M. (2001). Trissomia 21. *Boletim T21*.
- Rebelo, D.M. (1995). Contraceção e Deficiência Mental. In I.Félix & A.M. Marques, *E nós...somos diferentes? Sexualidade e Educação Sexual na Deficiência Mental*. Lisboa: APF
- Sampedro, M.F., Blasco, G.M., & Hernández, A.M. (1997). A criança com Síndrome de Down. In R.Bautista, *Necessidades Educativas Especiais*. Almada: Dinalivro.
- Silva, M. & Almeida, H. (2001). Trissomia 21. *Boletim T21*.
- Werneck, C. (1995). *Muito prazer, Eu existo*. Rio de Janeiro: WVA.

## **Webgrafia**

Imagem 1

[http://pt.wikipedia.org/wiki/S%C3%ADndrome\\_de\\_Down](http://pt.wikipedia.org/wiki/S%C3%ADndrome_de_Down) consultado em 23 de Maio de 2012

Imagem 2

[http://pt.wikipedia.org/wiki/S%C3%ADndrome\\_de\\_Down](http://pt.wikipedia.org/wiki/S%C3%ADndrome_de_Down) consultado em 25 de Maio de 2012

Imagem 3

<http://neetrissomia.wordpress.com> consultado em 23 de Maio de 2012

## **APÊNDICE**



Este questionário destina-se à recolha de dados para um projeto de investigação, no âmbito da dissertação do Mestrado em Ciências da Educação: Educação Especial - Domínio Cognitivo-Motor. O tema deste projeto é «**Sexualidade nas Necessidades Educativas Especiais - Trissomia 21: Perspetivas dos docentes do Ensino Regular do 1º, 2º e 3º Ciclo.**»

Para responder basta assinalar com uma cruz a opção que melhor corresponde à sua opinião. O seu anonimato será garantido. Grata pela sua colaboração.

- Dados relativos aos professores:

Ciclo de Ensino que leciona:

1º Ciclo ☐

2º Ciclo ☐

3º Ciclo ☐

Idade: \_\_\_\_\_ anos

Sexo: Feminino ☐ Masculino ☐

Tempo de serviço:

0-5 ☐ 6-10 ☐ 11-15 ☐ 16-20 ☐ Mais de 20 anos ☐

Habilitações:

---

**1. Tem formação em Educação Especial?**

Sim ☐ Não ☐

**2. Acha relevante a formação em Educação Especial para todos os professores?**

Nada relevante ☐

Pouco relevante ☐

Relevante ☐

Bastante relevante ☐

**3. Já teve ou conviveu com algum aluno portador de Trissomia 21?**

Sim ☐ Não ☐

**4. Sente-se capaz de responder às necessidades de crianças com Trissomia 21?**

Nada capaz ☐

Pouco capaz ☐

Capaz ☐

Bastante capaz ☐

Muito capaz ☐

**5. Como classificaria o desenvolvimento da sexualidade de crianças e jovens portadores de Trissomia 21 em relação ao da população em geral?**

Igual ☐

Quase igual ☐

Diferente ☐

Bastante diferente ☐

Não possuo conhecimentos sobre o tema em questão ☐

**6. Já presenciou alguma manifestação sexual por parte de um aluno com Trissomia 21?**

Sim ☐ Não ☐

**6.1. Se respondeu sim, que tipo de manifestação foi?**

- Verbal ☐

- Física ☐

- Verbal e física ☐

**6.2.** Perante essa manifestação, o que sentiu?

- Compreensão/aceitação ☐

- Rejeição/ repulsa ☐

- Indiferença ☐

**7.** Na sua opinião, os pais de crianças e jovens com Trissomia 21 estão informados sobre a sexualidade dos seus filhos?

Nada informados ☐

Pouco informados ☐

Informados ☐

Bastante informados ☐

Muito informados ☐

**8.** Acha importante que a disciplina de Educação Sexual também seja lecionada a alunos com Necessidades Educativas Especiais?

Nada importante ☐

Pouco Importante ☐

Importante ☐

Bastante importante ☐

**8.1.** Porquê?

---

**9.** Imagine que numa das suas turmas tem um aluno adolescente portador de Trissomia 21 e que durante uma das suas aulas se depara com esse mesmo aluno a masturbar-se. O que faria para resolver essa situação?

---

Obrigada pelo tempo despendido.

(Elaboração própria)