



Universidade Católica Portuguesa - Centro Regional das Beiras – Viseu

Departamento em Economia, Gestão e Ciências Sociais

Mestrado em Ciências da Educação - Especialização em Educação Especial Domínio Cognitivo
e Motor

**A importância da vivência dos afectos no desenvolvimento de jovens
com Trissomia 21**

Orientadora Professora Doutora: Sofia Campos

Coorientador Mestre João Esteves Salgueiro

Mestranda Filipa Rua Mesquita

Viseu, 24 junho 2013

Universidade Católica Portuguesa - Centro Regional das Beiras – Viseu

Departamento em Economia, Gestão e Ciências Sociais

**A IMPORTÂNCIA DA VIVÊNCIA DOS AFECTOS NO
DESENVOLVIMENTO DE JOVENS COM TRISSOMIA 21**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional das Beiras – Viseu para obtenção do Grau de Mestre em Ciências da Educação, Especialização em Educação Especial, Domínio Cognitivo e Motor

Orientadora Professora Doutora: Sofia Campos

Coorientador Mestre João Esteves Salgueiro

Mestranda Filipa Rua Mesquita

Viseu, 24 junho 2013

Universidade Católica Portuguesa - Centro Regional das Beiras – Viseu

Departamento em Economia, Gestão e Ciências Sociais

A importância da Vivência dos Afectos no Desenvolvimento de Jovens
com Trissomia 21

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional das Beiras – Viseu para obtenção do Grau de Mestre em Ciências da Educação, Especialização em Educação Especial, Domínio Cognitivo e Motor

Orientadora Professora Doutora: Sofia Campos

Coorientador Mestre João Esteves Salgueiro

Mestranda Filipa Rua Mesquita

Viseu, 24 junho2013

Universidade Católica Portuguesa - Centro Regional das Beiras – Viseu

Departamento em Economia, Gestão e Ciências Sociais

A importância da Vivência dos Afectos no Desenvolvimento de Jovens
com Trissomia 21

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional das Beiras – Viseu para obtenção do Grau de Mestre em Ciências da Educação, Especialização em Educação Especial, Domínio Cognitivo e Motor

Orientadora Professora Doutora: Sofia Campos

Coorientador Mestre João Esteves Salgueiro

Mestranda Filipa Rua Mesquita

Viseu, 24 junho 2013

Dedicatória

Quero agradecer a todos os que me ajudaram a percorrer esta longa caminhada e tornaram possível este trabalho.

Dedico em particular à minha mãe, ao meu pai e à minha irmã que constituíram a principal força que motivou a concretização do mesmo.

Agradecimentos

Agradeço a todos aqueles que de alguma forma tornaram possível o presente trabalho e de uma maneira especial á minha orientadora, Professora Doutora, Sofia Campos e ao Mestre João Salgueiro.

Aos meus pais, Maria Hortência Geraldo Rua Mesquita e Mário Augusto Costa Mesquita

À minha irmã, Teresa Cristina Rua Mesquita e ao meu cunhado Francisco Martins. Todos eles me apoiaram incondicionalmente.

A todos, o meu profundo agradecimento.

“Um dia quando olhares para trás, verás que os dias mais belos foram aqueles em que lutaste”.

(Sigmund Freud)

Resumo

Com este estudo pretende-se perceber, até que ponto, os jovens com T21 estão familiarizados com a sua sexualidade, a percepção que têm sobre a sua sexualidade e o que tal pode representar nas suas vivências sociais e educativas.

A adolescência é um período conturbado em qualquer jovem, cheio de desafios para os próprios e para a sua família. É nesta fase que ocorrem mudanças no seu corpo e o desejo sexual começa a emergir. Os jovens têm dificuldades em entender os impulsos que vão sentindo, pois a falta de maturidade ainda não lhes permite compreender o que lhes está a acontecer. Falamos de jovens, pois os portadores de T21 têm comportamentos iguais a jovens ditos normais.

É neste processo de desenvolvimento complexo que, pais e técnicos, assumem um papel importante para a integração, destes jovens para o esclarecimento de dúvidas que surgem, para a construção de um clima de partilha e de emoções acerca da sexualidade. Surgem as necessidades de afeto, de contacto com os outros e de assunção de valores fundamentais para uma vivência saudável da sua sexualidade.

Neste estudo foi analisada a importância da vivência dos afectos para jovens portadores de T21, com recurso à realização de entrevistas aos próprios, a pais e técnicos, psicólogos, professores de educação especial e a um diretor de turma.

A análise dos dados permitiu demonstrar o conhecimento que os jovens têm de si, o que entendem por sexualidade e pelo uso de métodos anticoncetivos, possibilitando uma análise da sua maturidade e da importância da sexualidade no seu desenvolvimento.

Palavras-chave: Trissomia 21, sexualidade, educação dos jovens com T21, masturbação, adolescência.

Abstract

This study aims to understand to what extent, young people T21 are familiar with their sexuality, their perception about their sexuality and what it may represent in their social and educational experiences.

Adolescence is a difficult period in any young, full of challenges for themselves and for their family. It is at this stage that changes occur in your body and sexual desire begins to emerge. Young people have difficulty understanding the impulses that go feeling as lack of maturity yet allows them to understand what is happening to them. We talk about young people, since patients with T21 have similar behavior to young called normal.

It is in this complex developmental process that parents and coaches, play an important role for the integration, to clarify questions that arise, for building a climate of sharing and emotions about sexuality. Needs arise affection, contact with others and the assumption of core values for a healthy living from their sexuality, masturbation in this adolescence.

This study examined the importance of the experience of affection for young people with T21, using the interviews to themselves, the parents and coaches, psychologists, special education teachers and a class diretor.

Analysis of the data has demonstrated the knowledge that young people have of themselves, what they mean by sexuality and the use of contraceptive methods, enabling an analysis of its maturity and importance of sexuality in its development.

Keywords: Trisomy 21, sexuality education for young people with T21, masturbation, teens.

Índice

Dedicatória.....	V
Agradecimentos.....	VI
Resumo.....	VIII
Índice.....	X
Índice de Gráficos, Tabelas e Figuras.....	XII
Siglas.....	XIV
Introdução.....	- 15 -
Parte I- Enquadramento Teórico.....	18
Capítulo I- Entre a exclusão e a inclusão.....	19
1.1-Enquadramento histórico-legal.....	19
Capítulo II- As Necessidades Educativas Especiais como instrumento de ativação de aprendizagens e de práticas de cidadania.....	25
2.1-Trissomia 21 - Uma caracterização.....	25
2.2- Fatores de Risco e Diagnóstico.....	29
3- A Trissomia 21 e o Contexto Educativo.....	31
3.1- Desenvolvimento e Intervenção Educativa da Criança com T21.....	31
3.2- Desenvolvimento da Linguagem na Aprendizagem.....	32
3.3- A Linguagem na Criança com Trissomia 21.....	34
3.4- Vivência dos Afetos em Jovens com Trissomia 21.....	35
4- Puberdade e Adolescência.....	38
Capítulo III- Educação para a vivência dos afetos e descoberta do corpo.....	41
3.1- Conceito de sexualidade e Educação sexual.....	41
3.2- Orientação para a vivência dos afetos com responsabilidade.....	44
3.3- Infecções Sexualmente Transmissíveis.....	46
3.4- Sexualidade na Adolescência e seus comportamentos.....	49
3.5- A sexualidade dos Jovens com Trissomia 21.....	52
3.6- A Vivência da Sexualidade em Jovens com Trissomia 21.....	56
Capítulo IV – “Estado da arte”.....	62
4.1- Investigações e estudos já existentes sobre a temática da Sexualidade.....	63
Parte II – Estudo Empírico.....	67
Capítulo V - Metodologia.....	68
5.1- Objetivos.....	68
5.2- Tipo de Investigação.....	70

5.3- População e Amostra.....	70
5.4- Caracterização da Amostra.....	71
Capítulo VI- Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados.....	79
6.1- Análise de dados das entrevistas de Pais.....	79
6.2- Análise das entrevistas dos Profissionais	80
6.3- Análise das entrevistas dos professores	84
7- Análise do conceito auto e hétero imagem.....	87
8- Análise do Conhecimento do corpo	92
9- Análise do grupo formas de contacto de jovens com T21	95
10- Análise da contraceção.....	99
11- Discussão dos Resultados.....	102
Bibliografia.....	111
Referências normativas.....	124
Webgrafia.....	124
Anexos.....	Erro! Marcador não definido.

Índice de Gráficos, Tabelas e Figuras

Gráfico 1- Distribuição da amostra por sexo dos pais.....	71
Gráfico 2- Distribuição da amostra por idade dos pais	72
Gráfico 3- Distribuição da amostra por sexo dos profissionais.....	72
Gráfico 4- Distribuição da amostra por idade dos profissionais	73
Gráfico 5- Distribuição da amostra pelo cargo que desempenham	73
Gráfico 6- Distribuição da amostra por sexo dos adolescentes	74
Gráfico 7- Distribuição da amostra por idade dos adolescentes.....	74
Gráfico 8- Distribuição da amostra por sexo dos técnicos	75
Gráfico 9- Distribuição da amostra por idade dos técnicos.....	75
Gráfico 10- frequência das respostas obtidas na questão para o grupo de jovens.....	87
Gráfico 11- frequência das respostas obtidas na questão para o grupo de técnicos	88
Gráfico 12- frequência das respostas obtidas na questão para o grupo de jovens.....	88
Gráfico 13- frequência das respostas obtidas na questão para o grupo de técnicos	89
Gráfico 14- frequência das respostas obtidas na questão para o grupo de jovens.....	89
Gráfico 15- frequência das respostas obtidas na questão para o grupo de técnicos.	90
Gráfico 16- frequência de respostas obtidas na questão referente ao grupo de jovens ..	90
Gráfico 17- frequência de respostas obtidas na questão referente ao grupo de técnicos.	91
Gráfico 18- frequência de respostas obtidas na questão referente ao grupo de adolescentes	92
Gráfico 19- frequência de respostas obtidas na questão referente ao grupo de técnicos	92
Gráfico 20- frequência de respostas obtidas na questão referente ao grupo de jovens ..	93
Gráfico 21- frequência de respostas obtidas na questão referente ao grupo de técnicos	93
Gráfico 22- frequência de respostas obtidas na questão referente ao grupo de jovens ..	94
Gráfico 23- frequência de respostas obtidas na questão referente ao grupo de técnicos	94
Gráfico 24- frequência de respostas obtidas na questão referente ao grupo de jovens ..	95
Gráfico 25- frequência de respostas obtidas na questão referente ao grupo de técnicos	95
Gráfico 26- frequência de respostas obtidas na questão referente ao grupo de jovens ..	96
Gráfico 27- frequência de respostas obtidas na questão referente ao grupo de técnicos	96
Gráfico 28- frequência de respostas obtidas na questão referente ao grupo de jovens ..	97
Gráfico 29- frequência de respostas obtidas na questão referente ao grupo de técnicos	97
Gráfico 30- frequência de respostas obtidas na questão referente ao grupo de jovens ..	98
Gráfico 31- frequência de respostas obtidas na questão referente ao grupo técnico.....	98
Gráfico 32- Frequência de respostas obtidas na questão em relação ao grupo de jovens	99
Gráfico 33- frequência de respostas obtidas na questão em relação ao grupo de técnicos	99
Gráfico 34- frequência de respostas obtidas na questão em relação ao grupo de jovens	100
Gráfico 35- frequência de respostas obtidas na questão em relação ao grupo de técnicos	100

Gráfico 36- frequência de respostas obtidas na questão em relação ao grupo de jovens	101
Gráfico 37- frequência de respostas na questão em relação ao grupo de técnicos	101
Tabela 1- Desenvolvimento de jovens com T21	79
Tabela 2-Sexualidade	80
Tabela 3- Escolaridade obrigatória.....	81
Tabela 4- Expetativas dos profissionais	81
Tabela 5- Práticas de Inclusão	81
Tabela 6- Alunos com NEE em escolas regulares.....	82
Tabela 7- Legislação.....	83
Tabela 8- Ensino a alunos com NEE	84
Tabela 9- Questões de enquadramento	85
Tabela 10- Expetativas dos professores.....	85
Tabela 11- Práticas de Inclusão	86
Tabela 12- Legislação.....	86
Tabela 13- Ensino a alunos com NEE	86
Figura n.º 1 Perigos, Sintomas, Tratamentos e Prevenção	48

Siglas

AAMD	Associação Americana para a Deficiência Mental
AAMR	<i>American Association for Mental Retardation</i>
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
DM	Deficiência Mental
DGS	Direção-Geral da Saúde
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EE	Educação Especial
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
IST	Infeções Sexualmente Transmissíveis
NEE	Necessidades Educativas Especiais
OMS	Organização Mundial de Saúde
PEI	Programa Educativo Individual
QI	Quociente de inteligência
SD	Síndrome de Down
SIDA	Síndrome da imunodeficiência adquirida
DID	Deficiência Intelectual e Desenvolvimental
T21	Trissomia 21

Introdução

Conforme podemos ler em Dias (2011), também nós admitimos que a vivência dos afetos concorre para o objetivo da inclusão do indivíduo. Contudo, abordar o tema da vivência dos afetos, continua a não ser fácil, nem para profissionais de saúde, técnicos, professores e educadores, nem para os pais.

Apesar dos avanços no reconhecimento da vivência dos afetos como um aspecto positivo da condição humana e como uma dimensão total e integrante do sujeito, continuam a existir os silêncios, os preconceitos e a ignorância. Ainda hoje, a vivência dos afetos é considerada um risco para saúde e um perigo para o ser humano, mormente para todas as faixas etárias da sociedade.

Não podemos perder de vista que a vivência dos afetos afeta pensamentos, sentimentos, a saúde física e mental, implicando mudanças de atitude por parte de todos aqueles que estão, direta ou indirectamente, ligados à educação e à orientação de jovens adolescentes. A família, a escola e a comunidade terão que assumir as responsabilidades pela educação e desenvolvimento harmonioso de todos os jovens, incluindo aqueles que são portadores de Trissomia 21 (T21).

Nas suas origens, a educação especial (EE), segundo Jiménez (1997), era orientada para um tipo de alunos que padeciam de alguns défices que os diferenciava dos outros alunos ditos normais. Mas esta atitude tem vindo a mudar, através da normalização de serviços que, no âmbito educativo, presume a inclusão escolar e, com esta, uma outra conceção de educação e práticas mais adequados a cada aluno.

Deste modo, a escola da “discriminação”, parece estar a dar lugar à escola da inclusão e, a escola da homogeneidade, à escola da diversidade. Neste contexto, também os jovens com T21 necessitam da sua integração ao nível da vivência dos afetos.

É, assim, no âmbito de um percurso conducente à inclusão de jovens com Deficiência Intelectual e Desenvolvimental (DID) que situamos a razão para a importância justificativa deste nosso trabalho e a questão central que orienta a nossa investigação que é analisar como são tratadas as questões da sexualidade nos jovens com Trissomia 21, na escola e na família.

Com esta problemática, pretendemos com este nosso trabalho equacionar, em que medida existem condições para implementar, na prática, a filosofia da inclusão e se

os constrangimentos eventualmente existentes também são extensivos à situação específica dos alunos e dos jovens portadores de Trissomia 21.

Partimos da ideia de que os profissionais e os pais devem ter em atenção que trabalhar a sexualidade constitui um processo *continuum* entre a escola, psicólogos e família. Por isso, a problemática da sexualidade deve ser abordada de uma forma simples e sucinta, pois os jovens com T21 não têm a capacidade para expor grandes dúvidas e questões. Apesar disso, as dúvidas nas suas mentes persistem e requerem um acompanhamento o mais explícito possível, livre e saudável.

Nesta linha de orientação, entendemos estabelecer como objectivos prioritários no desenvolvimento do nosso trabalho os seguintes: analisar o modo como são encaradas as questões da sexualidade nos jovens com Trissomia 21, na escola e na família; compreender o modo como os jovens com T21 lidam com o seu corpo e com o de outros jovens, do mesmo sexo ou do sexo oposto; compreender o modo como os jovens com T21 lidam com a sua sexualidade; conhecer o conceito de auto – imagem de jovens com T21, compreender as percepções dos pais em relação ao tema sexualidade, procurando evidenciar as suas atitudes, opiniões e medos.

Na primeira parte do nosso trabalho, começaremos por abordar a questão das necessidades educativas especiais e o percurso evolutivo que afirmaria a inclusão como referência para as práticas socioeducativas. De seguida apresentamos uma caracterização da T21, e abordamos, ainda que de forma breve, o contexto educativo destes jovens e a puberdade na adolescência.

No segundo capítulo, abordaremos a educação sexual, os comportamentos dos adolescentes e procuraremos estabelecer uma delimitação do campo da educação sexual para jovens com T21, permitindo um melhor esclarecimento do tema fulcral em questão.

Na parte empírica começamos por apresentar a amostra, a metodologia utilizada, os objetivos e tipo de investigação, após o que passaremos à apresentação dos resultados, à discussão dos mesmos e à explicitação de algumas conclusões.

Queremos que o nosso trabalho possa ser um contributo, na medida em que pode ser compreendido como mais um passo, para a percepção dos diversos obstáculos que surgem na abordagem da sexualidade nos jovens com T21 no meio em que estão inseridos.

Apesar destes obstáculos serem de variada ordem, o estudo permite clarificar profissionais, os pais e os próprios jovens, quer sejam de carácter individual quer sejam

de carácter contextual. Na circunstância em que novos estudos se levantam em torno deste tema, uma vez que os aspectos para que contribui possam ser interpretados e utilizados na actual fase de mudança de pensamentos, atitudes e comportamentos de exclusão.

Parte I- Enquadramento Teórico

Capítulo I- Entre a exclusão e a inclusão

Neste capítulo procuramos compreender a evolução do sistema de exclusão até à inclusão. Apoiamo-nos em diversos autores, para uma melhor percepção desta evolução, autores estes que comprovaram que ao longo dos tempos a sociedade manifestou diferentes formas de encarar a deficiência e a sua educação.

1.1-Enquadramento histórico-legal

De acordo com Jiménez (1997) e Correia (2003), nas sociedades primitivas, o indivíduo portador de deficiência era olhado como presságio de superstição e malignidade, dentro de um modo que concebia a diferença como uma ameaça. Ao longo da História podemos encontrar práticas de exclusão social, que incluem o infanticídio e o extermínio de pessoas com Deficiência Intelectual e Desenvolvimental (DID). Por exemplo, na Antiga Grécia, na cidade-estado de Esparta, as crianças mal-formadas ou com deficiências físicas eram abandonadas ou simplesmente mortas. Conforme nos refere Correia (2003), a comunidade não admitia a sua existência, por razões de natureza pragmática e religiosa.

No início da Idade Média, os indivíduos física e mentalmente diferentes passam a ser vistos como um produto de causas sobrenaturais ou são tidas como criaturas diabólicas. Eram também, muitas vezes associadas a práticas de bruxaria, com as consequentes perseguições, julgamentos e execuções.

Passa a existir uma atitude orientada para o protecionismo dos indivíduos com DID. Os modelos religiosos da caridade consideravam os órfãos, viúvas, os idosos e os cegos como merecedores de proteção, prometendo a recompensa da graça divina se estas pessoas fossem bem tratadas.

As pessoas portadoras de (DID) passaram, então, a ser acolhidos em instituições, onde eram vestidos e alimentados. Foi nesse tempo que se fundaram asilos e hospitais, onde eram colocados e protegidos da sociedade; também com o intuito de evitar que esta se confrontasse com a diferença.

Contudo, Jiménez (1997) refere que os primórdios da Educação Especial apenas podem ser situados nos finais do século XVIII, numa época ainda caracterizada pela ignorância e a rejeição do indivíduo com DID. Nos séculos XVII e XVIII as pessoas

consideradas deficientes mentais, eram internadas em orfanatos, manicômios, prisões e outros tipos de instituições estatais. Ali, ficavam junto de delinquentes, velhos e pobres. Eram todos discriminados.

De acordo com Jiménez (1997) e Lopes (1997) a primeira escola pública para surdos apenas viria a ser criada, pelo abade Charles Michel de l'Épée (1712-1789), em 1755, tendo-se rapidamente convertido no *Instituto Nacional de Sordomudos*. Os mesmos autores indicam que em 1784, Valentín Haüy (1745-1822), criou em Paris um instituto para crianças cegas. Entre os seus alunos encontrava-se Louis Braille (1806-1852) que viria mais tarde a criar o famoso sistema de leitura e escrita, conhecido, precisamente, por sistema Braille.

Como afirma Lopes (1997), no séc. XVIII, com a chegada do Iluminismo, uma nova ideia de “deficiência” assume uma identidade de cidadania de pleno direito. O aparecimento de jovens com DID em famílias “ilustres”, nomeadamente cegos, facilitou esta mudança e tornou possível a organização de uma pedagogia especial, com a criação do primeiro alfabeto para ensinar os surdos a falar, sendo depois adaptado para o ensino dos cegos.

A partir da Revolução Francesa, o conceito de educação especial começa a propagar-se a muitos países europeus, incluindo Portugal. Esta visão espalha-se até ao presente e é caracterizada por fazer a diferenciação, proporcionando também a educação de indivíduos com deficiência mental e incitando ao desenvolvimento na área da educação dos problemas sensoriais. Como referem Correia e Cabral (2003), no dealbar do século XX:

os conhecimentos aplicam-se com a teoria psicanalítica de Freud e com os testes de Galton para medição da capacidade intelectual a partir do desempenho de tarefas sensoriomotoras. O conceito de “idade mental” e os testes de inteligência de Binet e Simon, para a identificação de crianças mentalmente atrasadas que não beneficiavam de uma situação educativa normal, originam uma evolução no sentido da criação de escolas especiais (p.13).

Os referidos autores indicam que a política global pretende separar e isolar estas crianças do grupo principal e maioritário da sociedade. Existe uma necessidade de evidenciar empenho na solução do problema e começam a aparecer instituições especiais, como asilos, em que são instaladas muitas crianças rotuladas e segregadas em conformidade com a sua deficiência. Ainda de acordo com Correia e Cabral (2003), a política que exclui estas crianças da sociedade e dos programas de educação públicos,

impossibilitando-as de interações favoráveis para o seu desenvolvimento e fazendo-as crescer em ambientes interpessoais desagradáveis, conduz, muitas vezes, à inexistência de serviços que as apoiem, tanto a elas como às suas famílias, na tarefa educativa.

Esta perspectiva segregacionista perpetua-se, mesmo quando as escolas públicas começam a aceitar uma responsabilidade na educação de parte destas crianças. Prevalece uma prática discriminadora que se vai conservar ao longo de décadas. Categorizadas de deficientes e rotuladas de atrasadas, as crianças são afastadas das classes regulares e colocadas em classes especiais, separadas das outras crianças da escola. Segundo Correia e Cabral (2003) “A criança com problemas de comportamento e aprendizagem era colocada na classe regular, não lhe sendo dado qualquer acompanhamento específico. Antes pelo contrário, era classificada de mal comportada e lenta se não apresentava progressos académicos satisfatórios” (p.14).

Como refere Lopes (1997), no início da segunda metade do século XX, surgem grandes modificações na área da Educação Especial, com os pais e as famílias a organizarem-se em associações, sendo publicada legislação especial orientada no sentido de defender os interessados.

O conceito de “necessidades educativas especiais” (NEE) surge pela primeira vez no relatório Warnock (1978) (Jiménez, 1997), o que levaria ao aparecimento da nova lei de educação de 1981, na Grã-Bretanha. O termo de NEE, como indica a nova lei, é uma ideia chave. De acordo com esta lei, uma criança necessita de educação especial quando tem alguma dificuldade de aprendizagem que exija uma medida educativa especial.

Para Correia (2008), a noção de NEE vem, assim, dar resposta ao princípio da progressiva democratização das sociedades, retratando o postulado na filosofia da integração e oferecendo uma igualdade de direitos, especialmente no que se refere à não discriminação, atendendo às características intelectuais, sensoriais, físicas e sócioemocionais da criança e do adolescente em idade escolar. Assim, como sublinha este mesmo autor, o modo de intervenção e acompanhamento destas situações na escola terá de constituir uma resposta específica, tendo como objetivo promover o desenvolvimento e a educação do aluno, mobilizando todo o seu potencial, físico, intelectual, estético, criativo, emocional, espiritual e social. Só desta forma podemos considerar que estamos a contribuir para que as crianças e os jovens com NEE, assim como seus amigos e colegas de escola, possam viver como cidadãos incluídos, ativos e autónomos.

Assim, à medida que a Escola pretende inserir no seu seio todos os alunos, sejam quais forem as suas características e necessidades, torna-se também importante compreender como surgiu o conceito de inclusão, quais os benefícios que pode a compreensão do significado deste termo trazer à sociedade em geral, mas também aos pais e alunos, a educadores, professores e demais agentes educativos. Todos ganham em ser envolvidos, mobilizados, mas também responsabilizados. A inclusão é “o conjunto de diferenças individuais, por exemplo, estilos cognitivos e de aprendizagem, interesses, experiências adquiridas, capacidades e orgânicas e ambientais que, em muitos casos, devem ser objeto de intervenções individualizadas e apoios educativos apropriados.” (Correia, 2001, p. 132). Portanto, quando falamos em diversidade, estamos a falar da “escola inclusiva, onde, por via de regra, deveríamos encontrar todos os alunos, proporcionando-lhes uma aprendizagem em conjunto” (Correia & Martins, 2002, p.24).

Neste contexto, na esteira de Correia (2008), a escola precisa de reunir um conjunto de parâmetros que dêem resposta à inclusão de alunos com NEE nas turmas regulares e a “a inclusão deve, também ela, admitir um contínuo educacional em que a modalidade de atendimento mais adequada para o aluno com NEE deverá ser determinada pelo seu programa educativo individualizado (PEI)”(p.11). Contudo, qualquer modalidade de atendimento que venha a ser proposta e que exija a saída do aluno com NEE da classe regular, só deve ser considerada quando o sucesso escolar (académico e social) desse mesmo aluno não possa ser assegurado na classe regular, mesmo com ajuda de apoios e serviços suplementares Correia (2008).

Como assume Correia (1997), a inclusão deverá ser um processo dinâmico que se proponha responder às necessidades de todos e de cada um dos alunos, provendo-lhes uma educação apropriada que considere três níveis de desenvolvimento essenciais: académico, sócio-emocional e pessoal.

Porém, alguns estudos mostram que a maioria dos professores não pratica o conceito de inclusão, ou seja, as práticas necessárias para desenvolver este processo, pois não lhes é atribuída a formação necessária para tal (Correia & Martins, 2000). Por outro lado, muitos professores consideram não saber como fazer adaptações curriculares, como lidar com algumas necessidades médicas e físicas dos alunos ou como proceder em casos de emergência. De acordo com Correia (2008):

“os resultados de alguns estudos indicam que os professores titulares de turma relatam que as exigências educativas são maiores quando têm alunos com NEE nas suas classes, pois sentem

uma tensão adicional que, para além de diminuir a sua habilidade para dar atenção às necessidades académicas e sociais dos alunos sem NEE, aumenta a sua frustração e angústia” (Conway & Gow, 1988, citados por Salend, 1998, citado por Correia, 2008, p.23).

Outros estudos vão mesmo mais longe e “indicam que os professores temem a filosofia de inclusão quando não lhes são disponibilizados também recursos humanos e materiais, e tempo de formação necessários para a implementarem com sucesso” (Caldwell & Salisbury, 1996 citados por Correia, 2008, p.23). Investigações levadas a cabo têm mostrado que o trabalho colaborativo constitui uma forma de melhorar a ação educativa, “permitindo a partilha de estratégias de ensino, uma maior monitorização dos progressos destas crianças, o combate aos problemas de comportamento e o aumento da comunicação com outros profissionais de educação e com os pais” (Clement & cols, 1995, citados por Salend, 1998 citado por Correia, 2008, p.23).

Como nos confirmam estudos levados a cabo por Minke, Bear, Deemer e Griffin (1996), citados por Correia (2008, p.23) “os professores titulares de turma e os de educação especial, que trabalham em colaboração (em classes inclusivas), apresentam níveis de eficiência e de competência maiores do que, aqueles que ensinam em classes tradicionais”. Uma outra vantagem evidenciada

dá conta que os professores envolvidos em ambientes inclusivos consideram que a sua vida profissional e pessoal melhora, tendo, o trabalho em colaboração torna o ensino mais estimulante, uma vez que permite a experimentação de várias metodologias e a consciencialização das práticas e crenças (Giangreco & cols & Philipps, Sapon & Lubic, 1995,) citados por Salend, 1998 citado por Correia, 2008, p.23).

De acordo com Correia, Martins e Ferreira (2008), na escola inclusiva deve existir:

uma interligação entre todos os envolvidos, fazendo com que os professores aprendam mais uns com os outros, que os pais se envolvam mais, que o executivo partilhe as suas ideias. Cria-se, desta forma, uma comunidade coesa cuja visão educacional se revê na premissa de que toda criança deve ser respeitada e levada a atingir a máxima da sua potencialidade em ambientes que permitam o desenvolvimento da sua auto-estima, do orgulho nas suas realizações e do respeito mútuo (p.40).

Porém, e considerando os resultados das investigações anteriormente destacadas, em Portugal, ainda parece existir um longo caminho a percorrer. De seguida vamos abordar o tema da Trissomia 21 e a sua caracterização.

Capítulo II- As Necessidades Educativas Especiais como instrumento de ativação de aprendizagens e de práticas de cidadania

No seguimento da evolução exposta desde o primeiro capítulo para este segundo capítulo, podemos considerar que os princípios que orientam o atendimento destes jovens com T21/NEE foram fundamentalmente dois: o da integração e, o mais actual, da inclusão. Assim, nesta sequência, achamos, que para uma melhor perceção sobre estes jovens com T21, passamos seguidamente a caracterizá-los.

2.1-Trissomia 21 - Uma caracterização

As crianças e os jovens com T21, nem sempre foram conhecidos por esta terminologia.

Nos primórdios da identificação das características, Langdon Down (1866), atribuiu aos jovens portadores desta problemática a designação de “Monglóide”.

Morato (1998) citando Langdon Down (1866) refere que

do ponto de vista clínico [,] pela primeira vez uma rigorosa caracterização morfológica deste tipo específico de deficiência mental, é o termo mongolismo que do ponto de vista teórico sobressai de forma enfática no seu interesse de explicação da deficiência a luz das teorias da degenerescência racial (p.30).

Langdon Down destacou-se como um dos maiores impulsionadores do uso da designação “mongolóide” para qualificar a deficiência descrita por um conjunto de sinais característicos do fenótipo como “estigmas de degenerescência”, que posteriormente se chamou Síndrome de Down (SD) por referência ao nome do seu autor de acordo com Booth (1985, in Morato, 1998, p.30).

Tavares, Chaveca, Sarmiento, Mexia, Dumont e Alexandrino (1986), Sampedro, Blasco e Hernández (1997) e Morato, (1998) mencionam que a criança com SD é portadora de uma anomalia cromossómica que implica perturbações de diversa ordem. A SD surge por estarem presentes nas células 47 cromossomas em vez de 46 que é o que se verifica numa pessoa normal. Os 46 cromossomas dividem-se em 23 pares, sendo 22 produzidos por autossomas e um par de cromossomas sexuais. No momento da fecundação, os 46 cromossomas ligam-se para gerar uma nova célula, e a criança normal recebe 23 pares específicos de cromossomas, havendo, em cada par, um

cromossoma materno e um paterno. O óvulo fecundado com esta única célula cresce por divisão celular. Os cromossomas idênticos desunem-se no ponto de estrangulação e cada um deles incorpora uma nova célula. Logo, as células formadas mantêm os 46 cromossomas de forma constante até a formação completa do embrião. Na criança com S.D, a divisão celular expõe uma distribuição defeituosa dos cromossomas, a presença suplementar, 3 em vez de 2, no par 21.

É por isso que esta síndrome é, geralmente designada de Trissomia 21 (T21).

Segundo os mesmos autores, verificamos que esta anomalia pode ser causada por 3 fatores diferentes, dando lugar aos 3 tipos de T21:

- o primeiro tipo de T21 é a Trissomia Homogénea, o caso mais frequente, em que o erro de distribuição dos cromossomas gera-se na 2ª ou 3ª divisões celulares. Os resultados desta ocorrência no desenvolvimento do embrião dependerão do momento em que se conceber a divisão defeituosa. Quanto mais tarde ocorrer, menos células serão afetadas pela Trissomia e vice-versa. A criança será portadora, no par 21, de células normais e trissómicas, ao mesmo tempo;

- o segundo tipo de T21 é designada por Trissomia em Mosaico, ocorre em aproximadamente 5% dos casos;

- por ultimo o terceiro tipo de T21 é a translocação, pode acontecer no momento da formação do espermatozoide ou do ovulo, ou ainda no momento em que se cria a divisão celular. Todas as células serão portadoras de trissomia, incluindo um par de cromossomas que estará sempre ligado ao cromossoma de translocação. Desta forma, apenas poderá ser reconhecido através de uma análise cromossómica, o cariótipo, que é de especial importância porque, em 1 em cada 3 casos de trissomia por translocação, um dos pais é portador da mesma, aumentando, assim, a hipótese de outro filho afetado. Por conseguinte, o pai ou a mãe são pessoas físicas e intelectualmente normais, no entanto, as suas células possuem apenas 45 cromossomas, equivalendo o cromossoma de translocação a dois cromossomas normais.

Ainda não se conhece a causa da T21 e não há forma de prevenir esta anomalia. Conhecem-se fatores de risco associados, tais como, a idade avançada da mãe ou a do pai mas ainda não foi claramente estabelecida, pois, estatisticamente, a T21 é mais frequente em grávidas com mais de 35 anos. Também é frequente em adultos com antecedentes na família, mesmo não sendo de linha direta. O objetivo terapêutico é diagnosticar, o mais brevemente possível, a anomalia. Por isso, já é efetuado o diagnóstico pré-natal quando existem fatores de risco nas mulheres, como a

ultrassonografia, em que o médico avalia morfológicamente as alterações nas medidas da cabeça, das mãos e dos dedos. O exame efetuado com maior precisão e sem qualquer tipo de erro é a amniocentese.

Como sustenta Tavares (1986), “de todas as deficiências mentais, podemos dizer que a T21 é das mais evidentes, pois uma vez vista uma criança trissômica, nunca mais nos esquecemos das suas características morfológicas, que são idênticas em todas as raças (branca, negra, amarela), dando assim a estas crianças um certo ar de família. Pensou-se até que poderiam pertencer a um ressurgimento de caracteres ancestrais, provenientes das raças dos invasores da Ásia Central, daí o nome de mongoloídes, proposto logo que a síndrome começou a ser estudado em 1866” (p.11).

Conforme Tavares, Chaveca, Sarmento, Mexia, Dumont e Alexandrino (1986) e Sampedro, Blasco e Hernández (1997), as pessoas com T21 têm características físicas diferentes.

A maioria das crianças tem a parte posterior da cabeça levemente achatada (braquicefalia), na maioria das crianças, o que dá uma aparência arredondada à cabeça. As moleiras (fontanela) são, muitas vezes, maiores e demoram mais para se fechar. Na linha média onde os ossos do crânio se encontram (linha de sutura), há muitas vezes, uma moleira adicional (fontanela falsa). Cabelo liso e fino, em algumas crianças e pode haver áreas com falhas de cabelo (alopecia parcial), ou, em casos raros, todo o cabelo pode ter caído (alopecia total).

Segundo os mesmos autores, em relação ao olhar, nas crianças com T21 os olhos têm uma inclinação lateral para cima e a prega epicêntrica (uma prega na qual a pálpebra superior é deslocada para o canto interno), semelhante aos orientais. Pálpebras estreitas e levemente oblíquas. A boca é pequena. Algumas crianças mantêm a boca aberta e a língua pode projetar-se um pouco. À medida que a criança com T21 fica mais velha, a língua pode ficar com estrias. No inverno, os lábios tornam-se rachados. O céu da boca (palato) é mais estreito do que na criança "normal". A erupção dos dentes de leite é geralmente atrasada. Às vezes, um ou mais dentes estão ausentes e alguns podem ter um formato um pouco diferente. Mandíbulas pequenas, o que leva, muitas vezes, a sobreposição dos dentes. A cárie dentária é observada com menor frequência, comparada com crianças “normais”. Quanto ao tórax, este, apresenta um formato estranho, sendo que a criança pode ostentar um osso peitoral afundado (tórax afunilado) ou poderá estar projetado (peito de pomba). Na criança cujo coração é aumentado, devido à doença cardíaca congênita, o peito pode parecer mais globoso do lado do

coração, em consequência das anomalias cardíacas e de uma baixa resistência às infecções. A longevidade dos mongoloides costuma ser reduzida. Quanto a parte genital, apresentam uma redução geral dos Genitália. Nos homens, o pênis é pequeno e há criptorquidismo.

Para Sampedro, Blasco e Hernández (1997), o crescimento motor da criança com S.D, se tiver o auxílio de um programa de intervenção precoce adaptado, não apresentará, grandes diferenças quando comparado com o das outras crianças. Apesar de, a sua franca tonicidade, a sua falta de atenção e outras características individuais, poderem complicar esse desenvolvimento.

Segundo estes mesmos autores, o ser lento é característica própria do andar, vestir-se, pegar em coisas e tudo isto, não revela atraso psicomotor grave, mas sim uma deterioração destas capacidades, as quais podem ser aperfeiçoadas com a aplicação de um programa em que os pais serão cooperantes diretos. A criança “dita normal” conquista naturalmente os conhecimentos e formas de desempenho nesta área, mas a criança com T21, para aprender, tem de ser ensinada. No desenvolvimento psicomotor não podemos ter em conta somente os aspetos motores-musculares mas também os processos de simbolização, que estão fortemente relacionados com o desenvolvimento intelectual. O desenvolvimento psicomotor contém processos que vão desde os movimentos reflexos inatos até à adaptação do indivíduo ao meio.

No seguimento dos autores supracitados, constata-se que a dimensão psicomotora é mais um dos aspetos do processo de aprendizagem, mas devemos situá-la em primeiro lugar, pois só quando se alcançarem estas primeiras etapas do desenvolvimento se podem abordar com sucesso as restantes. Ela deverá servir de base a um ensino globalizado, e que apoie as restantes matérias. A problemática específica do desenvolvimento psicomotor da criança com T21 (atraso em adquirir o equilíbrio, a preensão e a marcha) depende diretamente da psicomotricidade. Ligados aos problemas sensoriais e perceptivos (visuais, auditivos e tácteis) reflectir-se-ão no conhecimento do espaço desencadeando modificações na coordenação, organização prática, inércia, alterações no controlo postural e no equilíbrio.

Com efeito, uma educação psicomotora adaptada é completamente necessária, pois tem muita importância no descobrimento e desenvolvimento espaço-temporal e na exploração motora.

2.2- Fatores de Risco e Diagnóstico

Sampedro, Blasco e Hernández (1997) apresentam as causas possíveis da T21 que surgem devido à existência de um cromossoma extra nas células do corpo. Convém referir que ao longo da gravidez, não há nada que contribua para o aparecimento desta anomalia. É muito difícil circunscrever os fatores responsáveis, e consta-se que todos os especialistas estão de acordo em que existe uma variedade de fatores etiológicos que interatuam entre si, dando lugar à Trissomia, no entanto desconhecemos precisamente a forma como se relacionam, pois não se podem interpretar como uma relação direta de causa efeito.

Segundo os mesmos autores, nos seus estudos realizados, apresentam que sensivelmente quatro por cento dos casos de T21 são devido a fatores hereditários: casos de mãe afetada pela síndrome, famílias com várias crianças afetadas, casos de translocação num dos pais e casos em que existe a hipótese de que um deles com aparência normal, tenha uma estrutura cromossômica em mosaico, com maior ocorrência de células normais. Contudo, não está revelado que esta característica seja mais frequente em pais de crianças com T21 do que em pais de crianças normais. Outro fator etiológico, usualmente o mais conhecido, é a idade da mãe. O nascimento da criança com T21 é significativamente mais frequente em grávidas com mais 35 anos.

Sampedro, Blasco e Hernández (1997) apontam para uma eventualidade de que a interação de diversos fatores possa atuar de várias formas no envelhecimento normal do processo reprodutor, favorecendo ou estabelecendo a anomalia cromossômica. Um outro conjunto de causas viáveis é formado por motivos externos: processos infecciosos tais como a hepatite e rubéola, exposição a radiações, alguns agentes químicos (alto conteúdo de flúor na água e poluição atmosférica), problemas de tiroide na mãe, elevado índice de imunoglobina e de tiroglobina no sangue da mãe e deficiências vitamínicas.

Desta forma os autores, deduzem de tudo o que se conhece, que o T21 não é uma doença curável, apesar de ser possível, (através do estudo das causas prováveis e do conhecimento presente sobre o tema) obter-se 3 aspetos essenciais para uma prevenção eficaz, tal como a idade da mãe, o aconselhamento genético e a amniocentese. Sabemos que a partir dos 35 anos a mulher tem maior possibilidade de conceber um filho afetado pelo Síndrome. A melhor medida preventiva seria que a

população em geral e especialmente as futuras mães, fossem informadas sobre o risco que correm. Assim, o estudo genético pode precaver os pais sobre o risco estatístico de ter um filho com T21. O exame cromossômico não é traumatizante e é essencial que seja feito aos pais e irmãos de uma criança com T21. Através dele, o médico poderá aconselhar sobre a futura descendência familiar. Se não for feito o aconselhamento, a desinformação pode levar a que um irmão, possa vir a ter um filho com T21 sem que na verdade exista maior risco que o normal ou que desconheça que pertence a um grupo de alto risco, se a Trissomia for por Translocação, transmitida por um dos pais. A amniocentese é um método recente de diagnóstico precoce da síndrome, ou seja, é feito antes do nascimento. Este exame consiste em retirar líquido amniótico entre a décima quarta e décima nona semana de gravidez, através de uma punção com anestesia local. Retira-se cerca de 15 a 20 mililitros de líquido, e após a cultura das células em laboratório no período de 10 a 21 dias, pode-se conceber uma análise cromossômica ou cariótipo, descobrindo se o feto possui, ou não, uma trissomia.

3- A Trissomia 21 e o Contexto Educativo

No que diz respeito á T21 e ao contexto educativo consideramos pertinente abordar o desenvolvimento e Intervenção educativa da criança com T21, desenvolvimento da linguagem na aprendizagem, a linguagem na criança com T21 e a afectividade nos jovens com T21.

3.1- Desenvolvimento e Intervenção Educativa da Criança com T21

Para entendermos o conceito de deficiência mental torna-se necessário fazermos primeiro uma breve abordagem ao conceito de inteligência e suas características.

Pacheco e Valencia (1997) concebem a inteligência segundo as ideias dos autores Sainz e Mayor, como uma “capacidade para aprender, capacidade para pensar abstractamente, capacidade de adaptação a novas situações...” (Pacheco & Valencia, 1997, p.209). Por outro lado, consideram a inteligência como um “conjunto de processos cognitivos como memória, categorização, aprendizagem e solução de problemas, capacidade linguística ou de comunicação, conhecimento social...” (Pacheco & Valencia, 1997, pp.209-210).

Seguindo as ideias dos mesmos autores, passamos a dar uma noção de deficiência mental de acordo com as seguintes correntes:

- corrente psicológica ou psicométrica, que defende que todo o individuo que apresenta um défice ou diminuição das suas capacidades intelectuais (medida através de teste e expressa em termos de QI). Os principais impulsionadores da corrente psicométrica foram Binet e Simon;

- corrente sociológica ou social atesta que o deficiente mental é aquele que apresenta, em maior ou menor medida, dificuldade para se adaptar ao meio social em que vive e para levar a cabo uma vida autónoma. Esta corrente é utilizada por Doll, Kanner e Tredgold;

- por fim temos a corrente Médica ou Biológica que concebe que a deficiência mental teria um substrato biológico, anatómico ou fisiológico e manifestar-se-ia durante o desenvolvimento. A AAMD apresenta a seguinte definição para “a deficiência mental, referindo-se a um funcionamento intelectual geral significativamente inferior á media, surgindo durante o período de desenvolvimento e associado a um défice no

comportamento adaptativo”(Grossman, 1983 citado por Pacheco e Valencia, 1997, p.210)

De acordo com Morato (1998) “a perspectiva mais comum sobre o desenvolvimento da criança com T21 não é compreendê-la como diferente, mas sim apenas como lenta e atrasada mas normal” (p.33).

Sampedro, Blasco e Hernández (1997) mencionam que se avaliarmos a facilidade de obtenção dos *Skills* correspondentes a cada etapa de desenvolvimento, as crianças com T21 alegam atrasos consideráveis em todas as áreas. Por norma, os atrasos aparecem logo no primeiro ano de vida, e a rapidez com que o desenvolvimento se dá é progressivamente menor durante a próxima etapa e a idade pré-escolar. Ao longo dos três primeiros anos, o desenvolvimento social aparenta ser o menos afetado, enquanto que os maiores atrasos se verificam no desenvolvimento da linguagem, e particularmente a nível da linguagem expressiva. A gravidade do atraso do desenvolvimento nas crianças com T21 varia muito de umas para as outras, apesar desta diferença, há uma perseverança individual, notável na rapidez do desenvolvimento global ao longo da idade pré-escolar.

3.2- Desenvolvimento da Linguagem na Aprendizagem

Conforme Frazão (2000) no decorrer das últimas décadas o estudo da aquisição da linguagem pela criança deu um grande progresso, e um dos aspetos importantes das investigações mais recentes é a constatação de que os procedimentos de aquisição são bem mais complexos do que se pensava antes.

O mesmo autor considera a existência de um período pré-verbal em que gritos e vocalizações vão progressivamente adquirindo significados mais elaborados em interação constante com o envolvimento. Não se trata ainda da linguagem adulta, pois está longe do domínio léxico-gramatical (forma/estrutura), mas tem expressão (som/gesto) e conteúdo comunicativo (significado). Desta forma as primeiras vocalizações são já linguagem, embora sem palavras, nem estrutura léxico-gramatical.

“A criança está a aprender a ser e a fazer, a agir e a interagir de modo significativo. Está a aprender um sistema semiótico num determinado contexto social. Seja o que for que a criança signifique, o que passa é a mensagem que faz mais sentido e é traduzida em termos da linguagem adulta” (Halliday, 1975 citado por Frazão, 2000, p.94).

De acordo com Frazão, (2000) o procedimento de maturação, existente em todos os aspectos do desenvolvimento, o exercício repetido dos comportamentos e a imitação dos modelos expostos são fatores responsáveis pela evolução das vocalizações, originando a aquisição da linguagem de uma impregnação lenta e contínua da língua materna em que a criança está inserida.

Frazão (2000) cita que será atingido o nível verbal, em função do desenvolvimento das capacidades articulatórias, a criança tornar-se-á capaz de criar sons que se identificam e assimiláveis, do ponto de vista fonético e/ou do ponto de vista semântico, às palavras da linguagem materna. Apenas existe comunicação verbal quando a palavra, foneticamente e/ou semanticamente, se aproxima do sentido que ela tem para o outro. A introdução do significado corresponde a um corte entre as vocalizações, o balbuciar e a palavra, e elucida a linguagem verbal propriamente mencionada, sendo as produções fonéticas tributárias do desenvolvimento dos aparelhos fonadores e da habilidade articulatória.

Segundo Frazão (2000) apesar de se poder falar de significado ao nível pré-verbal, é a palavra que se caracteriza especificamente pelo seu significado, consistindo em fazer corresponder um signo a um objeto que é denominado por esse signo. Apenas neste, o significado não existe ao nível pré-verbal. Contudo a significação está também desde sempre intimamente interligada à expressão, porque se cria uma relação entre a produção vocal e o estado físico, psicológico, afetivo e emocional do sujeito. Por outro lado, a ligação feita, do som produzido a um objeto permite falar de significação atribuída. O som (ou cadeia de sons) gerado passa a ter características de palavra. Sendo capaz de utilizar a palavra como forma de expressão, dominando os conteúdos principais, estará delineada a aprendizagem da gramática e do diálogo verbal, características fundamentais da linguagem adulta.

De acordo com o mesmo autor, define-se linguagem humana pelo caráter arbitrário do signo linguístico, que a criança somente atinge à medida que utiliza uma palavra da linguagem adulta, e pelo seu caráter articulado que só é alcançado através do momento em que a criança é capaz de construir frases. Dispõe-se então de um sistema combinatório que garante uma melhor comunicação da criança com o meio. “E ainda que o aspecto gramatical da linguagem, o seu aspecto formal, não possa ser desligado da significação, a construção do discurso implica o respeito por certas regras gramaticais implicando relações que se referem em exclusivo aos elementos da língua” (Frazão, 2000, p.95).

Frazão (2000), narra que a competência de obter as formas gramaticais corresponde a um nível superior, porque a criança necessita de ser capaz de dominar e organizar uma pluralidade de elementos, submeter a sua linguagem a regras gramaticais próprias da linguagem adulta e ser capaz de cumprir as regras que não têm correspondência direta com os objetos.

3.3- A Linguagem na Criança com Trissomia 21

Sampedro, Blasco e Hernández (1997) mencionam que as dificuldades da linguagem apresentam formas e graus diversos em todos os deficientes, originando problemas na comunicação, daí que, ao falarmos da criança com T21, seja essencial referirmos este aspeto.

Frazão, (2000) considera que, sobretudo pela constatação das implicações negativas que a linguagem tem em todas as aquisições posteriores, quer ao nível académico, quer ao nível social, a aquisição da linguagem e o seu uso têm sido objeto de estudo de diferentes investigadores e em diferentes perspetivas.

Sampedro, Blasco e Hernández (1997) referem que está provado que o desenvolvimento da linguagem em crianças com T21 sofre um atraso considerável relativamente às outras áreas de desenvolvimento. Por outro lado, existe um grande desajustamento entre os níveis compreensível e expressivo.

Frazão, (2000) cita que estes estudos têm-se debruçado não apenas sobre o desenvolvimento da linguagem na criança normal mas também, sobretudo ultimamente, no que concerne à criança portadora de T21. De resto, a deteção precoce dos problemas da linguagem é tanto mais importante quanto a possibilidade de correção dessas dificuldades e é mais efetiva se precocemente feita, possibilitando estimulação específica e apoio reeducativo no período ótimo de intervenção, isto é, nos primeiros anos de vida em que o cérebro está imaturo e em rápido crescimento, caracterizando-se pela plasticidade neural.

Quanto á compreensão, a evolução de uma criança com T21 é paralela á de uma criança normal, embora atrasada em relação ao tempo e obstaculizada pelos défices que apresentam em aspectos particulares da organização do comportamento. Neste sentido cabe mencionar, por um outro lado, a menor reacção e iniciativa mostrada nas interacções durante as primeiras etapas da vida, e, por outro a menor “referência ocular” ou diminuição da capacidade para dirigir o olhar para o parceiro social ou objecto referido verbalmente, o que dificulta o estabelecimento dos

mecanismos de associação e conhecimento do objecto e do vocabulário, e atrasa definitivamente, o desenvolvimento da compreensão e produção verbal (Sampedro, Blasco & Hernández, 1997, p.233).

De acordo com Frazão, (2000), a criança com T21 tem dificuldades em tudo o que requer operações mentais de abstração, tal como perante qualquer operação de síntese, dificuldades que se realizam na organização do pensamento, da frase na aprendizagem de vocabulário e na estruturação morfossintática. As crianças com T21 são muitas vezes afetadas a nível expressivo pelos seguintes agentes: dificuldades respiratórias, em que existe, uma má organização do processo de respiração que muitas destas apresentam, pela frequente hipotonicidade e a fraca capacidade para manter e prolongar a respiração;

- perturbações fonatórias que produzem alterações no timbre da voz, que aparece grave, de timbre monótono, por vezes gutural;

- perturbações na audição - incidência de perdas auditivas que variam de ligeiras a moderadas, pelo que a capacidade auditiva, sem estar gravemente alterada, é inferior ao normal;

- perturbações articulatórias, originadas pela junção de vários fatores, hipotonia da língua e lábios, malformações do palato, inadequada implantação dentária, imaturidade motora e por fim, o tempo de latência da resposta que é demasiado prolongada.

De outro modo verifica-se alguma falta de relação lógica na narração, o que dá por vezes impressão de incoerência, que na realidade é apenas aparente e derivada das perturbações da estruturação espaço-temporal, das dificuldades em identificar relações de síntese entre uma situação nova e experiências anteriores, no seu modo particular de raciocínio e da desajustada construção gramatical.

3.4- Vivência dos Afetos em Jovens com Trissomia 21

De acordo com Wallon (1998), a afetividade é exteriorizada pelas emoções e estimula assim as modificações que tendem, por outra forma, a reduzi-las. É nelas que se baseiam os exercícios gregários, que são o início de comunhão e de comunidade e as ligações que possibilitam os seus meios de expressão e utilizam ferramentas de sociabilidade cada vez mais distintas. O seu significado torna os jovens com T21 mais

autônomos e precisos, desvinculando-se da própria emoção. Ao contrário de ser uma onda promotora, tendem a reprimi-la, a impor-lhes obstáculos que fragmentam a sua potência totalizadora e contagiante. A mímica, quando se torna linguagem e convenção, aumenta as *nuances*, as cumplicidades táticas, os pressupostos e subtileza, contrapondo-se o arrebatamento unânime que é uma emoção fidedigna.

De acordo com Sampetro, Blasco e Hernández (1997) não há uma personalidade única na estereotipada criança com T21, cada criança tem a sua maneira de ser, de pensar, de falar e é por isso imprescindível conhece-la e respeitá-la tal como é. Porém as crianças com T21 exibem traços comuns que serão necessários diferenciar de uns para outros.

Os mesmos autores indicam que nos fatores positivos encontramos de forma destacada o gosto pelo jogo, pela competição, a tenacidade, imaginação e desejo de agradar e aprender, fatores muito aproveitáveis e a considerar para melhor trabalhar com elas. No seu desenvolvimento também encontramos obstáculos, na sua aprendizagem podemos referir a fadigabilidade, a apatia, o curto tempo de atenção e, em certas ocasiões, a teimosia. Um dos objetivos mais importantes da prática educativa é o desenvolvimento social e afetivo que não poderá ser alcançado sem uma aprendizagem social que se irá adquirir no meio normal, tanto no ambiente familiar como social e escolar. A concepção de um clima familiar e afetivo apropriado, repercutir-se-á de forma positiva no desenvolvimento da criança, cujas condições serão muito benéficas se for evitada a superproteção, ansiedade e rejeição e se houver uma implicação ativa dos pais na sua educação. A idade escolar e, ainda a pré-escolar são os momentos ideais para se estabelecerem bases sólidas de relação da criança com o meio. As dificuldades que em muitos casos representam a presença de uma criança com T21 na escola, devem-se aos adultos, que na maior parte das vezes são preconceituosos. Os problemas afetivos têm de ter resoluções e estas têm de ser encontradas no âmbito onde elas surjam, com a ajuda de especialistas e a colaboração de todos os membros envolvidos na educação da criança tais como pais, professores e psicólogos.

Sampetro, Blasco e Hernández (1997), comungam que “para além do desenvolvimento cognitivo, perceptivo, motor e de linguagem, tem de se insistir desde o princípio, no desenvolvimento pessoal e social e no descondicionamento de hábitos mal adquiridos” (p.247). Em seguimento destas ideias, estes autores apontam, que antes de iniciar um programa de aquisição de competências na área afectivo-pessoal, é

necessário extinguir os maus hábitos e proporcionar condições para uma maior adaptação social.

Por último, não podemos deixar de referir que, os conteúdos e atividades devem ser dirigidos para a aquisição de hábitos, conhecimentos e competências que lhe transmitam maturidade e autonomia social e pessoal:

Conseguir adquirir uma série de capacidades essenciais para a sua autonomia como a higiene, alimentação e vestuário; desenvolvimento da autonomia no seu meio ambiente, deslocações na escola, fazer recados, comportar-se de forma adequada em diferentes situações como o uso de transportes públicos; promover o sentido de responsabilidade, colaboração e respeito pelos outros; apoiar a formação de uma auto-imagem e um autoconceito positivos (Sampedro, Blasco & Hernández, 1997, p.247).

4- Puberdade e Adolescência

Sprinthall e Collins (2003) atestam que é na puberdade que se atinge a capacidade de reprodução sexual. Por este motivo, as alterações pubescentes abrangem modificações na aparência e na função das características sexuais primárias. Mais evidentes, por conseguinte são as características sexuais secundárias que envolvem o aumento dos seios, nas raparigas, as alterações na voz e nos pelos faciais, nos rapazes e para ambos os sexos o crescimento dos pelos púbicos e axilares.

Puberdade aspectos biológicos e emocionais; o corpo em transformação; caracteres sexuais secundários; normalidade, importância e frequência das suas variantes biopsicológicas; diversidade e respeito; Sexualidade e género; reprodução humana e crescimento; contraceção e planeamento familiar; compreensão do ciclo menstrual e ovulatório; prevenção dos maus tratos e das aproximações abusivas; dimensão ética da sexualidade humana (Bezerra & Macário, 2011, p.18).

Bezerra e Macário (2011) referem que são “as mudanças biofisiológicas que marcam o início da puberdade onde acontece um conjunto de mudanças fisiológicas gerais como o aumento da estatura e do peso e mudanças ligadas à sexualidade que conduziram à maturação das gónadas que tornaram possível a reprodução”(p.38).

Conforme Cortesão, Silva e Torres (1989) quando um jovem obtém os nove ou dez anos, o educador começa a dar conta de que já não está a trabalhar com uma criança. “Tanto sob o ponto de vista afectivo como pelo facto de se apresentar com potencialidades de uma certa autonomia e sentido de responsabilidade, o tipo de relacionamento adulto / criança vai se tornando diferente” (p.33). Por conseguinte, o desenvolvimento intelectual progride de forma rápida. Aproximadamente por volta dos onze anos, torna-se cada vez mais de raciocínios abstratos do tipo hipotético-dedutivo, isto é, não necessita de apoio direto da percepção do objeto. Os jovens, tornam-se cada vez mais capazes de refletir e de construir teorias. É de total importância nesta fase proporcionar aos jovens contactos e interesses coletivos de modo a criarem laços que os unem no mundo e os convidem a participarem na vida social e a desenvolverem qualidades morais e afetivas. Nas nossas escolas, infelizmente o ensino é fundamentalmente intelectual e a educação afetiva é muito descuidada.

Segundo Bezerra e Macário (2011) “o início da puberdade é muito variável, mas normalmente nas raparigas acontece entre os 9,5 e os 14,5 anos e nos rapazes tem lugar

entre os 10,5 e os 16 anos” (Frade et al., 2003 citados por Bezerra & Macário, 2011,p.38).

Um dos primeiros marcos da puberdade, nos rapazes, é o crescimento do tamanho dos testículos e do escroto. Passado algum tempo surgem os pelos púbicos e, por volta de um ano mais tarde, inicia-se o crescimento longitudinal do pênis. Nesta fase também surgem os pelos nas axilas e mais tarde no resto do corpo. Em relação aos testículos dá-se o início da produção de esperma, pelo que surge a primeira expulsão do sêmen (ejaculação), geralmente associada “sonhos molhados” (Bezerra & Macário, 2011; Sprinthall & Collins, 1999; Cortesão, Silva & Torres,1989).

No que diz respeito às raparigas, um dos primeiros sinais da puberdade é o aparecimento do botão mamário, pequeno montículo que surge em consequência do desenvolvimento do tecido mamário subaureolar. Ao mesmo tempo surgem os pelos nas axilas e na púbis. Os ovários, o útero e as trompas desenvolvem-se rapidamente. A vagina aumenta de tamanho e as paredes alargam e engrossam. A vulva torna-se mais rosada e húmida, os grandes lábios aumentam de tamanho, os pequenos lábios ficam menos salientes e o clitóris é dotado de mais vasos sanguíneos. Surge a primeira menstruação ou menarca, atualmente por volta dos dez e doze anos em média, embora o seu aparecimento possa estar dependente de muitos fatores. Esta média desceu cerca de quatro anos, nos últimos cem anos, o que acarreta novas dificuldades inerentes a uma adolescência cada vez mais precoce e mais longa e a exigir dos adultos um papel ativo na educação sexualizada. Inicialmente, as menstruações são irregulares até à regulação do ciclo ovulatório (Cortesão, Silva & Torres,1989; Sprinthall & Collins, 1999; Bezerra & Macário, 2011)

O “pulo” também acontece com as raparigas, em média mais cedo, por volta dos doze anos. Outras mudanças como a quantidade e distribuição do tecido adiposo, o alargamento das ancas, alterações cutâneas, musculares e ósseas são características desta fase. É importante não esquecer que todos estes fenómenos são desencadeados por fatores não hormonais, mas essencialmente por fatores neuro-hormonais. No entanto convém destacar que as hormonas responsáveis pelas mudanças atrás registadas, também são responsáveis por um aumento do desejo sexual e das sensações eróticas em tudo semelhantes ao padrão sexual do adulto (Cortesão, Silva & Torres,1989; Sprinthall & Collins, 1999; Bezerra & Macário, 2011).

Segundo Cortesão, Silva e Torres (1989), Sprinthall e Collins (1999), Bezerra e Macário, (2011) as mudanças hormonais e resultantes das transformações físicas e

orgânicas surpreendem o adolescente e exercem sobre ele um forte choque psicológico. O desencadear da atividade hormonal tem um impacto por vezes espantoso no humor dos adolescentes. Este impacto pode ser positivo ou negativo dependendo do indivíduo, que sinta prazer ou orgulho, ou, pelo oposto, sinta vergonha e embaraço do seu corpo. As alterações psicológicas salientam-se pela aprendizagem, a nível intelectual, de uma nova forma de pensamento que proporciona ao adolescente passar de um pensamento concreto para um pensamento abstrato. Esta fase possibilita uma nova compreensão da realidade e uma nova relação consigo mesmo e com os outros. Assim passara também a adquirir a capacidade de ponderar sobre os seus pensamentos, comprometendo-se com determinados ideais e valores.

Capítulo III- Educação para a vivência dos afetos e descoberta do corpo

Antes de se abordar a sexualidade nos jovens com NEE, jovens com T21, esclarecer que são, segundo Correia (2008), aquelas (NEE) cuja adaptação do currículo é generalizada, adequando às características do aluno sendo uma avaliação constante, dinâmica e sequencial, tendo como referencia os progressos do aluno no seu percurso escolar. Estão incluídas neste grupo crianças e jovens adolescentes cujas alterações ao seu desenvolvimento teve origem em problemas de natureza orgânico funcional e ainda por défices socioculturais e económicos graves, incluindo assim, problemas do foro sensorial, intelectual, processológico, físico, emocional e outros problemas ligados á saúde do jovem.

Neste seguimento, no que diz respeito aos jovens com T21/ NEE, consideramos pertinente abordar, o conceito de sexualidade e de educação sexual, os Métodos Contraceptivos, as Infecções Sexualmente Transmissíveis, a Sexualidade na Adolescência e seus Comportamentos e a Sexualidade dos jovens com T21.

3.1- Conceito de sexualidade e Educação sexual

A organização Mundial de Saúde (OMS) define sexualidade como sendo uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura, intimidade; que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos, somos tocadas, é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamento, sentimentos, acções e interacções e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental (Vidal,1991, citado por Carvalho, 2008).

Para Carvalho (2008), a sexualidade inclui o nosso sexo biológico, ou seja, os mecanismos reprodutores, os papéis de género, o prazer sensual e sexual, a iniciação e manutenção de relações e a capacidade de lidar com a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis.

Tal como refere o Catecismo da Igreja católica, a sexualidade humana é de facto muito complexa, comportando varias dimensões. Uma dimensão biológica, já foi mencionada anteriormente, e uma dimensão psicológica que se refere a emoções, experiências, autoconceito, motivação, expressividade e comportamentos aprendidos. A sexualidade comporta também uma dimensão social e cultural, ligada com a família, vizinhança, pares, lugar de culto, escola, namoro e comunidade. E ainda uma dimensão ética que se refere a ideias, crenças religiosas, opiniões e acções morais e valores (Carvalho, 2008).

Bezerra e Macário (2011) indicam que, relativamente às finalidades da sexualidade, estas, passam obrigatoriamente pela reprodução, já que nos encontramos pré-definidos biologicamente neste sentido. Embora esta função não seja a única nem a mais importante, pois, é também uma fonte de prazer, de comunicação, de afetos e de bem-estar.

Vidal (1991) citado por Carvalho, (2008) refere que, hoje em dia a sexualidade propõe uma reflexão sobre a educação e que é útil definir algumas das características que esta revela na sociedade atual. Na vida social uma das reflexões que identificamos com maior clareza é a erotização.

Segundo Vidal (1991) citado por Carvalho, (2008) “O erotismo faz parte da personalidade humana, no sentido em que há sempre um excedente de energia sexual que não é empregue numa finalidade biológica e é transferida por sublimação, para a área socio - cultural da sexualidade” (p.58).

Conforme Carvalho (2008) a capacidade de lidar com esta energia sexual passa por direcioná-la para objetos socialmente aceites, como o produto intelectual e a criação artística, ou então retendo esta energia. Desta forma, o erotismo não é uma característica negativa da sexualidade. Muitas foram as causas que contribuíram para este fenómeno, como a abordagem da sexualidade como uma questão plenamente científica, a liberalização do erotismo na literatura, perante a repressão social de que sempre padecera, da exploração e difusão erótica que o cinema tornou possível e sobretudo, massificou.

A sexualidade adquiriu também um “carácter extensivo à custa da sua qualidade, força e agressividade. Liderando muitos outros aspectos da vida humana, tornou-se uma sexualidade de consumo, dirigida ao homem e à mulher sem rosto, à massa que existe em cada um” (Carvalho, 2008, p.59). De acordo com o mesmo autor, a tendência é de restringir a noção de sexualidade ao valor mais íntimo do sexo, num procedimento de hiper - genitalização, mais próprio da infância e do início da adolescência ao invés de seres humanos adultos e maduros. A hiper - genitalização é seguida pelo aumento dos estímulos sensoriais, influenciando o umbral de excitabilidade.

Carvalho (2008) defende que a sexualidade interpretada de forma incorreta, sem uma vínculo profundo ao amor, onde descobriria o verdadeiro sentido, para dignificar a pessoa, é usada para alucinar “o que há no fundo deste estado de privação de que padece o homem contemporâneo, não é mais do que uma forma de ansiedade. A sexualidade é

um narcótico para a ansiedade” (López, Ibor, J.J.1968, citados por Carvalho, 2008, p.59).

Para Galvão (2000), a educação sexual expõe-se como sendo uma proposta de preparação para a vida pessoal social, comunitária e particularmente familiar, que se sustenta em valores de vida, de civismo, de amor e de responsabilidade, de dignidade e de respeito humano.

Segundo Bezerra e Macário (2011) e Sampaio (1987), a primeira lei da educação sexual em Portugal teve início em março de 1984 onde foi aprovada na assembleia da república a Lei 3/84 que regulamenta a educação sexual e o planeamento familiar. De acordo com Bezerra e Macário (2011) em 1986 a lei de Bases do Sistema Educativo (Lei n.º 46/86) menciona a educação sexual, embora de forma ligeira. Em 1999 aparece a Lei n.º120/99, que reforça as garantias de acesso à saúde, regulamentada pelo Decreto – Lei n.º 259/2000. Em junho de 2005, criou-se um grupo de trabalho (GATES) com a finalidade de proceder ao estudo e propor os parâmetros gerais dos programas de educação sexual nas escolas. Em 4 de julho de 2009, é aprovada na Assembleia da República e publicada a 6 de agosto a Lei n.º 60/2009 que institui o regime da aplicação da educação sexual em meio escolar. Por último a 9 de abril de 2010, é regulamentada a Lei, através da Portaria n.º 196-A/2010 que vem a consagrar as bases legais do regime de aplicação da educação sexual nas escolas, concedendo-lhe o estatuto de obrigatoriedade.

Podemos assim, definir educação sexual como um “conceito global abrangente de sexualidade que inclui a identidade sexual (masculino / feminino), o corpo, as expressões da sexualidade, os afectos, a reprodução e a promoção da saúde sexual e reprodutiva” (Frade, Vilar, Alverca & Marques, 2003,p.13 citados por Bezerra & Macário, 2011, p.12).

Por conseguinte e para que haja uma paternidade responsável e uma sexualidade digna, livre e humana, é importante investir na educação a todos os níveis, principalmente ao nível da sexualidade. A educação, devido particularmente às circunstâncias difíceis, não só na educação como nos valores da vida sexual e das suas práticas comportamentais, necessitará de ser feita com grande dedicação, verdade e responsabilidade. A educação sexual nas escolas, bem como nas famílias, precisa ser elaborada como

Um semear logo nas crianças, da planta da cultura dos afectos, da personalidade, da vida sexual. O maior objectivo da educação sexual será, seguramente, colher os frutos da planta que se semeou em casa e ou nas escolas, que se ajuda a crescer, que se acompanha no desenvolvimento. Por isso, é importante na saúde e na vida. Um outro objectivo passa por valorizar os sentimentos, afectos, emoções e atitudes (Galvão, 2000, p.14).

Bezerra e Macário (2011), indicam que os objetivos da educação sexual estão ligados com a noção de sexualidade, assim deve ter em conta a integração harmoniosa das diferentes facetas da sexualidade humana, originando a aquisição de uma postura responsável, flexível e gratificante de crianças e jovens enquanto seres sexuados. Na procura destes propósitos pretende-se uma abordagem o mais universal possível, sem limitações perante a mera instrução e transmissão de conhecimentos na área de anatomia e fisiologia, mas que não se encontre limitada unicamente aos seus afetos.

Podemos resumir o pensamento de Bezerra e Macário (2011) ao dizer que a educação sexual tem os seguintes objetivos: educar para a ternura, o prazer, a partilha de afetos, a aceitação do próprio corpo, a igualdade, a tolerância, a autoestima, o autoconhecimento, a comunicação, a criação de laços afetivos, a assertividade, o amor e para finalizar a felicidade.

3.2- Orientação para a vivência dos afetos com responsabilidade

Segundo Bezerra e Macário, (2011) citando a DGS (2008), o planeamento familiar consiste essencialmente na prestação de cuidados no âmbito da saúde reprodutiva e nessa vertente deve contemplar atividades de informação, orientação sexual, precaução e diagnóstico do cancro do colo do útero e da mama, prestação de cuidados pré – concepcionais e no puerpério.

Segundo os mesmos autores, a OMS define o planeamento familiar como “uma certa maneira de pensar e de viver, aceite voluntariamente pelos indivíduos e pelos casais, com conhecimento das atitudes e decisões tomadas, a fim de promover a saúde e o bem-estar do grupo familiar” (p.68).

Galvão (2000), cita que é desta forma que a método de controlar ou de planear a natalidade tenha de ser pessoal, individual e, particularmente, uma escolha do casal. Valores culturais, morais, religiosos, circunstâncias de saúde física, psíquica e as condicionantes económicas, são relevantes e determinam as escolhas, contudo terão de

ser assumidas particularmente pelo homem e pela mulher com uma vida sexual ativa, independentemente da sua idade.

No mesmo fio condutor podemos constatar que as “orientações técnicas- Programa de Saúde Reprodutiva, Direção Geral da Saúde, Lisboa, 2008” definem os objetivos, das consultas do Planeamento Familiar que são:

promover a vivência da sexualidade de forma saudável e segura; regular a fecundidade segundo o desejo do casal; preparar a maternidade e a paternidade responsáveis; reduzir a mortalidade e a morbilidade materna, perinatal e infantil; reduzir a incidência das IST e as suas consequências designadamente a infertilidade; melhorar a saúde e bem-estar dos indivíduos e da família (Bezerra & Macário, 2011, p.68).

Existem atividades de grande ênfase que devem ser desenvolvidas nas consultas de planeamento familiar, tais como: comunicar os benefícios do espaçamento apropriado das gravidezes; elucidar as vantagens de regular a fecundidade em função da idade; esclarecer sobre os resultados da gravidez não desejada; esclarecer a anatomia e fisiologia da reprodução; conceder informação completa e objetiva, livre e com apoio científico sobre os métodos contraceptivos; proceder ao acompanhamento clínico, independentemente do método contraceptivo escolhido; facultar de forma gratuita, os contraceptivos; conceder cuidados pré-concepcionais, tendo em conta a redução do risco de uma futura gravidez; identificar e orientar os casais com dificuldades de infertilidade; realizar a prevenção, diagnóstico e tratamento das IST; cumprir o rastreio do cancro do colo do útero e da mama, quando estes não estão organizados de forma autónoma; identificar e orientar os indivíduos/casais com dificuldades sexuais e promover a adoção de estilos de vida saudáveis (Bezerra & Macário, 2011).

Galvão, (2000) constata que a expressão “método contraceptivo”, significa que há um método ou modo de impedir a fertilização dos óvulos pelos espermatozoides. São métodos para não conceber ou engravidar. “Não conceber” é distinto de interromper, voluntária ou involuntariamente a gravidez. Frequentemente procura-se encontrar um meio de retirar o impacto à expressão “aborto”. Assegura-se que, para se interromper alguma coisa, é porque se vai agir sobre “algo” que deseja fazer parar o seu desenvolvimento e que este deixe de acontecer. Interromper uma gravidez é algo que só pode acontecer um tempo após a conceção ou fertilização do óvulo.

Segundo Menezes (1990), com a introdução dos métodos contraceptivos surgiu a possibilidade de modificações profundas no comportamento sexual.

a descoberta de métodos eficazes e económicos, veio permitir ao indivíduo um papel activo e consciente na tomada de decisão sobre ter ou não filhos, por outro lado, é possível determinar o momento para uma gravidez desejada e o número de filhos a terem (Menezes, 1990, p. 158).

Conforme nos indica Menezes, (1993) apesar da disponibilidade e facilidade dos adolescentes sexualmente ativos acederem aos métodos contraceptivos, estes tendem a não os usar. Assim Menezes, (1993) aponta que Chilman (1979) refere as principais características sociológicas das adolescentes do sexo feminino cujo comportamento contraceptivo é deficiente, inconsciente ou inexistente, sendo estes:

- ter menos de 18 anos;
- ser solteira;
- ter relações sexuais esporadicamente;
- ter crenças religiosas que culpabilizam o uso de contraceptivos;
- desejar uma gravidez como prova de feminilidade e fertilidade e ser oriundo de uma família de baixo nível socio- económico, o que interfere com a capacidade de aquisição dos contraceptivos.

De acordo com os mesmos autores, os métodos contraceptivos podem ser reversíveis e irreversíveis. Os métodos reversíveis são métodos de barreira como os preservativos (feminino e masculino) e os espermicidas, métodos impeditivos de nidação como o dispositivo intrauterino, métodos hormonais como a pílula, o adesivo contraceptivo, o anel vaginal, o implante contraceptivo, e por fim temos os métodos de auto – observação. Os métodos irreversíveis, são considerados os métodos de barreira aos quais podemos identificar a laqueação de trompas bilateral e a vasectomia.

3.3- Infecções Sexualmente Transmissíveis

Bezerra e Macário (2011), aludem que as infeções sexualmente transmissíveis (IST) são doenças contagiosas que se transmitem com frequência através do contacto sexual seja oral, vaginal ou anal. Estas doenças são numerosas, e de vários graus de gravidade, que podem originar malformações fetais ou a morte. Podem ser originadas por diversos micro organismos tais como, vírus, bactérias, fungos e protozoários.

Cortesão, Silva e Torres (1989) citam que, a designação de doenças venéreas tem vindo a ser progressivamente substituído pelos profissionais de saúde, pelo de doenças de Transmissão Sexual (DST), que abrange todas as afeições de contágio primariamente sexual. Esta designação encontra-se maioritariamente, na opinião pública, associado à sífilis e à Blenorragia e refere-se também que para a maioria das pessoas a causa da doença, não uma etiologia infecciosa, mas o ato sexual em si fundamenta também esta nova designação. Desta forma, o que descreve estas doenças é uma transmissão, prioritariamente através do contacto/ato sexual, entre a pessoa infetada e o parceiro. Todo o indivíduo sexualmente ativo pode contrair uma DST- mesmo um indivíduo com um companheiro, desde que um terceiro o infecione, já outros tipos de transmissão, assim como o mito de transmissão das DST através dos assentos das sanitas, entre outros não são possíveis e pertencem ao leque dos mitos que acompanham estas DST.

De seguida apresentamos de forma breve e sucinta uma Figura que aborda algumas das DST mais consideradas:

IST	Perigos	Sintomas	Tratamento	Prevenção
HPV (<i>papilomavírus humano</i>) ou verrugas genitais	Pode causar cancro do colo do útero	Ardor, coceira ou dor	Podem ser removidas com congelamento, cauterização ou tratamento a laser ou aplicação de creme	Use preservativos de látex durante a relação sexual
Herpes Genital	Pode causar cancro do colo do útero	Bolhas nos genitais e reto, ou ao redor	Medicamentos antivirais podem diminuir e prevenir as erupções	Abster-se de contato sexual ou ter um relacionamento monogâmico de longo prazo com um parceiro
Hepatite B	Problemas a nível hepático, morte	Febre, falta de apetite (anorexia), mal estar, urina cor de vinho do porto e icterícia	Não há tratamento eficaz para a hepatite B	Imunização por vacina, abstinência de sexo promíscuo e uso de seringas partilhadas.
Gonorréia	Podem causar infertilidade (dificuldade para ter filhos),	Corrimento vaginal amarelo ou com sangue, cólicas e dor, sangramento fora do período de menstruação, vômito e febre.	Antibióticos	Uso de preservativo durante sexo vaginal e anal pode reduzir o risco de infeção por gonorreia
Clamídia	Infertilidade (dificuldade para ter filhos),	Ardor uretral ou vaginal	Antibiótico oral e local (na mulher)	Preservativo. Higiene pós-coito.
Cancro mole		Pode aparecer um	Antibiótico	Uso do Preservativo

Sífilis	Doença no coração, cérebro	caroço doloroso e avermelhado na virilha (íngua), que pode dificultar os movimentos da perna de andar. Esse caroço pode drenar uma secreção purulenta esverdeada ou misturada com sangue. Também provoca dor de cabeça e fraqueza. Gânglios pelo corpo, erupções na pele (palmas das mãos e solas dos pés), febre, mal estar, perda do apetite	Penicilina	Uso de preservativo
Tricomoníase	Favorece a transmissão do HIV	Corrimento esverdeado e bolhoso, com odor, podendo ser acompanhado de coceira	Antibióticos tópico ou via oral	Uso de preservativo e adequada higiene genital
Piolho Púbico (chato)	Perigo de erupções cutâneas provocadas pela coceira	Coceira intensa e estruturas ovais, amarelas e brancas penduradas na ponta dos seus pelos púbicos	Removê-los facilmente com os dedos ou com um pente fino	Assepsia. Além de contato sexual, os piolhos púbicos também são passados transmitidos através de roupas, toalhas ou roupas de cama.
HIV	Processo de destruição dos glóbulos brancos no organismo provoca baixa resistência do sistema imunológico, permitindo doenças oportunistas	Febre alta, diarreia constante, crescimento dos gânglios linfáticos, perda de peso e erupções na pele, doenças oportunistas, problemas neurológicos, perda de memória, dificuldades de coordenação motora, sarcoma de Kaposi (tipo de câncer que causa lesões na pele, intestino e estômago).	Através de vários medicamentos	Uso de preservativo em todas as relações sexuais, não compartilhar agulhas se for dependente químico. No caso de transfusão de sangue, necessário rigoroso exame de detecção do vírus HIV.

Figura n.º 1 Perigos, Sintomas, Tratamentos e Prevenção- Adaptado de Bezerra e Macário (2011)

Cortesão, Silva e Torres (1989) referem que, não é demais realçar que é no sistema educativo que está a grande responsabilidade de precaver de forma primária estas e outras doenças. Deste modo, é uma mais-valia toda a informação sobre esta temática dada ao nível Escolar e de acordo com os níveis etários de todos e de cada aluno, acompanhada de ações na área da educação sexual, dando sempre prioridade á

relação afetiva do que simplesmente ao ato de “fazer amor”. Proporcionando conhecimentos atualizados sobre a contraceção e sobre formas de evitar as DST, é essencial para uma política cautelosa no campo destas doenças. Atualmente, as DST são uma das razões que obriga os responsáveis pelo ensino a colocarem em prática currículos nas escolas sobre educação sexual.

3.4- Sexualidade na Adolescência e seus comportamentos

Galvão (2000), menciona que as mais simples manifestações da sexualidade humana podem subdividir-se em duas. De um primeiro ponto de vista, pode ser vivenciada em plena responsabilidade da parte de quem nela se envolve, numa afinidade interpessoal muito própria e íntima que conduz ao prazer e satisfação. Por outro lado, pela experiência das manifestações do prazer genital impulsivo ou esporádico e no total acompanhamento do planeamento familiar, o que terá de ser feito com a máxima responsabilidade para não causar males de saúde físicos ou psicológicos.

Frade, Marques, Alverca e Vilar (1999) e Bezerra e Macário (2011) citam que é sensivelmente entre os 10 e os 12 anos de idade que surge uma etapa de desenvolvimento dos jovens que ocorre entre a infância e a adolescência, é a designada pré-adolescência ou puberdade. A puberdade é marcada pelo princípio das mudanças físicas pubertárias e pelas modificações que ocorrem nas perceções que os rapazes e as raparigas têm deles e dos outros e pelas relações que criam entre eles e com os adultos. Nos rapazes, ao mesmo tempo que se dá um crescimento global no que diz respeito ao peso e à estatura, também se dá o crescimento dos testículos e do pénis. Nasce os pelos na cara, nas axilas e na zona púbica; verifica-se a transformação de voz e surgem as primeiras ejaculações, de modo geral relacionadas com os sonhos de carácter erótico também denominados ou conhecidos por “sonhos molhados”. No sexo feminino acontece também o aumento do peso e da estatura; a zona das ancas e os seios também se desenvolve, tal como acontece no sexo masculino aparecem os pelos na zona púbica e nas axilas, modificam-se os órgãos genitais externos e iniciam-se os primeiros ciclos ovários.

Estas alterações corporais são vivenciadas de forma diferente, de jovem para jovem. Podem aparecer sentimentos de vergonha, timidez, pudor e até ansiedade, nomeadamente em casa, junto dos pais e dos irmãos, e na escola junto dos colegas. Estes sentimentos de pudor e de timidez são

naturais face a um corpo em que acontecem coisas novas que o tornam mais próximo de um corpo adulto, e que já não deve ser tao manuseado como o corpo de uma criança. É uma nova preservação do espaço pessoal, ao nível físico e social (Frade, Marques, Alverca & Vilar, 1999, p.28).

Noutra perspetiva Frade, Marques, Alverca e Vilar (1999) e Bezerra e Macário (2011) referem que as mesmas hormonas são responsáveis por estas transformações, assim como pelo aumento do desejo sexual e das sensações eróticas. Partindo desta fase desenvolver-se-á a resposta sexual adulta, embora, nesta fase inicial, o desejo esteja centrado no reconhecimento do corpo. Só mais tarde, ao longo da adolescência estas fantasias (objetos sexuais e modelos/ ídolos adultos) se vão objetivar noutros jovens mais próximos. Assim, as relações entre o sexo masculino e feminino vão obter transformações marcantes. Maioritariamente os professores e os pais mencionam situações de afastamento e mesmo rivalidade entre os dois sexos tanto na escola, como em casa ou nos grupos de amigos. Existe uma fase em que se torna importante mostrar, a si mesmo e aos outros, que se pertence a um sexo bem definido e oposto ao outro sexo. Porém, esta relação é ambivalente.

São frequentes as queixas, principalmente por parte das raparigas, dos “apalpões”, do “levantar as saias” ou dos “beijos roubados”. Existe um misto de hostilidade e de jogo de provocação e sedução. Há um não querer e querer, um não precisar e precisar, um não gostar e gostar. As paixões profundas existem, mesmo nesta idade, rapazes e raparigas têm os seus amores inconfessados, muitas vezes escondidos por um aparente afastamento, desdém e troça. Em termos de comportamentos sexuais, além destes jogos entre os dois sexos, existem também brincadeiras entre os jovens do mesmo sexo, nomeadamente os jogos masculinos e femininos de comparação do corpo (Frade, Marques, Alverca & Vilar, 1999, p.29).

As alterações psicológicas dão ênfase à aquisição, a nível intelectual, de uma nova forma de pensamento que permite ao adolescente passar de um pensamento concreto ao abstrato. Esta passagem possibilita uma nova compreensão da realidade e da relação consigo mesmo e com os outros. O adolescente passa a ter a capacidade de ponderar os seus pensamentos, responsabilizando-se por certos e determinados ideais e valores (López & Fuertes, 1999, Vaz et al., 1996 citados por Bezerra e Macário, 2011)

Bezerra e Macário (2011) comungam que durante o desenvolvimento da infância e adolescência decorrem diferentes tipos de comportamentos sexuais com expressões muito amplas.

Menezes (1990) cita que ao longo da adolescência os jovens adquirem alguns comportamentos sexuais, que se caracterizam por algumas variedades e práticas sexuais. A palavra sexualidade é gerida por expectativas sociais coligadas a certos padrões de atividade sexual, característicos a cada sexo, a conhecer pelos jovens.

Bezerra e Macário (2011) citado por Frade e colaboradores (2003) mencionam

como exemplo de comportamentos sexuais a presença dos jogos entre os dois sexos, a existência de brincadeiras entre os jovens do mesmo sexo, nomeadamente os jogos masculinos e femininos de comparação do corpo. A masturbação é outro tipo de comportamento que se apresenta em alguns dos rapazes e raparigas pré-adolescentes” (p.42).

Para Menezes (1990), os jovens do sexo masculino têm um padrão típico que é iniciar a expressão da sexualidade através da masturbação, na maioria das vezes, através ou até mesmo no contexto do grupo de pares. Geralmente a primeira experiência de coito é caracterizada por uma ausência de afetividade em relação ao parceiro e grande parte dos jovens não repete a experiência com este primeiro parceiro. Muitas vezes, esta experiência é partilhada com o grupo (amigos): a iniciação dá prestígio social. O comportamento sexual masculino é orientado para os objetivos de realização da atividade sexual em si. Quanto ao sexo feminino, o modelo inverte-se: a manifestação sexual inicia-se com a experiência do coito, usualmente numa situação de relação afetiva com um parceiro com quem a experiência é repetida. Na experiência do coito é frequentemente posterior à masturbação e a sua descoberta é ocasional e solitária. É subordinada à atividade sexual com objetivos de expressividade e sensibilidade. Existem duas categorias importantes para a descrição atual do comportamento sexual dos adolescentes: a categoria mais frequente é a dos monogamistas periódicos, que são sujeitos para quem a permissividade com afeto é o padrão mais tolerável mantendo uma ou múltiplas relações sucessivas emocionalmente investidas no contexto em que a atividade sexual decorre, sem obstáculo a eventualidade de surgirem relações sexuais esporádicas fora deste contexto. Se bem que não é inevitável considerar o casamento já que grande parte destes jovens desejaria casar com o atual parceiro. É elevado o nível de satisfação sexual.

Menezes (1990) afirma que “os aventureiros sexuais tem um padrão de permissividade sem afecto admitindo que o sexo é uma boa forma de conhecer os outros, mas sem expectativas de que esse conhecimento dê origem a uma relação

afectiva” (p.151). É valorizada a atividade sexual por si mesma e não é relevante a existência de alguma ligação afetiva entre os intervenientes, o mais desejável é que ninguém saia magoado e neste seguimento o número de parceiros é grande. Complicações de relacionamento com os pais, que sentem não conhecer a realidade e um baixo nível de escolaridade caracterizam estes jovens. O grau de satisfação sexual é inferior á dos monogamistas.

3.5- A sexualidade dos Jovens com Trissomia 21

Segundo Nascimento (2002), citando Pereira (1997), a sexualidade não se reduz ao ato sexual. A sexualidade está aliada ao desenvolvimento da afetividade, á aptidão de entrar em contacto connosco e com o outro. Deste modo, o jovem com Trissomia 21 (T21), como qualquer outro jovem, tem necessidade de entrar em contacto com os seus sentimentos e manifestar algo pertencente á vida. O que pode perturbar esta relação é a dificuldade em compreender os critérios que a sociedade impõe para disciplinar esses contactos.

Seguindo o pensamento do mesmo autor, apesar de nos últimos anos se ter assistido a uma alteração dos padrões culturais e uma progressiva mudança de mentalidades, é fácil constatar que a sexualidade das pessoas com T21 se depara ainda cheia de crenças, preconceitos e tabus, consequentes da interligação de ideias pré criadas sobre a T21 e de uma visão fixa da sexualidade no seu geral.

Nascimento (2002) comunga que a T21 acarreta alguns preconceitos relacionados com o facto de os técnicos, família e sociedade em geral se esqueçam muitas vezes que o acreditar que o individuo com T21 não é capaz de alcançar determinado grau intelectual, não leva obrigatoriamente a acreditar que não poderá conseguir todo um conjunto de aptidões sociais, de comportamentos adaptativos e de que não será capaz de participar numa relação afetiva com sucesso.

Segundo o mesmo autor, a perspetiva estereotipada da sexualidade, tem grande influência no paradigma reprodutivo sexual e suas consequências, que destaca a perspetiva reprodutiva da expressão sexual, negligenciando e deixando para segundo lugar outras valências da sexualidade como a afetividade e o prazer.

De acordo com Nascimento, (2002) esta vertente da realidade levou à construção de mitos, que habitam a mente da maioria das pessoas e que as leva a tomarem um

determinado comportamento. Assim, a elucidação de determinadas ideias pré-definidas, que seguidamente serão citadas, é fulcral para que o jovem com T21 possa desfrutar dos direitos e deveres que lhe pertencem no que diz respeito à sua qualidade de vida e sua vida afetiva.

O mesmo autor refere que um elevado número de pessoas ainda pensa que as pessoas com T21 não sentem qualquer tipo de necessidade sexual e, por outro lado e também em elevado número, outras acreditam que “eles só pensam em sexo”(p.8).

ambas as opiniões estão erradas, pois “neste aspecto eles são exactamente como todas as outras pessoas”, ou seja, como qualquer ser humano, têm impulsos sexuais. A sexualidade é uma categoria permanente do *self*, que pode ser vivida com menor ou maior intensidade, conforme a pessoa (Gomes, 1995, citado por Nascimento, 2002, p.8)

Nascimento (2002) afirma que também existe outra atitude unânime á maior parte da população, que é a generalização do comportamento de uma pessoa com T21 para todas as pessoas com T21, mostrando não existir a necessidade de entender cada individuo como único e incomparável. Esta noção é sem qualquer dúvida preconceituosa. Cada ser é singular independentemente de ter ou não determinado tipo de deficiência. Ainda relacionado com esta temática, a sociedade em geral acredita que as pessoas com T21 não têm aptidão para exercer a função parental. Deste modo, podemos afirmar que estas pessoas, com acompanhamento, podem exercer esta função. Porém, como acontece em toda a sociedade, alguns, serão bons pais, e outros menos bons.

O autor supracitado afirma, no entanto, que todos os mitos e preconceitos que se interligam com tema em questão, cada vez mais se refletem sobre a sexualidade da pessoa com T21,

não só devido a uma abertura da sociedade acompanhada de mudanças de atitudes e comportamentos face à sexualidade, mas também ao aumento do número de pessoas adultas com DM que residem fora de instituições e de jovens integrados em escolas regulares. O prolongamento da esperança média de vida destas pessoas assume também grande relevo nesta mudança (Nascimento, 2002, p.8).

Segundo Léfèvre, (1981) para melhor compreendermos a questão da sexualidade dos jovens com T21 devem ser focadas algumas ideias chave: os jovens com T21 têm

desejos, sentimentos e carências sexuais como todas as criaturas; é necessário que se verifique se a sexualidade daqueles que estão em contacto com o jovem como os pais, os irmãos, os familiares, os terapeutas e os amigos também é consciente e considerada correta para que todo este grupo o possa compreender e analisar soluções viáveis; averiguar quais os apoios que se podem obter para que não impliquem a negação da sexualidade do ser humano; dar a oportunidade aos pais de aprender a empregar métodos psicopedagógicos para conseguir mudanças de comportamento na família; com o apoio e aconselhamento dos médicos procurar a indicação de medicamentos para quando (e só) o distúrbio for avaliado de difícil controlo; atestar até onde os pais estão preparados para discutir e elucidar a sexualidade com jovem tornando-o consciente das funções e das regras sociais adequadas.

Segundo Nascimento, (2002) a recusa do manifesto dos comportamentos afetivos e sexuais, a pessoa com T21, não permitem a satisfação de carências que são fundamentais para o seu crescimento e desenvolvimento enquanto seres humanos. Este autor, referencia que ainda há muito a fazer nesta temática como a formação de pais, professores, técnicos e da comunidade em geral; divulgação de informação; inserção da educação sexual nas escolas e não podemos desprezar a opinião da pessoa com NEE pois esta é um pilar fulcral neste procedimento. Sem ela a mudança não faz sentido. É essencial compreender cada pessoa como um ser único e especial, e que apresenta necessidades, deveres e direitos comuns a todos os cidadãos.

Um caso de difícil solução foi verificado em uma adolescente mongólica que se via impelida de beijar, abraçar e acariciar qualquer homem da família ou estranhos que via na rua. A mãe, já idosa, saía com ela muito nervosa segurando fortemente a sua mão evitando os encontros, mas eles aconteciam sempre que os estranhos se sentiam muito constrangidos, não sabendo como agir. Era uma menina forte e grande que tinha bastante força, os seus abraços constantes eram cansativos e impossíveis de ser evitados de maneira tranquila, sem magoá-la (Léfevre, 1981, p.54).

Segundo Léfevre (1981) a mãe desta criança procurou orientação pois tinha receio de lhe pedir para ir as compras á rua. Ao longo de dois anos foi acompanhada a criança e a família com o objetivo de procurar uma solução, para o problema. Procedeu-se a uma conduta diferente para lhe possibilitar mais maturidade. Os familiares foram convocados para ajudar no desenvolvimento de uma atitude mais adulta e consciente, enaltecendo a sua expressão como mulher. Ela deveria vestir-se e pentear-se bem, e

participar em encontros com jovens adolescentes da mesma idade, normais ou não. Os familiares elogiavam-na sempre que ela se mostrava dedicada. Destacava-se como estava bonita, tranquila e alegre. O mais importante era repetir e valorizar sempre o seu comportamento adulto e normal. O mesmo autor menciona que através deste trabalho orientado conseguiu atingir os objetivos em relação à menina, mas muitas conversas e muito tempo passado com ela foram necessários. Compreendemos que ela tinha várias dúvidas sobre sexualidade, porque a mãe esperava que ela fizesse as perguntas e só depois respondia, apesar destas situações surgirem esporadicamente. Deste modo, a mãe apercebeu-se que ela, em certos factos sobre os quais se falava dedicava toda a sua atenção. Devido a esta situação, a mãe alterou os seus métodos e começou a aproveitar todos os momentos que surgiam para conversar e explicar os factos e situações. Se encontravam havia alguém que estava grávida, relatava-se tudo sobre esse tema desde o nascimento do bebé até às funções da mulher e relacionamento sexual. As revistas e a televisão serviram de meios para incutir conversas e explicações sobre tudo o que ela desejasse saber. Parece-nos de grande ênfase relembrar que o desinteresse ou dificuldade em abordar o tema (isto é, falta de perguntas diretas) podia ocultar algumas dificuldades para se expressar, principalmente porque o tema em questão era considerado feio e proibido. Existia nela medo de fazer perguntas e tocar nestes assuntos. Os jovens com T21, que acompanhamos e ajudamos na resolução das suas dúvidas e problemas, sendo adultos alfabetizados ou não, verificamos que independentemente da sua idade mental atingida, existe um comportamento ingénuo e puro nas relações com os amigos do sexo oposto, subsiste infantilidade nas relações com os adolescentes e adultos, misturado com uma vontade de alcançar objetivos e de ser orientado (Léfevre,1981).

O autor citado atesta que apesar da preocupação dos pais com o futuro destes jovens com T21, se vai afastando a preocupação, à medida que esse futuro se torna mais próximo, demonstrando sempre serem jovens afetuosos e com sentido de responsabilidade, que tal como quaisquer outros jovens ditos normais necessitam de carinho e amor, auxiliam nas tarefas domésticas e organizam a sua vida no trabalho adaptado. Léfevre (1981) também que o modo como “esse” jovem adolescente ou adulto participou na vida normal em comunidade, criou-lhe hipóteses de defesa contra situações menos oportunas sobre sexualidade, aprendeu a defender-se e agir de forma adequada perante os obstáculos que iam surgindo no seu dia a dia. “ O seu comportamento será tanto mais normal quanto mais se procurou respeitar as suas

capacidades básicas colocando-o sempre em atividades de acordo com o seu nível de compreensão se ele entende o problema, é capaz de tomar iniciativa”(pp.175-176). No dia a dia nos momentos mais facilitadores ele deve ser solicitado para tomar as suas próprias decisões.

Segundo as concepções de Léfèvre, (1981) com o passar do tempo a sociedade vai-se apercebendo do erro que comete ao discriminar aqueles jovens com T21, rotulados como débeis mentais e vai incluindo estes no seu convívio. Essa minoria que também é capaz de trabalhar e amar. A luta persistente das famílias que lutam para que o seu filho tenha um lugar digno na sociedade a que pertencem começa a dar frutos e lentamente, deparamo-nos com uma atitude social recetiva e diferente.

Em conformidade com o autor acima citado, confirma-se que a sexualidade nos jovens com T21 tem grande relevância no seu desenvolvimento, informações distorcidas ou ocultas fazem com que eles se sintam confusos e perdidos no tema. Portanto é necessário focar a necessidade de os pais e educadores transmitirem uma orientação sexual adaptada, através de informações objetivas e sucintas sem preconceitos, para que estes jovens também se consigam abrir e esclarecer as suas dúvidas. Léfèvre (1981) refere ainda que a falta de esclarecimento ou esclarecimento de dúvidas de forma inadequada ocultando a informação partindo da realidade pode colocar entraves ao desenvolvimento do jovem T21. Para terminar, é de grande importância referir que a implementação de um programa familiar sobre educação sexual deve explorar o conceito de sexualidade, percepção e identificação sexual, conhecimento das partes genitais e funções do corpo, entendimento dos sentimentos e emoções entre homem e mulher, irmãos, pais e filhos, melhor entendimento sobre gravidez e parto, menstruação e ejaculação.

3.6- A Vivência da Sexualidade em Jovens com Trissomia 21

Castellano, (2003) alude que relativamente às relações sexuais em jovens com NEE e com T21 a situação atual é a de uma grande oposição e medo. A maior parte destes medos advém de ideias deformadas e sempre ligadas à palavra “incapacidade”: incapacidade para “controlar os seus impulsos”, incapacidade para se enamorar, incapacidade para utilizar métodos contraceptivos (p.103). O conceito de incapacidade é um obstáculo psicológico que dispomos na nossa linguagem e que atribuímos às pessoas com NEE. A única maneira de encararmos esta situação seria não esquecer que

o fundamental é a educação integral da pessoa, sem pôr de parte a sua sexualidade, bem como a sua afetividade e a necessidade de partilhar sentimentos, sem limitações mas sim abrindo possibilidades.

Castellano, (2003) comunga que deste modo é custoso determinar linhas de atuação adaptadas a todos os aspetos relacionados com a sexualidade; cada ser é único e incomparável e em qualquer momento ou situação, existe necessidade de adequar a nossa atuação às características de cada um. Além disso, julgamos necessário e útil sugerir formas saudáveis e importantes nas relações sexuais tais como: beneficiar as relações de amizade e companheirismo entre os sexos opostos para que o jovem possa despontar a intimidade necessária para gerar um possível casal; informar os jovens sobre os métodos contraceptivos; “trabalhar com eles a aceitação da rejeição: é normal que os seus sentimentos nem sempre sejam correspondidos; ensinar-lhes a estabelecer relações pessoais adequadas; respeitar e escutar os seus sentimentos com interesse, dando-lhes força e utilizando estes momentos de modo educativo”(p.104); incentivar a autoestima e a autoaceitação.

Bezerra e Macário (2011) definem que a masturbação é um meio de alcançar o prazer através da autoestimulação. É semelhante no sexo masculino e no sexo feminino, e é uma maneira de exprimir a sexualidade. Até há pouco tempo esta era tida como algo anormal e prejudicial á saúde. Todavia, leva à descoberta do próprio corpo assim como de novas sensações que podem ser vividas de uma forma mista entre prazer e curiosidade, apesar de muitas dúvidas e sentido de culpa, devido aos conceitos negativos que persistem sobre este assunto.

Menezes (1990) refere que a masturbação reside na manuseamento sexual dos órgãos genitais numa zona erógena tendo como finalidade incitar a excitação sexual, conduta que atinge um padrão regular no sexo masculino mas que no sexo feminino se torna mais incerto. Menezes (1990) citando Sorensen (1973) numa investigação feita pelo próprio sobre os comportamentos sexuais dos adolescentes, validou que os adolescentes sexualmente ativos masturbam-se mais vezes que os não ativos. Permanecem emoções negativas tais como: a ansiedade, a culpabilidade e a vergonha nos adolescentes perante a masturbação, embora a sociedade tenha atitude mais liberal.

Menezes (1990) considerando Gagnon (1977) atenta que, “permanece uma repressão cultural mais subtil sobre a masturbação e outras actividades sexuais dos adolescentes, expressando os medos e as ambivalências dos adultos face à sexualidade adolescente” (p.152).

Menezes (1990) cita que a masturbação assume diversos significados para os adolescentes. Neste modo poder-se-á construir uma forma transitória do desenvolvimento da atividade sexual, esta de forma igualitária pode ser um meio de prazer, mas não impede que surjam relações satisfatórias com outras pessoas. Em algumas situações pode ser um caminho de expressão sexual quando de outro modo não são possíveis ou mesmo o sintoma ou a causa da incapacidade de estabelecer relações sexuais gratificantes numa situação de intimidade.

Carvalho (2008) atesta que o conhecimento do corpo se revela aliciante e preocupante para os adolescentes, ou porque ouvem falar desta, ou porque já experimentaram ou estão seduzidos em fazê-lo, apesar de haverem poucos momentos para discutirem este tema de forma eficaz e compreensiva, oferecendo-lhe, apenas e só, a relevância que possui. Desta forma,

os estudos indicam que os incidentes de masturbação estão a aumentar entre os adolescentes e pré-adolescentes cada vez mais jovens e não podemos esquecer que vivemos numa situação social de grande ambivalência: por um lado, uma erotização crescente da sociedade e dos costumes; por outro, persistem dificuldades em providenciar uma educação da sexualidade clara e correcta (p.238).

Segundo o mesmo autor, o educador precisa conhecer e tomar consciência da realidade: a masturbação não provoca o crescimento da pilosidade, não proporciona doenças de pele, não leva à loucura nem à demência mental; não afeta o crescimento; não afeta a fertilidade, não danifica os órgãos sexuais do sexo feminino nem masculino; não promove a saúde nem faz falta ao organismo. Constitui um perigo físico imediato o uso de objetos para estimular a masturbação; não é praticada apenas pelo sexo masculino mas também pelo sexo feminino, quase todas as pessoas se masturbam; pode acabar após o casamento; principalmente na vida adulta, masturbar-se pode simbolizar uma limitação na vida sexual ou ser suspeita de obstáculos afetivos; por outro lado, a masturbação pode ser julgada moralmente errada. A masturbação faz parte do crescimento e desenvolvimento quer das crianças quer dos adolescentes, não podendo ser inserida no mesmo Gráfico de referência do significado que a masturbação tem para o adulto.

Gillan (1988), refere que grande percentagem dos médicos, consideram na atualidade que a masturbação é um processo essencial no desenvolvimento e

crescimento. É normal que os jovens se cativem pelos seus órgãos genitais, se forem castigados e reprimidos pelos pais por explorarem essas zonas no corpo ou que lhes seja dito que é mau e sujo, podem ficar com um sentimento de culpa sobre os seus órgãos sexuais. Quando se verifique que um jovem está a masturbar-se num local impróprio, o melhor é distraí-lo para outra atividade. Em outros casos é, melhor deixa-los entregues a si mesmo. Caso seja um adulto que tenha relações frequentes mas que prefira masturbar-se algo não está correto e necessita de apoio. Pode haver a probabilidade deste ter pavor da penetração ou do coito. Mas, investigações, revelam que mesmo pessoas casadas, de ambos os sexos (masculino ou feminino) depois do casamento continuam a masturbar-se esporadicamente, até quando as relações sexuais ocorrem com normalidade, a masturbação recíproca é um processo perfeitamente normal para alcançar o prazer, não há motivos para que esta desapareça após o casamento. Deste modo também não há razões para que a masturbação esteja relacionada à fadiga, caso surja este sintoma é provavelmente devido ao sentido de culpabilidade, o sentido de culpa proporciona notoriamente tensão e a tensão cansa. A sensação é agradável e de bem-estar e não haverá nenhuma fadiga se ele ou ela forem capazes de se relaxarem depois da masturbação.

Na atualidade, os médicos consideram a masturbação como uma experiência inofensiva e um meio saudável de libertar a tensão. Se as pessoas têm dilemas sexuais e nunca se masturbaram, os terapeutas sexuais recomendam que o façam.

Para Castellano (2003), a masturbação nas NEE é o meio mais comum destas vivências tal como em qualquer jovem/pessoa dita normal. Deste modo, merece especial atenção. A masturbação adequada às atitudes já comentadas, é em alguns casos, a única experiência sexual positiva que podem experimentar as pessoas com NEE. Perante isto, é relevante incentivar uma atitude mais sensata e compreensiva, e não resignada, manifestando que a masturbação é algo normal. Para isso é necessário: apresentar essa posição, aceitando com calma, falar sobre o tema de modo claro e sucinto. Assim irão alcançar-se os objetivos inicialmente propostos acerca do tema e que a masturbação seja considerada como um conduta natural impedindo o sentimento de culpa; esclarecer as situações específicas em que a masturbação é aceitável; reprimir, não o facto de se masturbarem, mas sim o local em que o fazem, caso aconteça em locais inapropriados deve-se desviar-lhes a atenção e obrigando-o se necessário; caso não se possa evitar, desta forma, tentar-se-á que seja o menos publico possível, impedindo que os colegas façam troça do jovem ou imitem o seu comportamento. Se este ato continuar, devemos

levá-lo para um sítio privado até que esta ação termine, possibilitando-lhe instantes de intimidade durante o banho ou num quarto e respeitar esses momentos; nunca se deve ignorar um comportamento masturbatório falando com esse jovem no momento apropriado e com naturalidade; determinar os mesmos métodos e formas de atuar com a família e restantes educadores.

Lefèvre (1981), afirma que as revistas, televisão, jornais servem de estímulos sexuais provenientes do meio assim como conversas e brincadeiras por parte dos adultos, que as crianças ou adultos imaturos não sabem interpretar. A masturbação pode ter origem devido á falta de lazer e ocupação que pode levar o jovem com T21 de 15 ou 18 anos á ter esta ação frequentemente. Se não houver muita compreensão poderá tornar-se uma tarefa muito difícil. Lefèvre (1981) conta-nos um depoimento de um pai que não encontrava soluções e se sentiu desorientado:

não temos uma orientação segura e quando conversamos com um técnico surgem teses a serem defendidas ... E o diagnóstico foi de que o problema é a família é a ansiedade e o esgotamento dos pais. Estamos sentindo nessa hora também o sofrimento, a regressão e a apatia do nosso filho... nos tentamos e eles dizem: ele está bem, o problema é em casa. E se propomos outra solução somos considerados imaturos e ansiosos... (p.173).

Neste episódio, a problemática era um distúrbio comportamental com a masturbação constante e exibicionismo dos órgãos genitais diante das visitas, familiares e irmãos pequenos que ficavam nervosos ao assistir a esta situação. Confirmou-se que este adolescente tinha sido aliciado pelos parentes e amigos a arranjar uma namorada na escola, no entanto ele arranjou uma namorada mas ela irritava-se com ele, não satisfazendo suas necessidades nem lhe dando valor. O jovem tinha 15 anos ou seja é da força da natureza que os seus desejos sexuais estivessem a ser solicitados. A problemática é que era de modo inadequado, pois masturbar-se na frente de todos só lhe proporcionava censuras e corretivos que eram ineficazes. Deste modo analisou-se o lazer e seu horário de trabalho escolar, concluiu-se que grande parte do dia ele não tinha nada para fazer, então sentava-se sozinho em frente à televisão. A escola parecia-lhe difícil e ele sentia-se infeliz na turma onde se encontrava, estava num estado depressivo e infeliz, não só com ele mesmo mas também com quem o rodeava. Tentaram no início inculcar-lhe um medicamento, que ajudou a melhorar o seu comportamento, mas longe de ser 100% eficaz ou satisfatório.

Como afirma Lefèvre (1981), a família tentou sempre solucionar este problema que estudou tentando encontrar atividades que o cativassem, melhorando o seu estado psicológico. Deste modo, uma tia idosa, ao longo da tarde, prontificou-se a ensinar-lhe jardinagem. Na escola, a professora optou por desenvolver atividades simples e cativantes na turma, onde ele pudesse sentir-se valorizado e destacado perante os colegas. O seu comportamento melhorou e o ato masturbatório continuou apenas de forma ocasional, na sua intimidade sem exibicionismo. Deste modo, pode-se constatar que a mudança do comportamento da criança encontra-se no aspeto educacional onde deve ser abordado o aspeto sexual.

Assim, também no nosso estudo se verificou em algumas respostas dos pais, que vão ao encontro a estes exemplos de manifestação sexual.

Capitulo IV – “Estado da arte”

4.1- Investigações e estudos já existentes sobre a temática da Sexualidade

Neste capítulo pretendemos abordar o “estado da arte”, analisando as investigações e as conclusões já existentes que vão ao encontro do objecto do nosso estudo, e que a revisão da literatura possibilitou conhecer, conseguindo deste modo um maior aprofundamento desta temática.

A escolha por este tema de investigação assenta na necessidade de compreender de forma pormenorizada a importância da sexualidade no desenvolvimento dos jovens com T21, com a finalidade de proporcionar a estes jovens um desenvolvimento sexual o tão normal quanto possível, tal como nos jovens sem T21.

È compreensível que não exista um variado leque de estudos acerca da temática em questão, pois é um tema que a nossa sociedade ainda persiste tratar como um tabu, deste modo é um estudo pioneiro e abrangente dada a sua aplicação alargada a todos os que convivem diariamente com estes jovens (pais e profissionais).

O **objectivo do “estado da arte”** segundo Botelho (2009), é fundamentalmente mostrar as ideias citadas e exploradas por outros autores. Na abordagem que foi utilizada ao longo desta investigação para resolver a problemática em questão, mostrando as vantagens e desvantagens das diferentes abordagens, e identificar com clareza quais dessas desvantagens foram colmatadas ao longo desta investigação.

Assim, segundo o mesmo autor a questão central tem de ser adaptada ao problema concreto que se vai resolver ou que se resolveu. Por exemplo, por vezes não há abordagens concorrentes porque é a primeira vez que o problema é resolvido. Nessas situações, o “estado da arte” tem de descrever a área de investigação, mostrando o que já se fez e o que ainda não foi feito de modo esclarecedor para o leitor, certificando, que o autor conhece bem a literatura, de forma, a que possa afirmar sem receio que o problema nunca foi resolvido por outros. No nosso caso o problema da tese nunca foi resolvido mas problemas parecidos já foram estudados, deste modo, é necessário mostrar o que outros fizeram para resolver os problemas parecidos, identificando as diversas opiniões.

Os estudos que encontramos permitem-nos obter o ponto de situação em relação ao tema que nos propusemos estudar.

Conforme Albuquerque (2007), refere

haver uma valorização, pelo menos teórica, das necessidades, desejos e interesses sexuais das pessoas com deficiência mental, mas ainda foram notados muitos preconceitos e mitos sobre a questão. Percebeu-se, de forma geral, uma certa inabilidade dos pais para lidarem com a sexualidade dos filhos em específico e dificuldades para agirem perante comportamentos sexuais considerados por eles inadequados. Já os professores apresentaram uma confusão quanto ao seu papel na orientação sexual dos jovens, preferindo ignorar manifestações sexuais ou reprimi-las, além de apresentarem medo de enfrentarem a escola e a família caso lidem com esse assunto em sala de aula. São usadas também muitas “desculpas” para a não orientação sexual oferecida aos jovens, pois, pelo menos teoricamente, os entrevistados visualizam a importância deste tipo de trabalho (p.122).

Cardoso (2007), na conclusão do seu estudo menciona que:

Existe um número considerável de professores que não se sente preparado para abordar a “Sexualidade e Reprodução Humana” em alunos com NEE. Apontam como principais razões, o facto de não possuírem formação na área e considerarem o tema de difícil abordagem, pois estes alunos necessitam de um apoio especial. Referem também que, no âmbito da temática não possuem um programa/documento orientador que tenha em conta as necessidades educativas especiais dos alunos. Há quem afirme que perante as dificuldades sentidas remete o tema para o final da aula. É notório que relativamente à temática, alguns professores têm receio da reacção dos pais e encarregados de educação (p.200).

De acordo com Anastácio (2007), na conclusão da sua dissertação menciona que:

verificámos que os argumentos apresentados a favor da abordagem foram pelo exemplo positivo, pela consequência positiva, pela causa, pela autoridade concedida pela legislação e pela natureza das coisas, tendendo para uma lógica científica. Por sua vez, os argumentos para a não abordagem e contra a ES foram, sobretudo, argumentos sobre a pessoa (colocando em causa a competência dos professores), de autoridade para as famílias em detrimento dos professores e pelo exemplo, mas negativo, aconselhando os futuros professores através de uma argumentação retórica. As posições intermédias, ditas de evitação, apresentaram argumentos justificativos da não abordagem, caracterizados essencialmente por argumentação moral, pela analogia e pela ignorância, assentando numa lógica não formal. Nestas posições salienta-se um sentimento de insegurança como argumentação de causalidade da não abordagem (pp.516-517).

Conforme Franco (2010), mencionando as ideias chaves na conclusão da sua dissertação, que vão ao encontro com a nossa investigação: porém, quando questionados sobre a dificuldade de abordagem deste tema, a atitude torna-se menos positiva, com particular relevo nos

alunos do *Sexo* feminino. Ilustra-se assim que “na sociedade em que vivemos, o tema da sexualidade continua envolto de preconceitos e discriminações” (p.33).

“As manifestações da sexualidade continuam apenas, a serem consideradas normais e aceites socialmente, para os belos, os jovens, os capazes, os saudáveis, logo livres de qualquer deficiência” (p.34).

Necessidades e emoções do deficiente mental são iguais aos demais. A perspectiva de que os portadores de deficiência mental têm maiores ou menores impulsos sexuais carece de fundamentação biológica, pois não existe uma sexualidade característica do indivíduo portador de deficiência mental (p.35).

Estes são os dois grandes mitos contraditórios que acompanham a sexualidade do deficiente mental. Segundo uma perspectiva são descritos como seres assexuados, infantis, desprovidos de desejos e impulsos sexuais, que necessitam de ser protegidos e vigiados durante todo e qualquer contacto social que desenvolvam. De acordo com outra perspectiva, são percebidos como seres hiperssexuados, sem qualquer controlo dos seus impulsos, que devem ser travados e castigados (p.35).

De acordo com o mesmo autor: “O deficiente mental necessita de educação sexual mais do que qualquer outra pessoa, pois não têm oportunidade de aprender e construir a sua sexualidade através de amigos, de livros ou da observação de comportamentos” (p.38).

Desta forma, “Eles necessitam de ser treinados nas habilidades sociais, particularmente em como mostrar afecto e amor de uma forma socialmente aceite e também de aprender a se defender e proteger de infecções sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada e abusos sexuais” (Franco, 2010, p.38).

“é necessário ter em linha de conta, que estes profissionais possuem pouca formação académica para conseguir e saber lidar com a sexualidade dos seus pacientes” (Franco, 2010, p.39).

“Pode-se pois concluir, que a grande maioria dos alunos inquiridos considera a sexualidade como parte importante da vida de todo o ser humano e que reconhece as suas várias funções, mas falta-lhes formação para melhor poderem lidar com esta temática” (Franco, 2010, p.39).

Carvalho (2011), menciona na sua conclusão que,

Os pais referem que, também na escola, os professores devem respeitar a curiosidade das crianças relativamente a esta temática, não devendo exceder o alcance desta informação. Apesar de todos os educadores considerarem a formação dos professores muito relevante, de forma a capacitá-los com competências para poderem abordar estes temas com os seus filhos e colaborar de forma mais eficaz com a escola, nenhuma das professoras entrevistadas recebeu formação nesta área, sentindo por isso uma falta de preparação na abordagem dos temas da sexualidade, causando dificuldades na forma como lidar com esta temática e de colaborar com as famílias neste contexto. A maioria dos pais não menciona como necessária a sua formação, mas acham imprescindível a formação dos professores (p.45).

No mesmo seguimento, os resultados obtidos por Franco (2012), vão ao encontro do nosso estudo no facto de concordarem que o ato sexual é natural e que jovens com T21 devem ser bem acompanhados, estarem bem informados e também concordam com um plano de educação sexual como para os jovens ditos normais.

Por último, Figueiredo (2012), constatou que os professores mantem a atitude fechada em relação à sexualidade, manifestando uma preocupação com as consequências negativas que os comportamentos sexuais possam provocar, o que, vai ao encontro da opinião da nossa amostra dos profissionais, pois também mencionaram que deve existir uma vigilância constante dos comportamentos sexuais dos jovens.

Em suma, chegamos à conclusão neste capítulo, que todos os estudos a cima referidos estão interligados ao nível de conclusões, apesar dos seus temas diferenciados.

Assim, o quarto estudo ostenta pontos de intercepção com o nosso estudo, incidindo sobre conclusões objectivas e essenciais, que vão ao encontro dos nossos objectivos e conclusões, sendo assim deste modo o estudo que se aproxima mais da nossa investigação.

Parte II – Estudo Empírico

Capítulo V - Metodologia

No capítulo da metodologia incluímos todos os elementos que ajudam a perceber o desenrolar da investigação. Desta forma vamos abordar neste contexto questões ligadas à ética exigida em investigação e ao plano do processo de investigação (Freixo, 2009).

Ao nível da educação dos jovens, um dos temas que, hoje em dia, tem provocado maior debate e maior controvérsia é a sexualidade e se esta deve, ou não ser ensinada nas escolas.

Vivemos numa sociedade em que qualquer alteração na busca de melhorar a educação social e moral é importante.

São perfeitamente atuais as ideias sobre a adolescência, “são apaixonados, irascíveis e capazes de ser levados pelos impulsos, sobretudo por impulsos sexuais”. Além disso, são volúveis e instáveis em seus desejos, “eles consideram as coisas sempre de uma forma intensa, seus amores, seus ódios, ou qualquer outra coisa” (Kiell, 1964, pp.18-19).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, citado Contill et. al. 2005, por a adolescência define-se por um período de transição entre a infância e o estado adulto, período esse que se inicia para o sexo feminino por volta dos doze anos e acaba cerca dos dezoito, para o sexo masculino inicia-se por volta dos 14 anos e acaba por volta dos vinte.

Os jovens com T21 na adolescência apresentam todas as características descritas por Aristóteles com uma grande diferença e que por vezes a idade física não corresponde a idade mental do jovem em questão. Completamente lúcidos desta fase e dos problemas que esta apresenta, vamos focar o nosso estudo empírico sobre a questão de partida: **Qual a importância da vivência dos afectos no desenvolvimento de jovens com trissomia 21?**

5.1- Objetivos

De acordo com Fortin e Vissandjée (2009), “o objectivo é um enunciado que indica claramente o que o investigador tem intenção de fazer no decurso do estudo”

(p.40). Freixo (2009) indica que o objetivo em conjunto com o problema e as questões de investigação, vão determinar do mesmo modo as hipóteses de trabalho.

Deste modo a definição de objetivos de trabalho segundo Gil (2002), visa proporcionar uma visão global do problema estudado.

O nosso estudo visa analisar a importância da vivência da afectividade no desenvolvimento de jovens com trissomia 21. Com base nestes pressupostos foram estruturados os seguintes objetivos:

- Perceber qual a predisposição dos professores e profissionais para trabalharem com alunos com T.21;

- Verificar se os pais e os técnicos estimulam jovens Trissomia T.21 para o desenvolvimento de afectos, atitudes e valores

- Avaliar o contributo da sexualidade para o desenvolvimento dos jovens com T21;

- Verificar de que forma a sexualidade pode contribuir para o desenvolvimento dos jovens com T21;

- Conhecer a opinião dos Pais e dos Técnicos sobre a sua intervenção na sexualidade dos jovens com T21;

- Analisar as atitudes sociais para com a sexualidade dos jovens com T21;

- Conhecer normas educativas e de atuação que respeitem a vivência sexual dos jovens com T21;

- Conhecer a opinião dos Pais e Técnicos sobre a utilização dos métodos de planeamento familiar mais adequados para os jovens com T21;

- Analisar o modo como são encaradas as questões da sexualidade nos jovens com Trissomia 21, na escola e na família;

- Compreender o modo como os jovens com T21 lidam com o seu corpo e com o de outros jovens, do mesmo sexo ou do sexo oposto;

- Compreender o modo como os jovens com T21 lidam com a sua sexualidade;

- Conhecer o conceito de auto imagem de jovens com T21;

- Compreender as percepções dos pais em relação ao tema sexualidade, procurando evidenciar as suas atitudes, opiniões e medos.

5.2- Tipo de Investigação

Na escolha dos instrumentos e procedimentos metodológicos a usar, foi nosso objetivo favorecer os que melhor se ajustassem aos objetivos visados e à natureza do estudo a realizar.

Quivy e Campenhoudt, (2005), referem que todo o conjunto de procedimentos teóricos ou práticos visa entender, conhecer a realidade da questão, são pressupostos que definem a metodologia do trabalho. Por isso, ao longo deste estudo descritivo, escolhemos uma abordagem mista, qualitativa e quantitativa, na qual utilizamos entrevista e questionário para recolha de dados.

Freixo (2009), refere que “o método de investigação quantitativo constitui assim um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis”(p.144). Por outro lado o mesmo autor, refere que “a expressão metodologias qualitativas abarca um conjunto de abordagens as quais, consoante os investigadores, tomam diferentes denominações” (p.145).

O estudo quantitativo descritivo caracteriza-se pela necessidade de registar estaticamente as informações para posterior análise.

Duhamel e Fortin (2009) referem que o “objectivo do estudo descritivo consiste em discriminar os fatores determinantes ou conceitos que, eventualmente, possam estar associados ao fenómeno em estudo” (p.162).

O estudo descritivo não abalando os objetivos apresentados, descreve as características variáveis do fenómeno em análise.

Assim, pretendemos que mesmo com a nossa amostra um pouco reduzida, atingir os objetivos enunciados e conseguir contribuir para um maior esclarecimento do problema.

5.3- População e Amostra

Segundo Quivy e Campenhoudt (1992) pode definir-se por população á totalidade de elementos ou de unidades constitutivas do conjunto considerado por população, podendo este conceito denominar tanto um conjunto de pessoas, como de organizações ou de objetos de qualquer natureza.

Qualquer estudo pressupõe um processo de recolha de dados de vários indivíduos ou entidades, sendo assim uma investigação científica. Face ao problema que o investigador quer estudar é difícil fazer uma análise ao todo, assim mesmo divide-se em amostras (Hill, 2005, p.63).

Sendo assim, entendemos por amostra um “subconjunto dos indivíduos pertencentes a uma população. A informação recolhida para a amostra é depois generalizada a toda a população, se essa amostra for representativa do universo. Caso contrario, pode conduzir-se a inferências erradas ou a enviesamentos dos resultados” (Sarmiento, 2008, p.24).

Para a realização do nosso estudo recorreremos a entrevistas e questionários. As entrevistas semi-estruturadas foram realizadas designadamente a 6 pais de adolescentes com T21, a 6 profissionais. O questionário foi ainda aplicado a 6 adolescentes com T21 e a 6 técnicos auxiliares.

5.4- Caracterização da Amostra

Para caracterizar a amostra, recorreremos a gráficos circulares, começando deste modo pela caracterização da amostra dos pais, passando de seguida a caracterizar a amostra dos adolescentes com T21, e por ultimo caracterizamos a amostra dos técnicos inquiridos.

Amostra dos pais (entrevista)

Podemos verificar no gráfico nº1 que, no total, 100% das entrevistas são do sexo feminino.

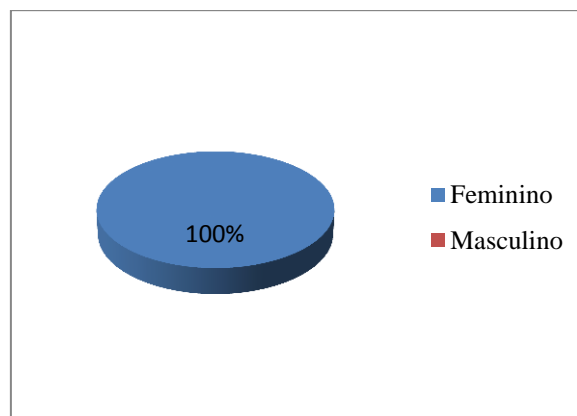


Gráfico 1- Distribuição da amostra por sexo dos pais

No gráfico nº2 podemos constatar que a idade dos pais que 16,7% da idade dos pais tem idade compreendida entre os 30-42 anos, 50% tem idade compreendida entre 43-52 anos e por último 33,3% tem idade compreendida entre 53-62 anos.

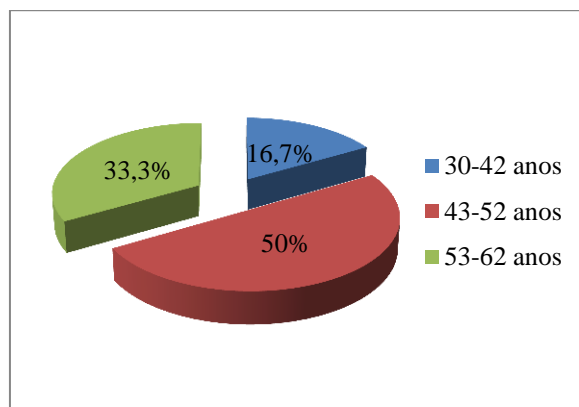


Gráfico 2- Distribuição da amostra por idade dos pais

Podemos verificar no gráfico nº3 que, no total das 6 entrevistas, 83,3% são do sexo feminino e 16,7% do sexo masculino.

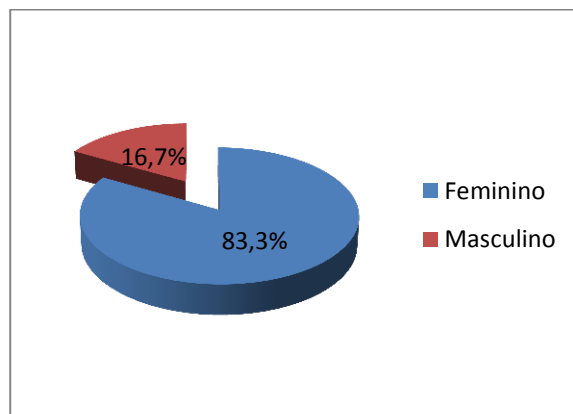


Gráfico 3- Distribuição da amostra por sexo dos profissionais

Em relação ao gráfico nº4 podemos verificar que, 33% é equivalente á idade dos profissionais 22-30 anos, 17% equivale á idade entre 31-40 anos, 33% refere a idade entre 41-50 anos e por último 17% indica a idade dos profissionais inquiridos entre os 51-60 anos.

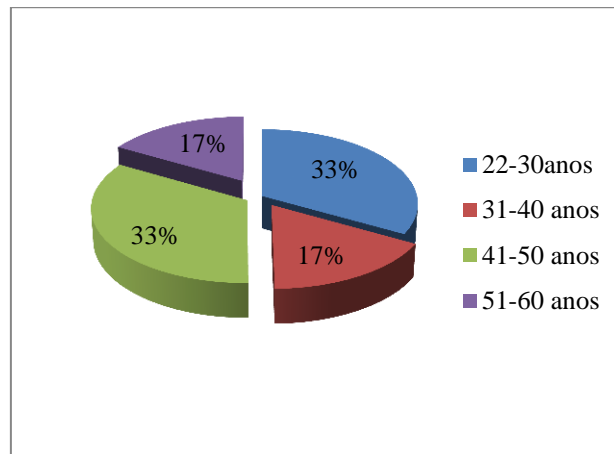


Gráfico 4- Distribuição da amostra por idade dos profissionais

No gráfico nº5 podemos verificar, a amostra dos profissionais referente ao cargo que desempenham. Em que o cargo de Psicóloga corresponde á percentagem de 16,7% referente a esta mesma percentagem encontra-se o cargo de Diretor de Turma e por ultimo com maior percentagem de 66,7% o grupo de Técnicos.

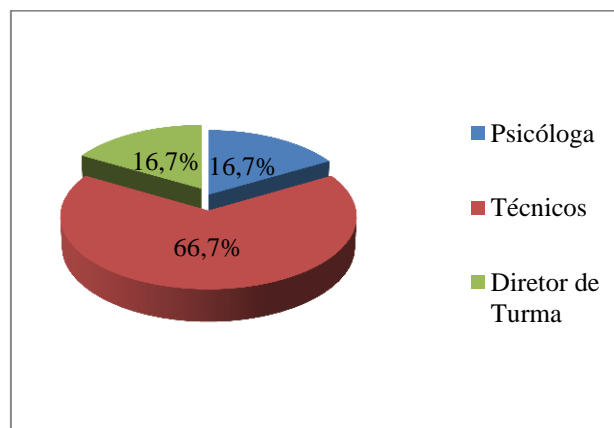


Gráfico 5- Distribuição da amostra pelo cargo que desempenham

Caracterização da amostra dos questionários referente aos adolescentes inquiridos

No gráfico nº 6 podemos verificar que, em relação ao grupo de adolescentes inquiridos, estes são 50% do sexo feminino e 50% do sexo masculino, num total de 6 adolescentes.

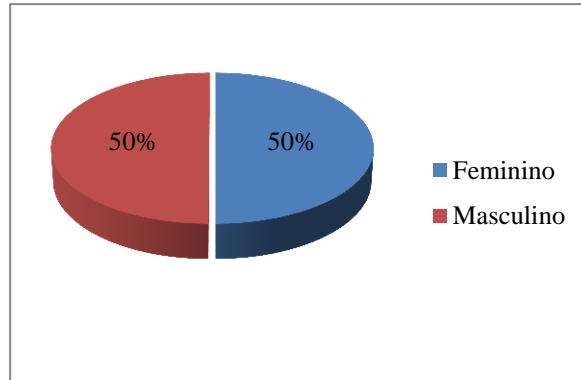


Gráfico 6- Distribuição da amostra por sexo dos adolescentes

Em relação à idade, estes jovens podemos verificar no gráfico nº7 que a maioria situa-se entre o intervalo de 9 e 12 anos, com 33,3% da percentagem, com 16,7% da amostra entre os 13 e 15 anos e por último com 50% são adolescentes entre os 15 e 19 anos.

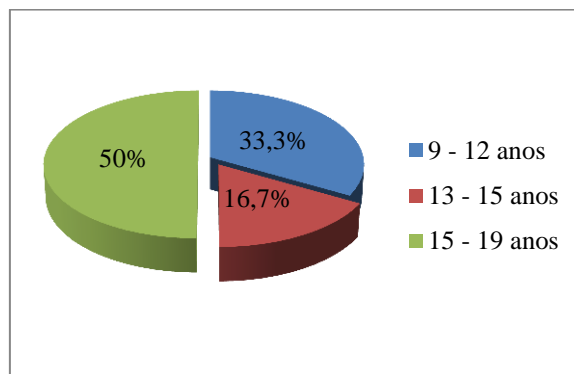


Gráfico 7- Distribuição da amostra por idade dos adolescentes

Caracterização da amostra técnicos inquiridos

Em relação ao grupo de profissionais inquiridos, podemos reparar no gráfico nº8 que a maioria, 83,3% são do sexo feminino e 16,7% são do sexo masculino.

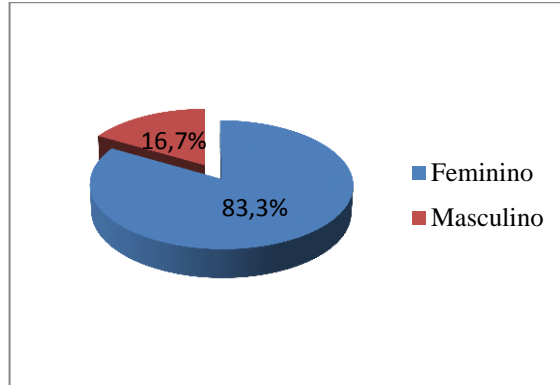


Gráfico 8- Distribuição da amostra por sexo dos técnicos

Em relação à idade, podemos verificar no gráfico nº9 que 16,7% dos técnicos estão compreendidos entre os 25 e 32 anos de idade, seguido 50% com estão compreendidos entre a idade de anos 33 e os 40. Por último, 16,7% dos técnicos está compreendido entre os 41 e os 50 anos.

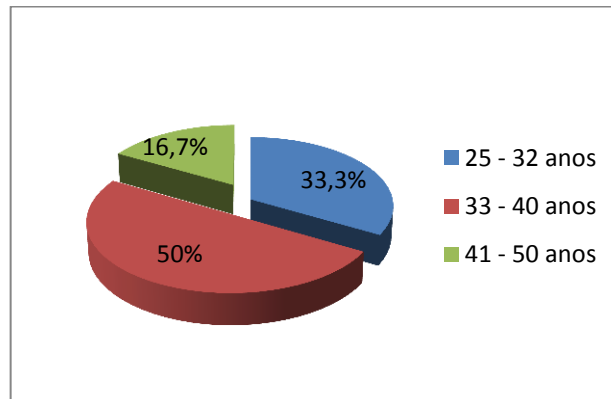


Gráfico 9- Distribuição da amostra por idade dos técnicos

5.5- Instrumento de Investigação

Para este estudo recorreremos a utilização de questionários e entrevistas no sentido de obter uma melhor percepção destes adolescentes e de quem trabalha com eles.

Devido às diferenças destes adolescentes e à incapacidade de estes conseguirem manter uma conversa fluente, a melhor forma de conseguir lidar com eles no sentido de obter informações foi a aplicação de um questionário simples.

Um questionário é um instrumento de investigação que visa recolher informações baseando-se, geralmente, na inquirição de um grupo representativo da população em estudo. Para tal, coloca-se uma série de questões que abrangem um tema de interesse para os investigadores, não havendo interação direta entre estes e os inquiridos.

Segundo Fortin (2009), o questionário é “um conjunto de enunciados ou de questões que permitem avaliar as atitudes, as opiniões e os resultados dos sujeitos ou colher qualquer outra informação junto dos sujeitos”(p.374).

A importância dos questionários passa também pela facilidade com que se interroga um elevado número de pessoas, num espaço de tempo relativamente curto.

Para um melhor conclusão sobre estes adolescentes em relação à sexualidade, dividi os questionários em conceito de auto e hétero- imagem, de forma a entendermos como estes adolescentes se sentem com eles mesmos.

Depois dividimos num segundo grupo, que é o conhecimento do corpo, tentando conseguir perceber se estes se conhecem, e outro grupo relacionado com este que representa as formas de contacto que estes utilizam no dia a dia.

Por último num grupo mais específico, tentamos perceber como estes adolescentes lidam com a conceção e a maturidade.

A entrevista é uma técnica que permite o relacionamento estreito entre o entrevistador e entrevistado. O termo entrevista é construído a partir de duas palavras, entre e vista, onde “vista” se refere ao acto de ver, ter preocupação de algo, «entre» indica a relação de lugar ou estado no espaço que separa duas pessoas ou coisas. Portanto, o termo entrevista, refere-se ao acto de perceber o realizado entre duas pessoas (Freixo, 2009, p.191).

As entrevistas foram adaptadas (Anexo C) da “*Escala de Atitudes, Sexuality and Mentally Retarded Attitudes Inventory – SMRAI*” (Brantlinger & Holmes 1987; 1998 traduzido por Félix 2003). Esta divide-se em duas subescalas: uma que avalia as atitudes dos profissionais face á sexualidade em geral e a outra que avalia as atitudes dos profissionais face á sexualidade dos jovens com T21. As entrevistas foram desenvolvidas através de dois guiões, pais e profissionais. Com perguntas fixas em cf. Anexo A. O guião da entrevista para os pais é composto por 32 questões, em que as 4 primeiras nos dão informação relativamente á caracterização da amostra em estudo, estabelecendo o sexo a idade, habilitações literárias e profissão. As restantes 28 são abertas, tendo como objetivos principais, compreender as representações dos entrevistados sobre o desenvolvimento dos jovens com T21, perceber como os pais lidam e educam os seus filhos em relação ao tema em questão (sexualidade) e dar a possibilidade de opinião aos entrevistados relativamente a este tema.

As respostas adquiridas a estas questões serão trabalhadas através de técnicas de análise do conteúdo. Assim, deste modo Bardin (1988), define análise de conteúdo como um conjunto de instrumentos metodológicos em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos diversificados. A análise de conteúdo vacila entre dois pólos, objectividade e fecundidade da subjectividade, inocenta e assegura o investigador por esta atração pelo escondido, o latente, o não-aparente, o potencial inédito (do não-dito), impedido por qualquer mensagem. Tarefa paciente de “desocultação”, responde a esta atitude de voyeur de que o analista não ousa confessar-se e justifica a sua preocupação, honesta, de rigor científico.

Neste seguimento Quivy e Campenhoudt (2008), referem que, a análise de conteúdo ocupa um lugar cada vez maior na investigação social, particularmente porque oferece a possibilidade de tratar de forma metódica informações e testemunhos que ostentam um certo grau de profundidade e de complexidade, assim como relatórios de entrevistas pouco directivas. “Melhor do que qualquer outro método de trabalho, a análise de conteúdo permite, quando incide sobre um material rico penetrante, satisfazer harmoniosamente as exigências do rigor metodológico e da profundidade inventiva, que nem sempre são facilmente conciliáveis”(p.227).

Deste modo procuramos apresentar a análise de conteúdo tendo em consideração os objetivos estabelecidos.

5.6- Procedimentos

Iniciamos este estudo com uma revisão da bibliografia relativa á problemática da investigação.

Contextualizamos o tema, elaborando uma perspectiva histórica da sua evolução e examinando as diferentes opiniões, e correntes de pensamento.

Reconhecemos assim os fios condutores da nossa investigação, as quais permitiram a formulação dos objetivos deste estudo.

Deste modo selecionamos um método naturalista, efetuando a recolha de dados com a utilização de dois instrumentos: a entrevista e o questionário. O guião de entrevista foi preparado e organizado em função das informações que pretendemos alcançar dos intervenientes no processo de avaliação.

Contactamos previamente os profissionais que queríamos entrevistar para conhecer a sua disponibilidade. Desta forma foi possível fazer as entrevistas, que tiveram a durabilidade de 30 minutos aproximadamente, e foram gravadas com o consentimento dos participantes. De seguida transcrevemo-las para a análise, cf. Anexo D.

A entrevista foi realizada pelo investigador que recorreu a um discurso direto de pergunta e respostas, “entrevistas sob o controlo de um supervisor experiente” (Michelle Lesard-Hébert, Gabriel Goyette & Gérard Boitin (1990,p.164), citando Van der Maren (dez.1987, p.32).Para analisar as entrevistas, elaboramos tabelas para a análise das respostas.

Os questionários foram feitos (adaptados de um cf. Anexo G) exposto no repositório Universidade Técnica de Lisboa) atendendo não apenas a informação que se pretendia adquirir, assim como, também á amostra que se destinava, tendo sido os resultados através de gráficos.

Preparamos um pequeno texto instrutório, informativo e esclarecedor do objeto que se pretende estudar. Depois da recolha dos mesmos, analisamo-los através do seguinte recurso à ferramenta EXCEL 2007.

Capítulo VI- Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados

Com este capítulo pretendemos, analisar os resultados alcançados, tendo em conta todos os aspetos da investigação, o problema do estudo, o enquadramento teórico e os objetivos da investigação.

Segundo Fortin (2009), na análise descritiva dos dados, o investigador destaca um perfil do conjunto das características dos sujeitos determinados com ajuda de testes estatísticos apropriados ou com análise de conteúdos.

Construímos Gráficos de análise dos resultados conseguidos nos questionários, apresentamos os valores absolutos e as percentagens das respostas obtidas, de modo a alcançarmos um conjunto de informações que nos possibilitem criar indicadores.

6.1- Análise de dados das entrevistas de Pais

Na Tabela nº1 estão os resultados obtidos nas entrevistas com os pais, em relação ao desenvolvimento de jovens com T21. Ambos os pais estão de acordo, apesar afirmarem que existem algumas limitações presentes nestes jovens.

Tabela 1- Desenvolvimento de jovens com T21

Categoria	Unidade de análise	n
Equiparar o Desenvolvimento de jovens com T21 e Desenvolvimento de jovens ditos normais	“ Eu não sei bem, mas acho que sim se forem ensinados (...)” (P4) “ Em certas partes sim, outras não, para mim ele é um rapaz normal e eu trato como um rapaz normal mas nos bem sabemos que ele tem limitações (...) ” (P5)	2

Na Tabela nº2 está a análise da entrevista aos pais para a categoria Sexualidade. Neste caso, podemos observar que 3 pais (P4-P5 e P6) são da opinião que não existe diferenças em relação a sexualidade dos jovens com T21 e dos jovens ditos normais, contudo verificamos que 2 pais (P2 e P3) que é necessário ponderar vários fatores e que nas escolas estas diferenças ainda são relevantes.

Tabela 2-Sexualidade

Categoria	Unidade de análise	n
Sexualidade	<p>“(…) temos de ponderar vários fatores, não só o da sexualidade mas numa criança de 16 anos seria normal ter a primeira relação, com o é que estás crianças vão encarar como a primeira vez, ninguém está na cabeça deles vem essa situação, então é assim acho que temos de precaver varias situações, 1º quem é a pessoa... a partir dali como é que vai ser ... são muitos pontos a ponderar não é só dizer mos assim o acto sexual, que para os ditos normais passou e andou, se calhar nem nunca mais volta a aquela pessoa ... mas para eles (T21) de que maneira a que isso os marca, pode marcar pelo ponto positivo ou negativo, então se calhar a melhor opção no meu ponto de vista é contornar mos essa situação (sexualidade) que nunca tenha de acontecer...”. (P2)</p> <p>“(…) qualquer um rapaz normal, que vá ter com uma menina e lhe de um apalpão é normal se for um menino com T21 é logo rotulado e cuidado com ele. Na escola eu apercebo me vejo muitas atitudes dos jovens atrás dos pavilhões (...) mas se fosse um jovem com deficiência ou com T21 de certeza que ia ser “nódoa negra” na escola.” (P3)</p> <p>“(…) Não há diferenças entre a sexualidade dos jovens em geral e dos jovens com T21.” (P4)</p> <p>“Eu penso que a sexualidade deve ser a mesma (...).” (P5)</p> <p>“Não acho que não (não há diferenças na sexualidade dos jovens em geral e dos jovens com T21.” (P6)</p>	5

6.2- Análise das entrevistas dos Profissionais

Para uma melhor compreensão das respostas obtidas nas entrevistas, criamos tabelas, assim facilita a análise das entrevistas.

Na Tabela nº3 estão os resultados da categoria Perspectivas dos profissionais em relação á Escolaridade, onde podemos observar que os profissionais (P1 e P4) salientam que os professores não estão preparados para ensinar jovens com T21. Contudo o profissional (P2) afirma que só os professores de educação especial estão preparados para trabalhar estes jovens com T21

Tabela 3- Escolaridade obrigatória

Categoria	Unidade Síntese	n
Perspectivas dos profissionais em relação á Escolaridade	<p>“(…) Não estão (profissionais) preparados assim como não estão preparados para outros alunos sem T21 (…) hoje em dia ainda se tem em conta a questão cultural (…)” (P1)</p> <p>“É assim por alguma razão nós temos professores especializados na área de ensino especial acho que tem que ser esses professores que tem de trabalhar com esses jovens e a escola tem que estar com certeza preparados a dar a criar lugares para que haja possibilidades de se fazer um trabalho correto e um trabalho positivo.” (P2)</p> <p>“(…) A maior parte (profissionais) não estão preparados para lidar com jovens com T21. (P4)</p>	3

Em relação à expetativas dos profissionais, podemos observar na Tabela nº4 que em relação à formação profissional, o técnico salienta que devem ter formação adequada ao tipo de necessidade especial.

Tabela 4- Expetativas dos profissionais

Categoria	Sub – Categorias	Unidade Síntese	n
Expetativas dos profissionais	Formação Profissional	<p>“(…) Devem ter formação profissional adequada para conseguir lidar com este tipo de crianças e estar a altura de resolver qualquer tipo de problema que surge (…)” (P3)</p>	1

Na Tabela nº5, temos as respostas dos profissionais em relação à inclusão dos alunos com NEE. Todos os profissionais concordam com a inclusão, mas referem que tem de ser bem feita, o que por vezes na pratica não é bem assim e torna-se uma utopia.

Tabela 5- Práticas de Inclusão

Categoria	Unidade Síntese	n
Inclusão	<p>“(…) Têm proporcionado o desenvolvimento dessas práticas inclusivas não só da escola mas também na transição da vida ativa (...)” (T3)</p> <p>“(…) a inclusão na teoria é muito bonita mas na prática não é assim tão fácil se calhar nos estamos a querer incluir alunos numa determinada turma normal e não sei até que ponto o aluno... o facto de querermos que ele esteja dentro da turma não sei até que ponto é benéfico para o aluno (...)” (T4)</p> <p>“No T21 ou não, eu sou a favor da inclusão plena, só que a inclusão é uma utopia tão grande que acaba por limitar competências capacidades etc (...)” (T5)</p> <p>“Se a inclusão for bem feita, acho que sim, acho que pode ser positiva mas tem de ser bem feita e devidamente acompanhada, mas por vezes não acontece nos sabemos.” (T6)</p>	4

Em relação aos alunos com NEE nas escolas regulares, a Tabela nº6 reflete que os profissionais (T1-T3 e T5) estão de acordo que estes alunos devem estar nas turmas regulares. O profissional (T5) também refere que existe interacção e partilha de informação entre os agrupamentos.

Tabela 6- Alunos com NEE em escolas regulares

Categoria	Sub – Categorias	Unidade Síntese	n
Alunos com NEE nas escolas regulares	Percepção dos profissionais	<p>“Sou totalmente a favor...qualquer criança com necessidades educativas especiais aprende através de modelos, e no caso da T21 até aprendem mais...” (T1)</p> <p>“(…) são crianças como todos os outros... eles aprendem coisas com os meninos do regular que não aprenderiam com os outros meninos com T21.” (T3)</p> <p>“Devem estar... nas turmas regulares.” (T5)</p>	4
	Interação e partilha de Informação entre agrupamentos	<p>“(…) a Cátia vai ás festas do agrupamento aqui em baixo e quem diz a Cátia diz os outros participa nas iniciativas ...quer sejamos nos a promover para os outros quer sejam os outros a promover para nos (...)” (T5)</p>	

Em relação à legislação, tal como podemos verificar na Tabela nº7 os profissionais (T3-T4 e T6) destacam que o decreto de lei deveria ser alterado pois é bastante restritivo, e é difícil aplica-lo num contexto real.

Tabela 7- Legislação

Categoria	Unidade Síntese	n
Legislação no contexto real	“(...) todas as legislações são teoria depois na prática é mais difícil aplica-la pois haveria sempre qualquer coisa a alterar (...)”(T3 “Alteraria em termos de apoio tempo para estes alunos...estou com 5 e se calhar precisava de mais tempo para estar com eles teria de ter 2/3no máximo se tiver 8 ou 10 é impossível ou então tenho de dividir o tempo por todos ... independentemente de cada um deles (...)”(T4) “(...) alteraria nas práticas, porque é assim, as coisas até podem estar bem legisladas o problema depois é as práticas” (T6)	3

Analisando a Tabela nº8 os resultados referem que os profissionais (T2-T3-T4-T5 e T6) mencionam que seriam voluntários para leccionar uma turma que integrasse alunos com T21, mas contudo tal como podemos verificar os profissionais (T2 e T4) afirmaram não constituir qualquer preocupação, no entanto o profissional (T3) refere que seria uma preocupação se fosse uma Turma somente de alunos com T21, o profissional (T5) indica que os profissionais devem estar preparados para lidar com todos os alunos não só com T21.

Tabela 8- Ensino a alunos com NEE

Categoria	Sub – Categorias	Unidade Síntese	n
Ensinar alunos com NEE	Predisposição para ensinar de forma voluntária	“Seria sim senhor.”(T2) “Sim (...)” (T3) “(...) sim não tinha problema nenhum.” (T4) “Claro.” (T5) “Sim até porque é uma população amorosa.” (T6) “Eu acho que não, não sei mas acho que iria ter uma parceira como voluntaria.” (T2)	6
	Principais preocupações	“Constituiria se fosse uma Turma só de T21 (...)” (T3) “Não, é uma questão de esperar mesmo e ver.” (T4) “(...) os meus colegas de fora alguns sentirão preocupação acham que não estão preparados, mas devemos estar preparados para todas as crianças e não apenas para algumas (...)” (T5)	3

6.3- Análise das entrevistas dos professores

Para uma melhor compreensão das respostas obtidas nas entrevistas, criamos tabelas, assim facilita a análise das entrevistas. Como são entrevistas com o mesmo tipo de análise que foi realizada pelos técnicos apresentamos novas tabelas para uma melhor compreensão do ponto de vista dos professores, pois lidam com os alunos de maneira diferente dos psicólogos. Assim tentamos realçar os pontos de vistas mais importantes.

Analisando a Tabela nº9 os resultados referem que, em relação à sexualidade, os professores de educação especial (C4), no geral estão todos de acordo, a nível sexual apresentam a mesma necessidade de satisfação sexual tal como todos os jovens em geral. O (C3) refere ainda que tem que haver articulação sobre o tema entre todos os que rodeiam diariamente estes jovens.

Tabela 9- Questões de enquadramento

Categoria	Unidade Síntese	n
Sexualidade	“(…) Todos eles tem necessidade do prazer todos eles tem a necessidade da satisfação sexual, agora isso não é só na trissomia 21 é a em todos tem que haver um respeito pelo próximo (...)” (C4) “(…) tem que haver uma articulação entre todos... porque só assim se pode construir... cada um tem o seu grau de importância e cada um tem de tocar em determinados aspectos acho que a família terá de falar de determinados aspectos a escola também deverá mas poderá não ser aqueles que a família toca e os profissionais de saúde também.” (C3)	2

Nas expectativas dos professores (C4) podemos observar na Tabela nº10, que os próprios professores não consideram que a avaliação dos próprios, fazem deles os melhores, mas sim para cada curriculum individual é exigido um trabalho específico, daí ser aberto à flexibilidade de todos os professores.

Tabela 10- Expetativas dos professores

Categoria	Unidade Síntese	n
Expetativas dos profissionais em relação á formação profissional	“(…) Na educação especial, não é não pode haver chapa 5 para todos, tem de ser caso a caso e ai o ministério da educação tem de ser ainda mais aberto dar ainda mais flexibilidade e todos os professores tem de estar mais flexíveis nesse aspeto “ (...) (C4)	1

No que refere à inclusão, a Tabela nº11 reflete que os professores (C3) concordam com inclusão em turmas regulares, para aprenderem e adequarem os comportamentos, que não teriam sucesso, num mesmo meio que estivessem só alunos com T21, acima de tudo referem (C6) que a inclusão deverá ser bem feita e devidamente acompanhada.

Tabela 11- Práticas de Inclusão

Categoria	Unidade Síntese	n
Inclusão	“(…) aprendem coisas com os meninos do regular que não aprenderiam com os outros meninos de T21(…)” (C3) “(…) pode ser positiva mas tem de ser bem feita e devidamente acompanhada (…).” (C6)	3

Na Tabela nº 12, em relação ao Decreto de Lei nº 3 /2008, todos concordam que poderá não existir falhas, mas na prática este decreto não é o mais adequado para o ensino, por não especificar também os alunos com T21, pois engloba todos no mesmo decreto.

Tabela 12- Legislação

Categoria	Unidade Síntese	n
Aplicação da legislação no contexto real	“(…) é assim pode até não haver falhas na legislação, depois executar a legislação isso a que tem falhas (…).” (C6)	1

Por ultimo analisando a Tabela nº13 concluímos que, no geral todos os professores referem que é um trabalho exigente, assim referem (C5) que é um desafio diário trabalhar com estes jovens T21 que exige excelentes técnicos que tem que se ter grande capacidade de incentivar e de criar novas situações e novos métodos para poder trabalhar com estes jovens, exige ainda muita criatividade.

Tabela 13- Ensino a alunos com NEE

Categoria	Unidade Síntese	n
Ensinar alunos com NEE	“É um desafio de todos os dias, como é um desafio trabalhar com os outros jovens... enquanto para um docente ou um técnico pode fazer praticamente sempre a mesma coisa com uma criança tipificada no exterior não é como uma criança aparentemente normal... aqui, especialmente técnicos aqueles que passam aqui muito tempo, especialmente nas áreas de aquisição académicas tem de facto de ser excelentes técnicos tem de ter mais capacidade de incentivar e de criar novas situações e de criar novos métodos para poder trabalhar com miúdos como estes (…).” (C5)	1

7- Análise do conceito auto e hétero imagem

Estes resultados apontam para uma melhor percepção da auto e hétero imagem dos jovens com T21, assim, de seguida iremos analisar questões relacionadas com este conceito, tais como:

1- Como se consideram os jovens com T21?

No gráfico ilustrado nº10, podemos verificar as respostas obtidas pelo grupo de jovens com T21, sobre como se considera. Assim, verificamos que 83.3% se considera bonito e 16.7% se considera feio.

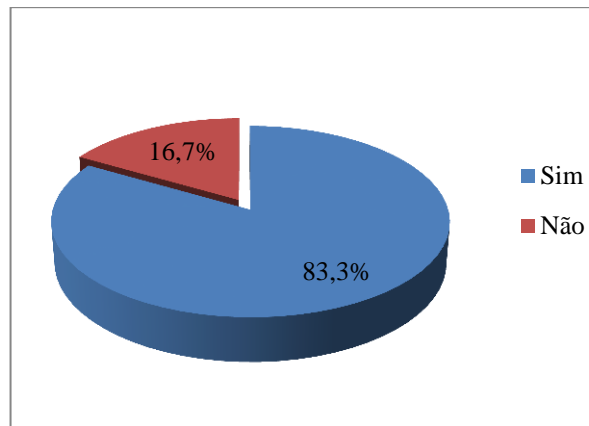


Gráfico 10- frequência das respostas obtidas na questão para o grupo de jovens

No gráfico nº11, estão os resultados obtidos pelo grupo de técnicos, onde podemos verificar que 66,7% respondeu que eles se acham bonitos, 16,7% responderam feio e igualmente gordo.

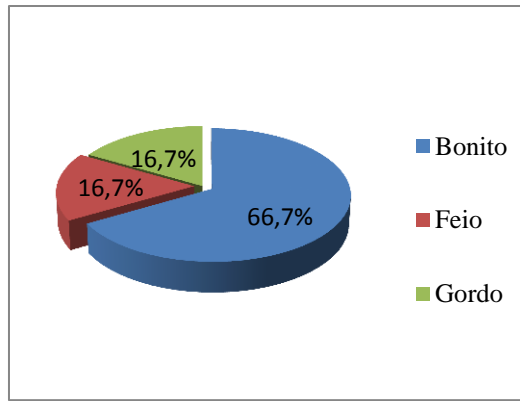


Gráfico 11- frequência das respostas obtidas na questão para o grupo de técnicos

2- Os jovens gostam do seu corpo?

No gráfico nº12, verificamos que 33,3% dos jovens respondeu à questão se gostam do seu corpo como sim e 66,7% respondeu que não.

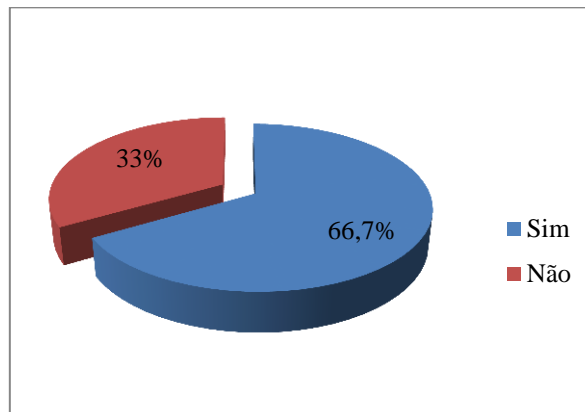


Gráfico 12- frequência das respostas obtidas na questão para o grupo de jovens

No gráfico nº13, estão os resultados obtidos no grupo de técnicos, onde 33,3% respondeu que sim e 66,7% respondeu que não, sobre a questão se os jovens gostam do seu corpo.

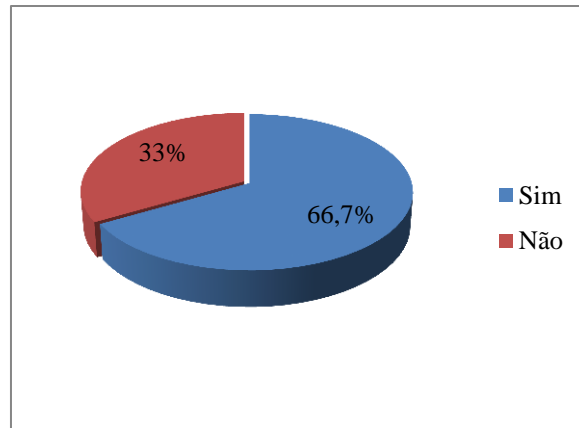


Gráfico 13- frequência das respostas obtidas na questão para o grupo de técnicos

3-Os jovens consideram-se diferentes das outras pessoas

No gráfico nº14 estão os resultados obtidos sobre a questão se os jovens se consideram diferentes das outras pessoas, onde podemos verificar que os jovens responderam com 33,3% que sim, e 66,7% respondeu não sei.

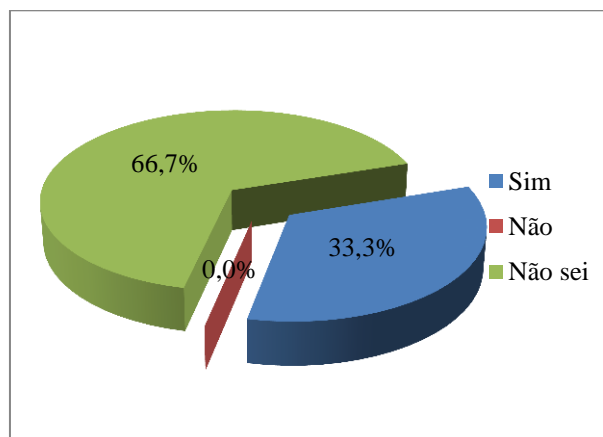


Gráfico 14- frequência das respostas obtidas na questão para o grupo de jovens

Em relação ao grupo de técnicos, podemos verificar no gráfico nº15 que representa esses resultados que 100% respondeu que não.

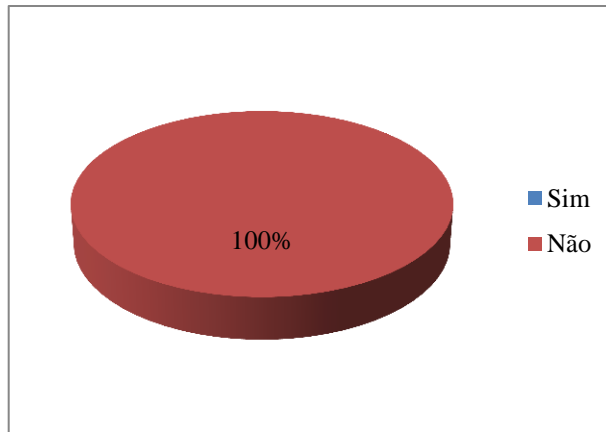


Gráfico 15- frequência das respostas obtidas na questão para o grupo de técnicos

4-Existe alguém que não goste dos jovens como vocês (T21)?

No gráfico nº16, estão os resultados obtidos pelo grupo de jovens, sobre se existe alguém que não goste deles e verificamos que 66,7% respondeu que sim e 33,3% respondeu que não.

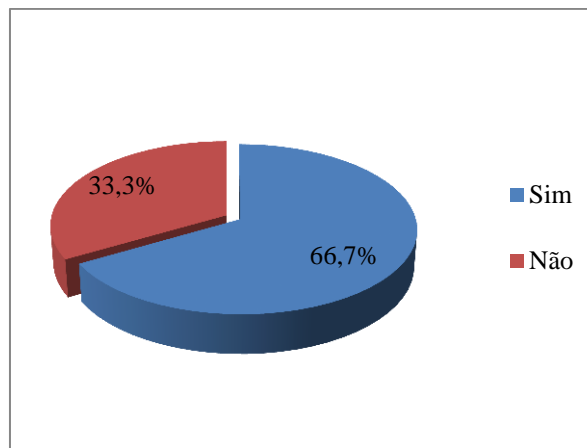


Gráfico 16- frequência de respostas obtidas na questão referente ao grupo de jovens

No gráfico nº17, estão os resultados obtidos em relação ao grupo de técnicos, onde 100% responde que não, sobre a questão se existem alguém que não goste de jovens com T21.

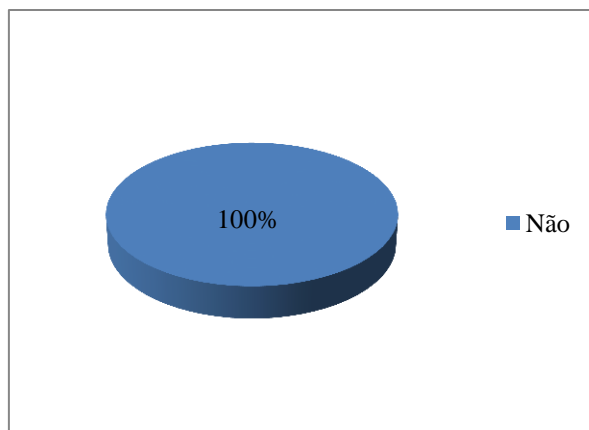


Gráfico 17- frequência de respostas obtidas na questão referente ao grupo de técnicos.

8- Análise do Conhecimento do corpo

De seguida iremos analisar questões relacionadas com conhecimento do corpo, questões estas tais como: se,

1- Os jovens sabem identificar as diferenças entre o corpo dos rapazes e o corpo das raparigas?

No gráfico n°18, estão os resultados obtidos pelo grupo de jovens, em relação se sabem ou não verificar as diferenças entre rapazes e raparigas. Como podemos verificar 50% sabe as diferenças, 33,3% deu respostas incorrectas e 16,7% não soube identificar as diferenças.

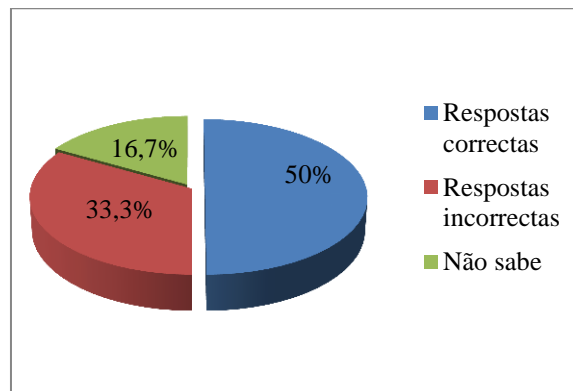


Gráfico 18- frequência de respostas obtidas na questão referente ao grupo de adolescentes

Em relação ao grupo de técnicos, sobre a mesma questão podemos verificar no gráfico n°19 os resultados obtidos. Assim, 50% respondeu que os jovens sabem identificar essas diferenças, 33,3% responde que eles não sabem e 16,7% não respondeu.

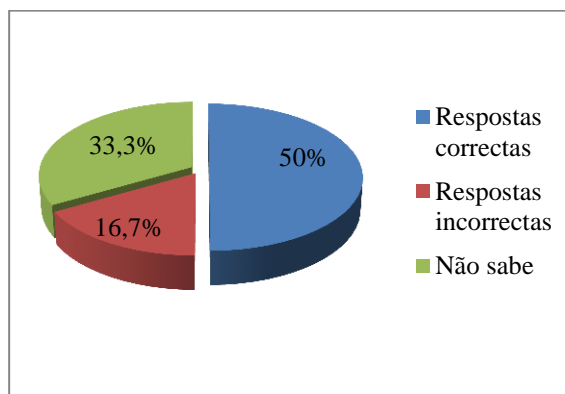


Gráfico 19- frequência de respostas obtidas na questão referente ao grupo de técnicos

2- Os jovens sabem onde se situam essas partes do copo

No gráfico nº20 estão só resultados obtidos em relação ao grupo de jovens inquiridos, sobre se estes sabem onde se situam as diferenças no copo entre rapazes e raparigas, e podemos analisar que 50% sabem onde se situam, 16,7% não responderam corretamente e 33,3% não sabem onde se situam.

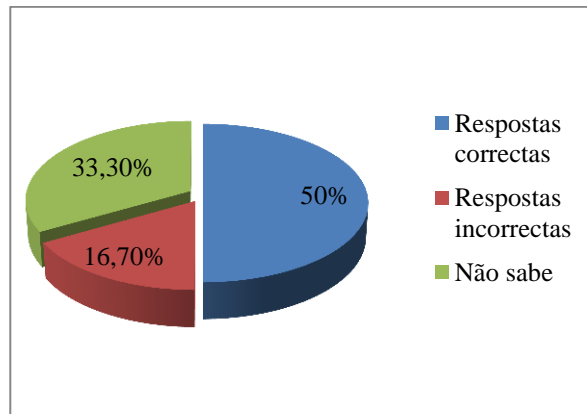


Gráfico 20- frequência de respostas obtidas na questão referente ao grupo de jovens

No gráfico nº21, em relação ao grupo de técnicos, eles responderam que 100% sabem onde se situam essas diferenças.

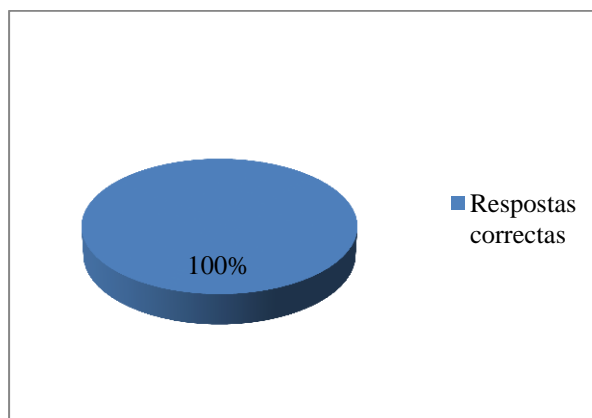


Gráfico 21- frequência de respostas obtidas na questão referente ao grupo de técnicos

3- Para os jovens como é a menstruação

No gráfico nº22, estão os resultados obtidos pelo grupo de jovens, sobre se estes sabem o que é a menstruação. 16,7% respondeu que é ter filhos, 50% respondeu que é sangue e 33,3% não sabe o que é a menstruação.

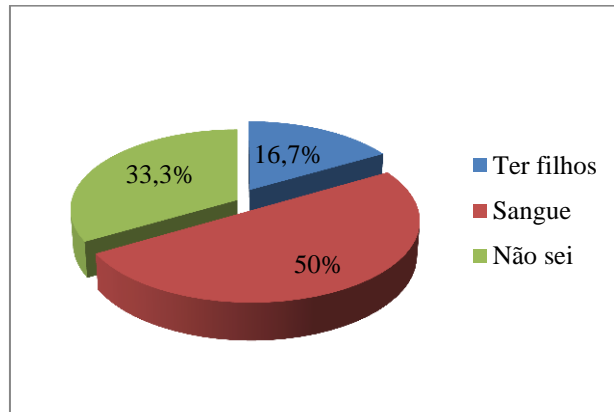


Gráfico 22- frequência de respostas obtidas na questão referente ao grupo de jovens

No gráfico nº23, estão os resultados obtidos em relação ao grupo de técnicos, onde 50% respondeu ser das raparigas, 33,3% ser sangue e 16,7 % respondeu não saber o que os jovens responderiam.

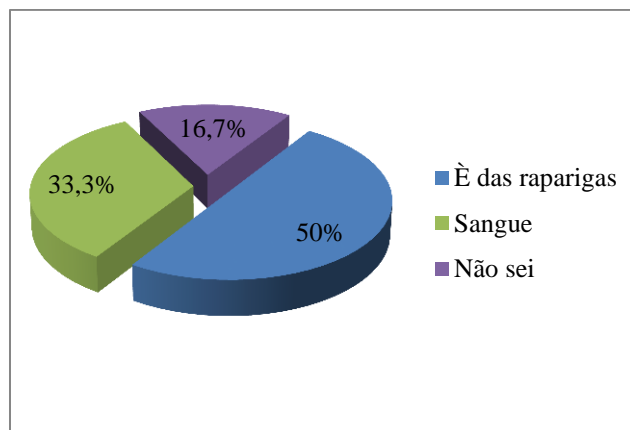


Gráfico 23- frequência de respostas obtidas na questão referente ao grupo de técnicos

9- Análise do grupo formas de contacto de jovens com T21

Dando seguimento às questões que consideramos relevantes para um melhor conhecimento destes jovens, achamos também pertinente analisar as formas de contacto na interacção destes jovens com T21 e os outros.

1- Que formas de contacto utilizam os jovens na interacção com os outros?

No gráfico nº24, estão os resultados obtidos nos questionários, em relação ao grupo de jovens, sobre a forma de contacto que utilizam entre os outros, e verificamos que 16,7% aperto de mão, 50% abraço e 33,3% recorre ao beijo na cara.

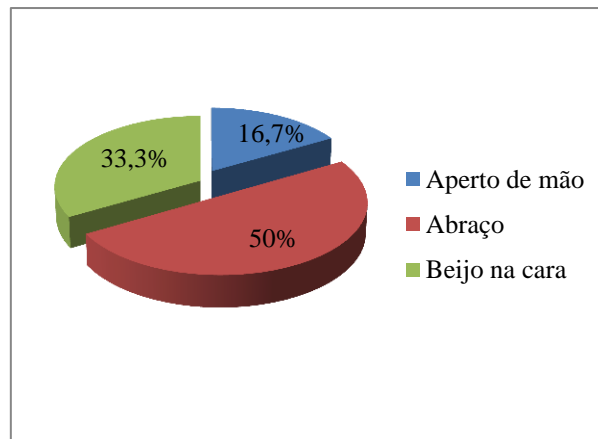


Gráfico 24- frequência de respostas obtidas na questão referente ao grupo de jovens

Em relação ao grupo de técnicos, verificamos no gráfico nº25 que 16,7% recorre ao aperto de mão, 33,3% ao abraço, 50% beijo.

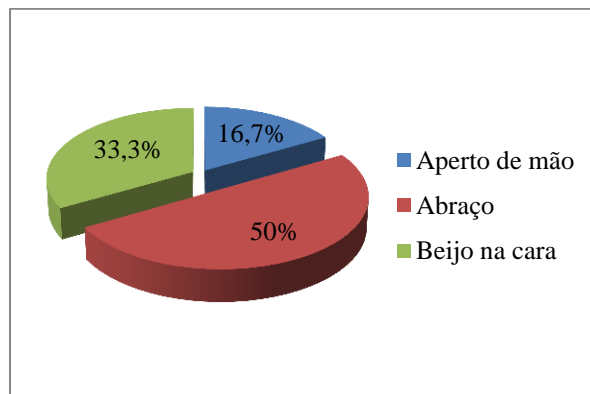


Gráfico 25- frequência de respostas obtidas na questão referente ao grupo de técnicos

2- Os jovens sabem quais as partes do corpo que devem ser guardadas, não deixando que alguém as toque sem o seu consentimento

No gráfico 26, sobre a questão se os jovens sabem quais as partes do corpo, que devem ser guardadas, podemos observar 66,7% das percentagens ser o pênis, 33,3% respondeu vagina.

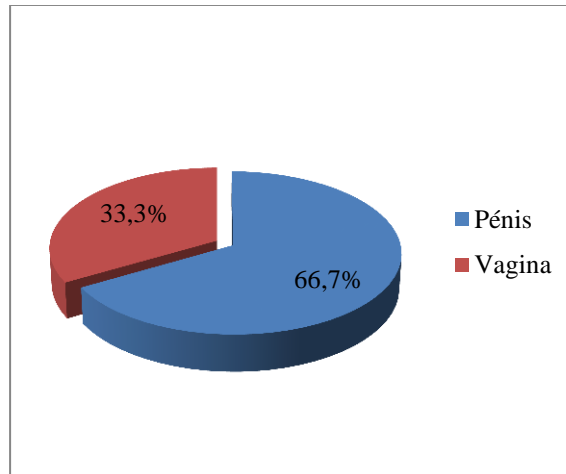


Gráfico 26- frequência de respostas obtidas na questão referente ao grupo de jovens

Em relação ao grupo de técnicos, podemos verificar no gráfico nº27 que 83,3% responde que os jovens sabem quais as partes do corpo que não se mostra sem consentimento, e 16,7% responde que os jovens não sabem.

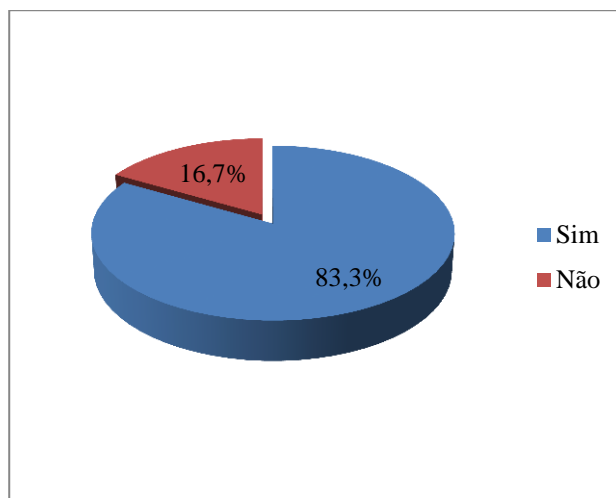


Gráfico 27- frequência de respostas obtidas na questão referente ao grupo de técnicos

3- Os jovens masturbam-se?

Sobre a questão se os jovens se masturbam, podemos no gráfico nº28 verificar os resultados obtidos pelos jovens em relação a esta questão. Assim verificamos que 100% diz que não sabe.

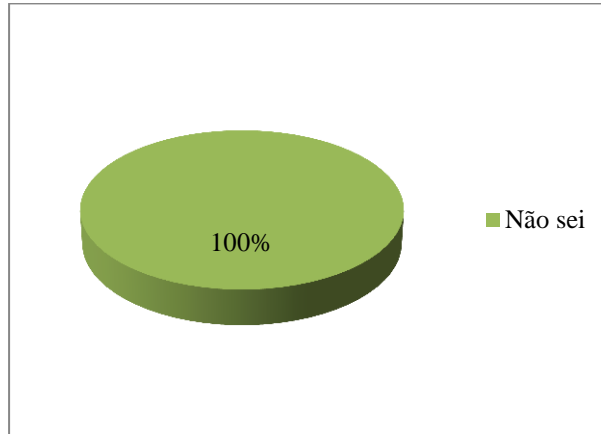


Gráfico 28- frequência de respostas obtidas na questão referente ao grupo de jovens

No gráfico nº 29, em relação ao grupo de técnicos, verificamos que 66,7% dizem que se masturbam e 33,3% dizem que não sabem.

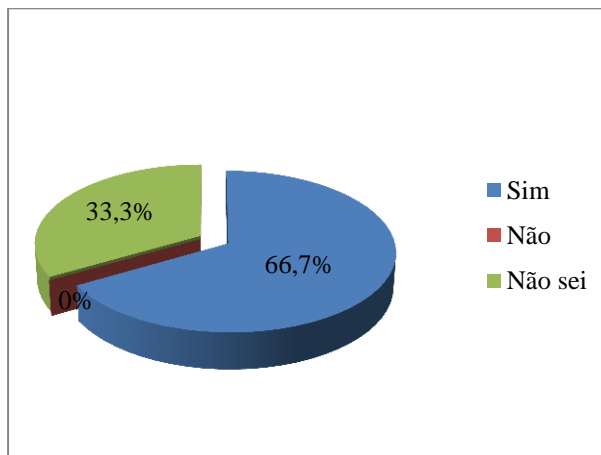


Gráfico 29- frequência de respostas obtidas na questão referente ao grupo de técnicos

4- Explicaram aos jovens o porquê dessa reação/atitude?

No gráfico nº30, sobre a questão se aos jovens lhes é explicado o porque desta reação, os próprios responderam com 50% que sim, 50% que não.

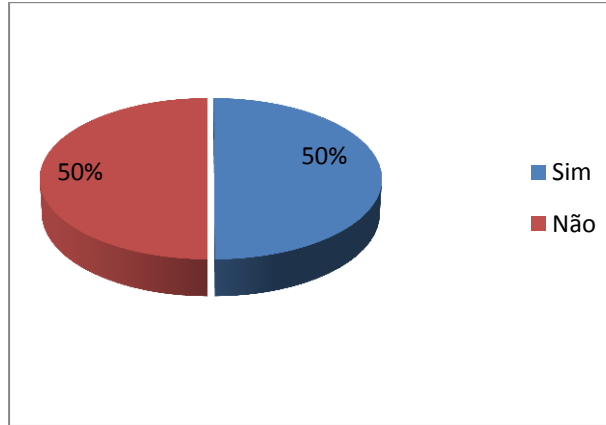


Gráfico 30- frequência de respostas obtidas na questão referente ao grupo de jovens

No gráfico nº31, o grupo de técnicos respondeu com 66,7% das percentagens que sim, lhes é explicada essa atitude, 16,7% a respondeu não saber e mesma percentagem 16,7 não deu resposta.

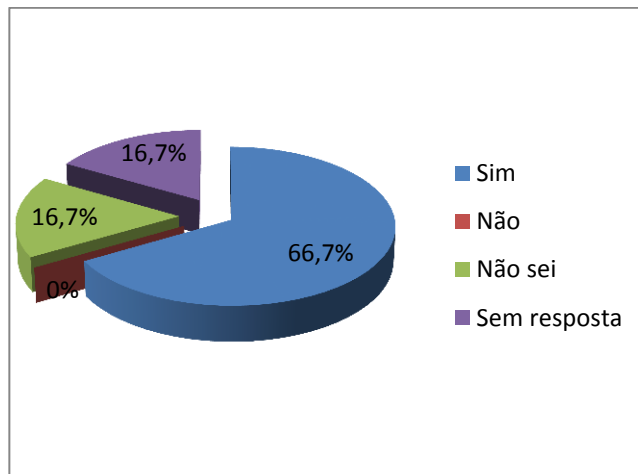


Gráfico 31- frequência de respostas obtidas na questão referente ao grupo técnico

10- Análise da contraceção

1- Os jovens sabem o que devem fazer para evitar ter filhos?

No grupo da contraceção, o Gráfico n°32 demonstra os resultados obtidos pelo grupo de jovens, em que 66,7% respondeu preservativo e 33,3% respondeu pilula.

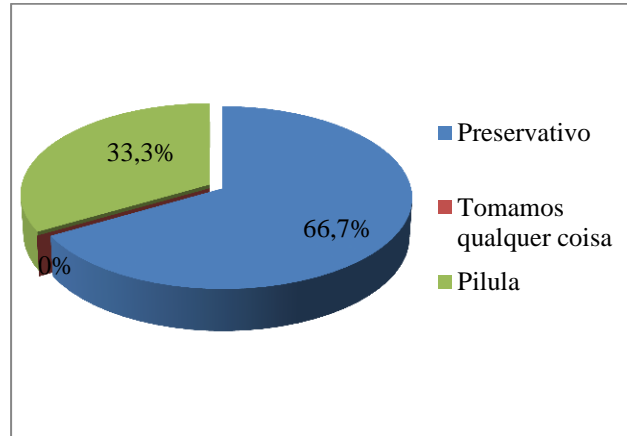


Gráfico 32- Frequência de respostas obtidas na questão em relação ao grupo de jovens

No grupo de técnicos, os resultados obtidos estão no gráfico n°33, onde podemos verificar que 66,7% respondeu que os jovens sabem 16,7% responde que não e 16,7% respondeu que os jovens não sabem

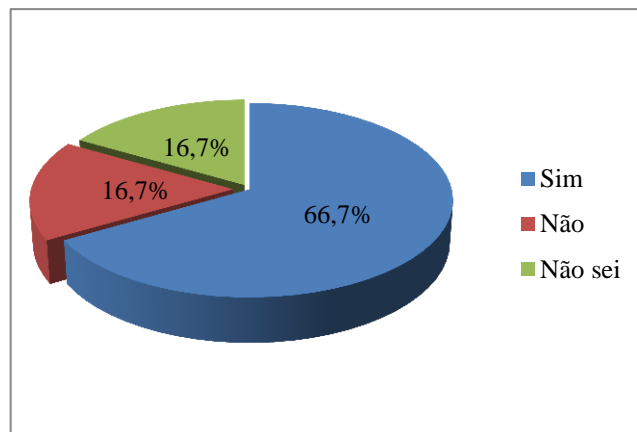


Gráfico 33- frequência de respostas obtidas na questão em relação ao grupo de técnicos

2- Os jovens sentem que ainda são crianças?

No gráfico nº34 referente ao grupo de jovens, na questão se ainda se sentem crianças, estes responderam 16,7% respondeu que sim, ainda se sentem crianças e 83,3% respondeu que não.

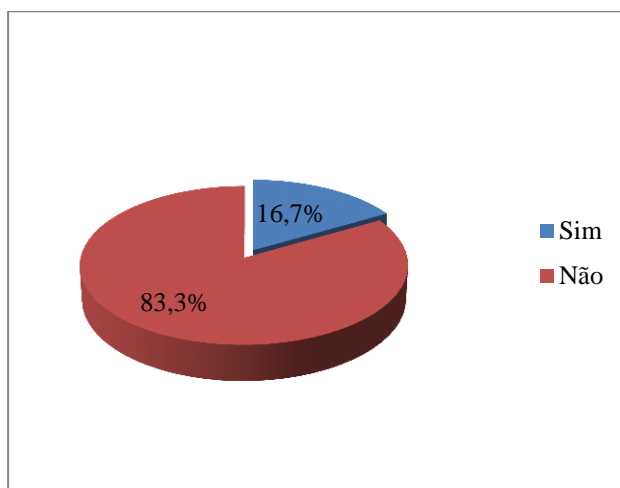


Gráfico 34- frequência de respostas obtidas na questão em relação ao grupo de jovens

No gráfico nº35, o grupo de técnicos, nas repostas obtidas relativamente á questão se os jovens ainda se sentem crianças, 66,7% respondeu que não e 33,3% respondeu não saber.

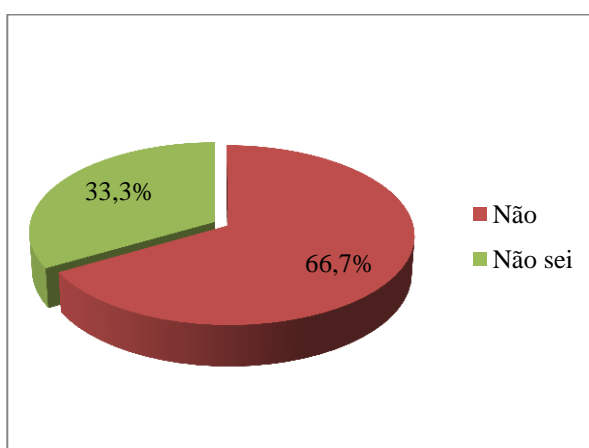


Gráfico 35- frequência de respostas obtidas na questão em relação ao grupo de técnicos

3- Os jovens são tratados como se fossem crianças?

O gráfico nº36 demonstra os resultados obtidos pelo grupo de jovens, sobre a questão se os jovens são tratados como crianças. Podemos verificar que 16,7% respondeu que sim, 66,7% respondeu que não e 16,7% não sabia.

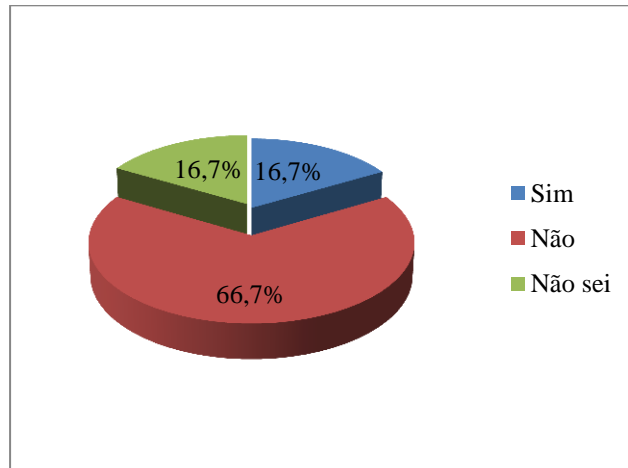


Gráfico 36- frequência de respostas obtidas na questão em relação ao grupo de jovens

No gráfico nº37, estão os resultados obtidos pelo grupo de técnicos onde 16,7% responde que sim e 83,3% responde que não, em relação se os jovens são tratados como crianças.

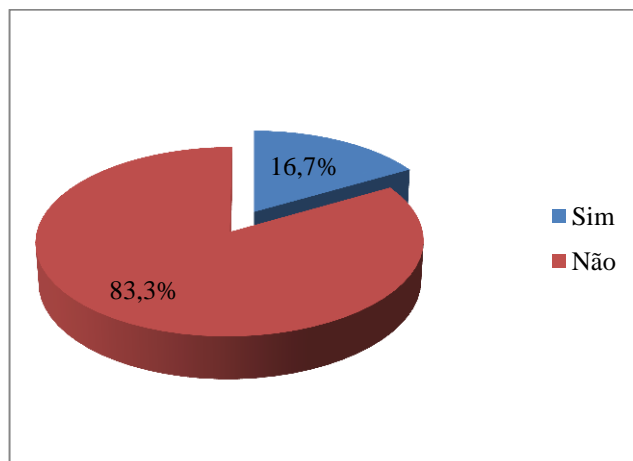


Gráfico 37- frequência de respostas na questão em relação ao grupo de técnicos

11- Discussão dos Resultados

Pela análise dos dados obtidos e tendo em vista os objetivos definidos para esta investigação, constatamos que continuam algumas dúvidas já surgidas ao longo da teoria e que mesmo com estas questões não foram de todo esclarecidas.

Em relação a nossa amostra, esta foi constituída por 6 pais e 6 profissionais (professores) a quem realizamos as entrevistas. No que diz respeito aos questionários foram respondidos por 6 profissionais (técnicos auxiliares) e 6 jovens com T21...

Apos termos recolhidos os dados das entrevistas, podemos concluir que os pais em relação ao desenvolvimento destes jovens, concordaram que são normais, comparando com os outros jovens, no sentido de terem o mesmo tipo de desenvolvimento, com a única diferença de terem uma certa dificuldade em adquirir regras, mas após isso são cumpridores. Concordam que a interação com jovens normais é ótima, pois sentem-se socialmente aceites e ajudam no desenvolvimento pessoal dos jovens com T21.

Em tendo em conta os nossos objectivos chegamos às seguintes conclusões: partindo do objectivo, **compreender as percepções dos pais em relação ao tema sexualidade, procurando evidenciar as suas atitudes, opiniões e medos**, verificamos que, um dos aspetos importantes, que analisamos no decorrer das entrevistas, é o meio onde estão inseridos, pois influencia bastante perante a educação sexual dos jovens com T21. Um exemplo foi uma mãe do meio rural que confirma que nem deixa a filha ver as novelas, “pois não vê, não sabe como é e não quer fazer”. Já os restantes pais, estão de acordo que bem acompanhados, tratados com maturidade consoante as questões e comportamentos de jovens com T21 em relação à sexualidade, estes reagem com naturalidade e tudo corre bem.

Os profissionais no geral têm as mesmas expectativas em relação ao desenvolvimento destes jovens, pois se acompanhados com profissionais adequados, estes tem um bom desenvolvimento pessoal o que lhes permite até serem inseridos no meio profissional de trabalho. Sempre sobre um limite e um controlo bastante grande, o que no ensino regular dizem ser impossível pois não existe meios para um bom acompanhamento.

Em relação ao tema do nosso estudo, acerca da sexualidade, os nossos entrevistados acham que os jovens com T21 têm os mesmos direitos, mas sempre controlados, no sentido de saberem como e onde fazer e quando.

No que diz respeito ao objetivo de **conhecer a opinião dos Pais e Técnicos sobre a utilização dos métodos de planeamento familiar mais adequados para os jovens com T21**, mencionam que são jovens sem qualquer capacidade para aprofundar temas mais específicos da sexualidade, como contraceptivos, gravidez, doenças sexualmente transmissíveis, tanto que só abordam quando chamados atenção.

Relativamente ao objetivo **conhecer normas educativas e de atuação que respeitem a vivência sexual dos jovens com T21**, a masturbação é considerada algo fisiológico natural e saudável e é permitido até nas instituições desde que se dirijam à casa de banho e num momento mais privado.

A legislação atual não é específica o que também compromete os resultados destes jovens com T21 em relação à sexualidade, não existindo um programa específico para os acompanhar com profissionais de saúde com formação adequada para abordarem certos temas perante eles.

No que se refere ao objetivo de **perceber qual a predisposição dos professores e profissionais para trabalharem com alunos com T21**, constatamos que, os profissionais consideram que de um modo geral, são jovens meigos, carinhosos, e mesmo com grandes limitações são respeitadores, cumpridores de regras e quando bem preparados são bons profissionais.

Quanto ao objetivo de **analisar as atitudes sociais para com a sexualidade dos jovens com T21**, verificamos que em função do meio em que estão inseridos os pais, estes diferem na aceitação da sexualidade dos jovens com T21. Na nossa amostra, os pais do meio rural consideram que os seus educandos não devem ter acesso à informação e experiências sexuais, pois defendem que a televisão já é um meio de ensino, daí não necessitarem de educação sexual escolar e familiar. Em contrapartida os pais do meio urbano aceitam a sexualidade de forma normal, respeitando as suas necessidades e desejos sexuais, até concordam que namorem e tenham um projeto de formar família.

Como já referimos dividimos o questionário em quatro partes para uma melhor interpretação dos resultados. Assim, na análise do conhecimento do corpo, reparámos que 3 jovens demonstram conhecer as diferenças entre o corpo dos rapazes e o corpo das raparigas. Mesmo assim 2 jovens não conseguem descrever as diferenças e 1 não respondeu corretamente. Aqui podemos perceber que nem todos os jovens têm a mesma perceção do corpo, o que nos leva a concluir que, diferem muito entre eles a maturidade mental, pois pensamos, ser fundamental o conhecimento do corpo na adolescência,

como constatamos no objetivo **conhecer o conceito de auto – imagem de jovens com T21**.

O mesmo número de jovens (3) revelam saber onde se situam essas partes do corpo, isto revela coerência entre as respostas.

Em relação à questão da menstruação, obteve-se 1 resposta, ter filhos, 2 respostas que não sabem, e 3 respostas que é sangue. As respostas diferem, mas pensamos que é importante referir que a resposta quer dos jovens quer dos técnicos está relacionada, “sangue” é dada tanto pelas jovens, e “é das raparigas” como é a resposta dada pelos técnicos.

Podemos aferir no objectivo seguinte se **os pais e os técnicos estimulam jovens Trissomia T21 para o desenvolvimento de afectos, atitudes e valores**, onde podemos verificar, na discussão de formas de contactos que nos 2 grupos a resposta mais frequente foi o abraço.

Relativamente ao objetivo de **compreender o modo como os jovens com T21 lidam com o seu corpo e com o de outros jovens, do mesmo sexo ou do sexo oposto**, em grande parte todos os jovens inquiridos (6) sabem quais as partes do corpo que devem ser guardadas e onde ninguém pode tocar, sem o seu consentimento. Esta é uma questão que merece muita atenção, para evitar os abusos sexuais a que muitas vezes esta população é sujeita, as raparigas principalmente sendo esta também uma grave questão e com a qual os pais estão preocupados.

A maioria dos técnicos (5) aponta que os jovens sabem quais são essas partes.

No que concerne ao objetivo de **analisar o modo como são encaradas as questões da sexualidade nos jovens com Trissomia 21, na escola e na família**, verificamos que uma vez que os jovens não estão todos institucionalizados, os técnicos dividem as suas opiniões, 2 dizem que não sabem se os jovens se masturbam e os outros 4 dizem que sim. Aqui também pode inferir das respostas, a falta de comunicação com os pais, se falam ou não falam do assunto, se os pais assumem que a educação sexual é um problema. Neste sentido, Carvalho (2011), Anastácio (2007) e Cardoso (2007), na sua investigação (Educação da Sexualidade em alunos com NEE: um percurso no IºCEB), mencionam que,

Existe um número considerável de professores que não se sente preparado para abordar a “Sexualidade e Reprodução Humana” em alunos com NEE. Apontam como principais razões, o facto de não possuírem formação na área e considerarem o tema de difícil abordagem, pois estes

alunos necessitam de um apoio especial. Referem também que, no âmbito da temática não possuem um programa/documento orientador que tenha em conta as necessidades educativas especiais dos alunos. Há quem afirme que perante as dificuldades sentidas remete o tema para o final da aula. É notório que relativamente à temática, alguns professores têm receio da reacção dos pais e encarregados de educação (p.200).

Bem como, Anastácio (2007), que refere na conclusão do seu estudo (Educação Sexual no 1º CEB: Concepções, Obstáculos e Argumentos dos Professores para a sua (não) Consecução) que

verificámos que os argumentos apresentados a favor da abordagem foram pelo exemplo positivo, pela consequência positiva, pela causa, pela autoridade concedida pela legislação e pela natureza das coisas, tendendo para uma lógica científica. Por sua vez, os argumentos para a não abordagem e contra a ES foram, sobretudo, argumentos sobre a pessoa (colocando em causa a competência dos professores), de autoridade para as famílias em detrimento dos professores e pelo exemplo, mas negativo, aconselhando os futuros professores através de uma argumentação retórica. As posições intermédias, ditas de evitação, apresentaram argumentos justificativos da não abordagem, caracterizados essencialmente por argumentação moral, pela analogia e pela ignorância, assentando numa lógica não formal. Nestas posições salienta-se um sentimento de insegurança como argumentação de causalidade da não abordagem (pp.516-517).

No resumo da sua Dissertação (Educação para a sexualidade no primeiro ciclo do ensino básico), Carvalho (2011) menciona que,

Os pais referem que, também na escola, os professores devem respeitar a curiosidade das crianças relativamente a esta temática, não devendo exceder o alcance desta informação. Apesar de todos os educadores considerarem a formação dos professores muito relevante, de forma a capacitá-los com competências para poderem abordar estes temas com os seus filhos e colaborar de forma mais eficaz com a escola, nenhuma das professoras entrevistadas recebeu formação nesta área, sentindo por isso uma falta de preparação na abordagem dos temas da sexualidade, causando dificuldades na forma como lidar com esta temática e de colaborar com as famílias neste contexto. A maioria dos pais não menciona como necessária a sua formação, mas acham imprescindível a formação dos professores (p.45).

Também constatamos que relativamente ao objetivo de **conhecer a opinião dos pais e dos técnicos sobre a sua intervenção na sexualidade dos jovens com T21**, uma mãe referiu que incutiu à filha que é um ato íntimo, para ela o fazer quando estiver sozinha e em casa evitando assim locais públicos. Chegou a apanhar a sua filha, numa

situação aparatosa, chegando a questionar também o pediatra, que lhe disse para reagir normalmente, não a reprimindo nem fazendo questões, podemos verificar esta situação (masturbação) no grupo das entrevistas. Contudo, também na opinião de Albuquerque (2007), no seu estudo refere

haver uma valorização, pelo menos teórica, das necessidades, desejos e interesses sexuais das pessoas com deficiência mental, mas ainda foram notados muitos preconceitos e mitos sobre a questão. Percebeu-se, de forma geral, uma certa inabilidade dos pais para lidarem com a sexualidade dos filhos em específico e dificuldades para agirem perante comportamentos sexuais considerados por eles inadequados. Já os professores apresentaram uma confusão quanto ao seu papel na orientação sexual dos jovens, preferindo ignorar manifestações sexuais ou reprimi-las, além de apresentarem medo de enfrentarem a escola e a família caso lidem com esse assunto em sala de aula. São usadas também muitas “desculpas” para a não orientação sexual oferecida aos jovens, pois, pelo menos teoricamente, os entrevistados visualizam a importância deste tipo de trabalho (p.122).

Podemos verificar que a sua opinião vai ao encontro do nosso estudo.

No recorrer da entrevista, a mãe refere por curiosidade **que o namorado dela era o pai**. Facto este, que nos deixaram perplexos no sentido de não entender, pormenores como dormir com o pai, andar na rua de mão dada com o pai, sendo a mãe amiga do casal.

No grupo da contraceção e maturidade reparamos que a maior parte dos jovens (6) diz conhecer como se faz para não se ter filhos. Apenas 2 rapazes falaram no uso do “preservativo” e 4 raparigas falaram no uso da “pílula” e do “preservativo”. Aqui percebemos algumas dúvidas por partes dos jovens, e consideramos que a educação sexual tanto em casa como por parte dos técnicos deve ser em conjunto, pois esta questão é muito importante para eles.

Em relação aos Técnico, 1 desconhece a opinião dos jovens e 4 dizem que estes jovens sabem o que são contracetivos. Nesta situação, refere-se ainda que na opinião dos técnicos a informação sobre contraceção, sendo este um desafio complexo, deve englobar a entajuda de todos os que convivem diariamente com estes jovens, quer seja da parte dos técnicos como da parte dos auxiliares de saúde, pois é de grande importância a educação sexual quer para estes jovens com T21 quer para todos os jovens em geral.

Efetuamos uma pesquisa de estudos sobre o mesmo tema verificamos que os resultados vão ao encontro dos nossos resultados.

Conforme Albuquerque (2007), na sua Dissertação refere

haver uma valorização, pelo menos teórica, das necessidades, desejos e interesses sexuais das pessoas com deficiência mental, mas ainda foram notados muitos preconceitos e mitos sobre a questão. Percebeu-se, de forma geral, uma certa inabilidade dos pais para lidarem com a sexualidade dos filhos em específico e dificuldades para agirem perante comportamentos sexuais considerados por eles inadequados. Já os professores apresentaram uma confusão quanto ao seu papel na orientação sexual dos jovens, preferindo ignorar manifestações sexuais ou reprimi-las, além de apresentarem medo de enfrentarem a escola e a família caso lidem com esse assunto em sala de aula. São usadas também muitas “desculpas” para a não orientação sexual oferecida aos jovens, pois, pelo menos teoricamente, os entrevistados visualizam a importância deste tipo de trabalho (p.122).

No estudo de Franco (2012), *Sexualidade nas NEE - Trissomia 21. Perspetiva dos docentes do Ensino Regular do 1º, 2º e 3º Ciclo*, Escola Superior de Educação Almeida Garrett. Lisboa. Os resultados obtidos vão ao encontro do nosso estudo, no facto dos inquiridos concordarem que o ato sexual é natural e que jovens com T21 devem ser bem acompanhados, estarem bem informados e também concordam com um plano de educação sexual como para os jovens ditos normais.

No estudo de Figueiredo (2012), constatou-se que os professores mantêm uma atitude “fechada” em relação à sexualidade, manifestando uma preocupação com as consequências negativas que os comportamentos sexuais possam provocar, o que vai ao encontro da opinião da nossa amostra dos profissionais, pois também lhes mencionaram que deve existir uma vigilância constante dos comportamentos sexuais dos jovens.

Por ultimo, Franco (2010), mencionando as ideias chaves na conclusão da sua dissertação (*Atitudes face à Afectividade e Sexualidade do Jovem com Deficiência Mental*), que vão ao encontro da nossa investigação:

Porém, quando questionados sobre a dificuldade de abordagem deste tema, a atitude torna-se menos positiva, com particular relevo nos alunos do *Sexo* feminino. Ilustra-se assim que “na sociedade em que vivemos, o tema da sexualidade continua envolto de preconceitos e discriminações (p.33).

“As manifestações da sexualidade continuam apenas, a serem consideradas normais e aceites socialmente, para os belos, os jovens, os capazes, os saudáveis, logo livres de qualquer deficiência” (p.34).

necessidades e emoções do deficiente mental são iguais aos demais. A perspectiva de que os portadores de deficiência mental têm maiores ou menores impulsos sexuais carece de fundamentação biológica, pois não existe uma sexualidade característica do indivíduo portador de deficiência mental (p.35).

Estes são os dois grandes mitos contraditórios que acompanham a sexualidade do deficiente mental. Segundo uma perspectiva são descritos como seres assexuados, infantis, desprovidos de desejos e impulsos sexuais, que necessitam de ser protegidos e vigiados durante todo e qualquer contacto social que desenvolvam. De acordo com outra perspectiva, são percebidos como seres hipersexuados, sem qualquer controlo dos seus impulsos, que devem ser travados e castigados (p.35).

De acordo com o mesmo autor: “O deficiente mental necessita de educação sexual mais do que qualquer outra pessoa, pois não tem oportunidade de aprender e construir a sua sexualidade através de amigos, de livros ou da observação de comportamentos” (p.38).

Desta forma, “Eles necessitam de ser treinados nas habilidades sociais, particularmente em como mostrar afecto e amor de uma forma socialmente aceite e também de aprender a se defender e proteger de infecções sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada e abusos sexuais” (Franco, 2010, p.38).

È necessário ter em linha de conta, que estes profissionais possuem pouca formação académica para conseguir e saber lidar com a sexualidade dos seus pacientes (Franco, 2010, p.39).

“Pode-se pois concluir, que a grande maioria dos alunos inquiridos considera a sexualidade como parte importante da vida de todo o ser humano e que reconhece as suas várias funções, mas falta-lhes formação para melhor poderem lidar com esta temática” (Franco, 2010, p.39).

Em suma, chegamos à conclusão neste capítulo, que todos os estudos a cima referidos estão interligados ao nível de conclusões, apesar dos seus temas diferenciados.

Os jovens com T21 necessitam de um maior esclarecimento e acompanhamento mediante as suas limitações para que a sua sexualidade seja tao normal quanto possível.

Considerações Finais

A nossa investigação teve como preocupação central a Vivência dos Afectos dos jovens com T21.

Ao analisarmos os nossos resultados verificamos que ainda existe muito trabalho, um percurso muito longo a fazer em redor deste tema, por parte dos profissionais, pais, todos os que convivem e trabalham com estes jovens.

Ao nível sexual estes jovens revelaram necessidades, procura do conhecimento do corpo como qualquer outro jovem dito normal, procura de conhecimento dos sinais fisiológicos da sua sexualidade, pois não apresentam grandes capacidades para temas mais específicos, daí a importância da educação sexual. No enquadramento teórico, tentamos especificar os comportamentos que estes jovens apresentam a nível sexual, ao conhecimento do corpo, a afetividade que têm, o sonho em casar, constituir família e o respeito que tem uns pelos outros.

Assim, o objetivo principal ou questão central foi analisar como são tratadas as questões da vivência dos afectos nos jovens com Trissomia 21, na escola e na família.

Após a realização deste estudo podemos considerar, que os profissionais e os pais devem ter em atenção que trabalhar a sexualidade é um processo de parceria entre a escola, psicólogos e família.

É difícil chegar a uma conclusão geral, pois todos os dias novas conquistas de psicólogos, pais e dos próprios adolescentes se alcançam, hoje uma teoria pode estar incompleta e amanhã com novos estudos poderá ficar mais completa. Todos os dias novas atitudes e novos comportamentos aparecem.

Perante os resultados obtidos podemos concluir que estes jovens têm boa autoestima. Consideram-se desiguais na sociedade mas acham que são amados, o que se pode concluir que em geral, estes jovens reconhecem a atenção, carinho e amor, embora saibam que são fisicamente dissemelhantes.

Estes jovens conhecem as partes do seu corpo e as partes do corpo que não se mostram em público, aqui revela-se o trabalho desenvolvido nesta área pelos técnicos e pais.

Concluimos que existe compreensão e respeito por parte dos Técnicos em relação ao jovem e que as necessidades fisiológicas que os jovens apresentam nestas idades são iguais a jovens ditos normais, na procura do prazer.

Na interação entre eles, são jovens carinhosos, que se cumprimentam com respeito, com beijos no rosto e com abraços.

Chegamos assim á conclusão que estes jovens não estão preparados para a vida sexual, que ainda há muito a adquirir com o trabalho de técnicos, docentes e pais, pois a maturidade que nestas idades se adquire, nestes jovens aparece muito mais tarde, não podendo assim tirar conclusões em função da idade deles.

Pensamos que se devia apostar mais na educação destas crianças a nível sexual, recorrendo assim a ajudas extras, animadores socioculturais, psicólogos, docentes e uma maior aposta do estado Português perante estes adolescentes, o que não acontece nos restantes países Europeus, em que os pais são acompanhados diariamente durante toda a vida do jovem, ao contrário de Portugal que após os 18 anos deixam de ter qualquer tipo de acompanhamento.

Deste modo, na realização deste trabalho foram surgindo algumas limitações, devido aos factos inicialmente referidos na introdução desta investigação, a escolha do presente tema incidiu sobretudo na sua pertinência, na eventualidade de apresentar respostas a uma realidade objetiva, mas sobretudo assenta no facto de ser uma temática pouco explorada e abordada, pelo menos no nosso país. Neste sentido, é importante referir a escassez de bibliografia sobre esta temática. Há poucas obras só sobre T21 e ainda menos sobre a temática da sexualidade de pessoas portadoras desta ou de outras patologias, bem como profissionais especializados nesta área de formação que possibilite conceder respostas a estas crianças e jovens.

O estudo aqui realizado possibilita uma futura investigação em termos comparativos de jovens da mesma faixa etária, jovens com T21 e jovens sem T21, estudando as necessidades afectivas, comportamentais de interação social nos dias de hoje.

Gostaríamos de mencionar que este estudo contribuiu para o nosso crescimento profissional e pessoal, e para que futuramente possamos seguir os passos de animadora sociocultural, com um conhecimento mais aprofundado e exaustivo sobre qualquer ato que estes jovens T21 possam manifestar na busca da sua sexualidade. Estando também aptos para alertar e informar pais e profissionais.

Bibliografia

Afonso, P.F.S. (2006). *Desafios da Sociedade Atual á educação da criança - O Papel da Educação Familiar*.

Alonso.V.M.A. & F.B.Jordan de Urriés Veja. (2006). *Rompiendo Inércias. Claves Para Avanzar. VI Jornadas Cientificas de Investigacion sobre Personas con Discapacidad*. Amarú Ediciones (Publicaciones INICO), Salamanca.

Albuquerque, P.P. (2007). A Sexualidade como um aspecto de Intervenção para pais e professores de jovens com Deficiência Mental. Universidade Federal de São Carlos. São Paulo.

Alves, P.J.F. (2009). *Transição da Escola para a Vida Adulta: Experiências de Aprendizagem Integrada*. Editada: Universidade Portucalense Infante D. Henrique.

Anastácio, Z.F.C. (2007). *Educação Sexual no 1º CEB: Concepções, Obstáculos e Argumentos dos professores para a sua (não) consecução*. Universidade do Minho.

Antunes, L.N. (2009). *Mal- Entendidos. Da Hiperatividade á Síndrome de Asperger, da Dislexia às Perturbações do sono*. Edição de Livros Lda.

Badesa, S. M & Martin, R.C. (2010). *Formación para la inclusion laboral de personas con discapacidad intelectual*. Ediciones Pirâmide.

Bairrao, J, (Coor): Felgueiras, I., Fontes,P., Pereira, F.I. *Os alunos com NEE subsídios param o sistema de educação*. Edição do conselho nacional de educação ministério da educação.

Bardin, L. (1988). *Análise de Conteúdo*. Lisboa. Edições 70.

Bezerra. A & Macário. R. (2011). *2º Ciclo, Educação Sexual na Escola*. Editora Educação Nacional.

Botelho, L. (2009). *Guia para o capítulo de revisão da literatura*.

Braconnier, A. & Marcelli, D. (2000). *As Milfaces da Adolescência*. Confrontações

Brown, L. (1989). *Critérios de Funcionalidade*. Editores Milan, Fundacion Catalan, Síndrome de Down, Barcelona.

Cardoso, C. S. L. (2007). *Educação da sexualidade em alunos com NEE : um percurso no 1º CEB*. Repositório Institucional da Universidade de Aveiro.

Cardoso, J. (2006). *Sexualidade e Deficiência*. Editora: Quarteto.

Carolin Sabin. (2000). *Compêndio de Estatística Médica*. Medicina e Saúde.

Carvalho, E.P.N. (2011). *Educação para a Sexualidade no primeiro Ciclo do Ensino Básico*. Instituto Universitário de Lisboa. Lisboa.

Carrazo, P.C.M. (2006). *El Método de Estudio de Caso- Estrategia Metodológica de La Investigación Científica*. In *Ver. Pensamiento y Gestión n.º20*. Universidade dei Norte.

Castellano, M.A.N. (2003). *A Sexualidade das Pessoas com Perturbações Psíquicas*. In V.J.V.

Carvalho, C.S. (2008). *Guia para Educadores Educação da Sexualidade*. Lisboa.

Capucha, L. (2008). *Educação Especial- Manual de Apoio á Prática*. Editor: Direção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular/ Direção de Serviços da Educação especial e do Apoio Socioeducativo.

Cláudio, D.A.A. (1998). *A Orientação para a formação de Jovens com Deficiência Intelectual*. Editora: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das pessoas com Deficiência. Comunicação da Comissão ao conselho, ao Parlamento Europeu, ao comité Económico e Social Europeu e ao Comité das Regiões. Situação das pessoas com deficiência na União Europeia alargada: O Plano de Ação Europeu 2006-2007.

Craft, A. (1987). *Mental Handicap and Sexuality-Issues and Perspectives*. DJ Costello. British Library.

Correia, L.M. (1997). *Alunos com Necessidades Educativas Especiais nas Classes Regulares*. Porto: Porto Editora.

Correia, L.M. (1998). *O Papel da Escola na Transição para a Vida Ativa de Alunos com Necessidades Educativas Especiais, in Sonhar*. V 2-3. Braga: APPCDM.

Correia, L.M. (2000). *Inclusão 1*. Porto: Porto Editora.

Correia, L.M. (2001). *Inclusão 2*. Porto: Porto Editora.

Correia, L. & Martins, L.P.A. (2002). *Inclusão, um guia para Educadores e Professores*. Editora: Quadrado Azul Editora.

Correia, L.M. (2002). *n.º14. Perspetivas Sobre a Inclusão da Educação á Sociedade*. Editora: Porto Editora.

Correia, L.M. Martins, A.P. (2002). *Inclusão: Um guia para educadores e professores*. Braga: Quadrado Azul Editora.

Correia, L.M. (2003). *Inclusão e Necessidades Educativas Especiais: Um guião para educadores e professores*, Porto: Porto Editora.

Correia, L.M. (org.). (2003). *Educação Especial e Inclusão: quem disser que uma sobrevive sem a outra não está no seu perfeito juízo*. Porto: Porto Editora.

Correia, L.M. (2005). *Educação Especial e Necessidades Educativas Especiais Ao encontro de uma plataforma comum*. Lisboa: Ministério da Educação.

Correia, L.M. (colaboradores). (2008). *Inclusão e necessidades educativas especiais: Um guia para educadores e professores*. Porto: Porto Editora.

Correia, L.M. (2008). *A escola Contemporânea e a Inclusão dos Alunos com Necessidades Educativas Especiais*, Porto: Porto Editora.

Correia, M.L. (s. d.). *Inclusão e Necessidades Educativas Especiais. Guia para Educadores e Professores*.

Correia, L.M. n.º1. (s. d.). *Alunos com Necessidades Educativas Especiais nas Classes Regulares*. Editora: Porto Editora.

Correia, L.M. & Serrano, A. M. 2. (s. d.). *Envolvimento Parental em Intervenção Precoce*. Editora: Porto Editora.

Correia, L.M. & Cruz. V. Q 4. (s. d.) *Dificuldades de Aprendizagem*. Editora: Porto Editora.

Correia, L.M. & Rodrigues, D. (s. d.). n.º7. *Educação e Diferença. Valores e Práticas para Uma Educação Inclusiva*. Editora: Porto Editora.

Correia, L.M. & Santos, S. & Morato. P. (s. d.). *Comportamento adaptativo*. Editora: Porto Editora.

Correia, L.M., F.R, S. & J, A.H. (s. d.). *Como ensinar Todos os Alunos na Sala de Aula Inclusiva*. Editora: Porto Editora.

Correia, L.M., McWilliam, P.J., Winton, J.P. & Crais, R.E. (s. d.). *15 Estratégias Práticas para a Intervenção Precoce Centrada na Família*. Editora: Porto Editora.

Correia, L.M. & Leitão, F. R. (s. d.). *A Intervenção Precoce e a Criança com Síndrome de Down*. Editora: Porto Editora.

Cortesão, I., Silva, M.A. & Torres, M.A. (1989). *Educação para uma Sexualidade Humanizada- Guia para Professores e Pais*. Edições Afrontamento. Porto.

Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. (2008). Editora: Organização Mundial da Saúde/Direção-Geral da Saúde.

Costa, A. M. B., Leitão, F. R., Santos, J., Pinto, J. V. & Fino, M.N. (1996). *Currículos Funcionais vol2*. Editora: Instituto de Inovação Educacional.

Cortesão, L. (1981). *Escola, Sociedade. Que Relação?* Porto: Edições Afrontamento.

Cortesão, I., Silva, M.A. & Torres, M.A. (1989). *Educação para uma Sexualidade Humanizada*. Coleção Ser Professor. Edições Afrontamento

Cunningham & Cliff. (s. d.). *Síndrome de Down- Uma Introdução para Pais e Cuidadores*.

Cruz, P.C.S. (2006). *Integração na vida ativa, Escola e sociedade*. Universidade do Minho.

CRPG - Centro de Reabilitação Profissional de Gaia/ ISCTE- Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da empresa. (2007). *Mais qualidade de Vida para as Pessoas com Deficiências e Incapacidades- Uma Estratégia para Portugal*. Edição: CRPG- Centro de Reabilitação Profissional de Gaia Gabinete da Secretária de Estado Adjunta e da Reabilitação. Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência (2006/2009). Plano de Ação para a Integração das Pessoas Deficiências ou Incapacidades.

Della-Courtiade, C. (1997). *A Criança com Deficiência*. França, Grifo – Editores e Livreiros, Lda.

Eccles, J. (1989). *A Evolução do Cérebro- A Criação do EU*.

Fernandes, H.S. (2002). *Educação Especial Integração das Crianças e Adaptação das Estruturas de Educação*. Braga: Edições APPACDM Distrital de Braga.

Fernandes, P.A. (2004). *E Nós?* Edição: Delegação Distrital de Castelo Branco da Associação Portuguesa de Deficientes.

Ferreira, S.S. (2008). *Transição para a vida Pós-Escolar de alunos com Necessidades Educativas Especiais*. Editora: PsicoSoma.

Fernandes, H.S. (2002). *Educação Especial Integração das Crianças e Adaptação das Estruturas de Educação*. Braga: Edições APPACDM Distrital de Braga.

Fonseca, V. (1994). Revista- *Educação Especial e Reabilitação* n°2, Lisboa: Editorial Notícias Faculdade de Motricidade Humana.

Fonseca, V. (1995). Revista - *Educação Especial E Reabilitação* n°3/4, Lisboa: Editorial Notícias Faculdade de Motricidade Humana.

Fonseca, V. (1997). *Educação Especial*. Porto Alegre Artes Médicas: sul Editora.

Fonseca, V. (2001). *Tendências Futuras para a Educação Inclusiva, revista Inclusão*. Braga: Edições Universidade do Minho.

Figueiredo, P. G. O (2012). *A sexualidade em alunos com Necessidades Educativas Especiais de Caracter Permanente: as atitudes dos professores de educação especial*. Universidade Católica Portuguesa. Viseu.

Frade, A., Marques, A. M., Alverca, C. & Vilar, D. (1999). *Educação Hoje Educação Sexual na Escola- Guia para Professores, Formadores e Educadores*. 3ª Edição. Texto Editora.

Franco, J. R. (2012). *Sexualidade nas NEE - Trissomia 21. Perspetiva dos docentes do Ensino Regular do 1º, 2º e 3º Ciclo*, Escola Superior de Educação Almeida Garrett. Lisboa.

Freixo, M. J. V. (2009). *Metodologia Científica*, Lisboa: Epistemologia e sociedade Edições Piaget.

Freixo, V.J.M. (2009). *Metodologia Científica- Fundamentos, Métodos e Técnicas, epistemologia e sociedade*. Editor: Instituto Piaget.

Franco,D.G.(2010). *Atitudes face á Afectividade e Sexualidade dos Jovens com Deficiência Mental*. Universidade da Beira Interior. Covilhã.

Frazão, L. (2005). *Da Escola ao Mundo Do Trabalho, competências e inserção sócio-profissional*. Editora: Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular.

Frazão, A.A. (2000). *Comunicação Educadora-Criança e Atividade Simbólica. Estudo Comparativo da Interação e do Jogo Simbólico em Crianças Normais e Crianças com Síndrome de Down*. In F.R. Leitão (org). *A Intervenção Precoce e a Criança com Síndrome de Down. Estudos sobre Interação*. (pp.94-97).Porto Editora.

Galvão, J.C.L. (2000). *Um olhar sobre A Sexualidade Humana para uma Paternidade responsável*. Àgueda.

Gil, A.C. (2002). *Como Elaborar Projetos de Pesquisa*. 4ª Edição. Atlas.

Gillan, P. & Richard. (1988). *A Terapia Sexual*. Edições 70 Persona

Guyavanzini. (1978). *O Tempo da Adolescência*. Edições Persona.

Guerra, I. (2008). *Pessoas com Deficiência: Mobilidade, Educação e Trabalho*.

Hébert, L.M., Goyette, G & Boutin, G. (1990). *Investigação Qualitativa- Fundamentos e Práticas*. Éditions Agence d"ARC.

Wallon, H. (1998). *A Evolução Psicologia da Criança*. Edições 70, Lisboa, 1º Edição.

Incluso. (2008). (revista) *Transição para a Vida Adulta* - Direção Regional de Educação Especial- Madeira Educação Especial Ministério da Educação.

Inclusão Escolar de Crianças com síndrome de Down Editora. (2004). Vozes.

Inês Re, M. (2007). *Educação Sexual em contexto de sala*. Lisboa, Editorial ediba srl.

Inês Re, M. (2007). *Educação Sexual na Infância*. Lisboa, Editorial ediba srl.

Instituto Ethos. (2004). *A integração de Pessoas com Deficiência nas Empresas: Como Atuar*. Editora: Grace.

Jiménez, B.R. (coord). (1997). *Necessidades Educativas Especiais. Educação Especial e Reforma Educativa*. (pp.9-22).1º Edição. Editora Dinalivro. Lisboa.

Johnson, D. & R.Myklebust, H. (s. d.). *3ª Edição- Distúrbios de Aprendizagem*. Editora: Livraria Pioneira.

Jocelyne, R. (2006). *A Minha Sexualidade dos 9 aos 13 anos*. Porto Editora

Julie & Mcshane. J. (2000). *Crianças com Dificuldades de Aprendizagem. Uma Abordagem Cognitiva*. Porto Alegre: Artemed.

Kirk, S. & Gallagher, J. (1997). *A Educação da Criança Excepcional*. Capítulo 4. Ministério da Educação (2008) Direção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. Lisboa.

Lefèvre, B.H. (s. d.). *Mongolismo- Orientação para famílias*. Editora Almed.

Leitão, F.A.R. (org) et al. (2000). *A Intervenção Precoce e a Criança com Síndrome de Down. Estudos sobre Interação*. Porto Editora.

Lopes, M.C.S.L.S. (1997). *A Educação Especial em Portugal*. Edições – APPACDM Distrital de Braga. Braga.

Lowenfeld, V. (1977). *A Criança e a Sua Arte*. Editor Mestre Jou

Martins, D.A.M. (2001). *Deficiência Mental e Desempenho Profissional*. Editor: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência. Livros SNR, n.º19.

Marques. A. M. D. V & Fonseca, F. (2002). *1º Ciclo, Educação Sexual Um Guia para Professores e Formadores*. Texto Editora

Marques, A., Vilar, D & Forreta, F. (2002). *Educação Sexual no 1º Ciclo*, Lisboa, Texto Editor.

Menezes, I. (1990). *Psicologia do desenvolvimento e educação de jovens*. Universidade Aberta.

Ministério da Educação. (2008). *Educação Especial - Manual de Apoio à prática*. Lisboa: Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular.

Ministério da Educação. (1998). *Os Alunos com Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: CNE.

Ministério da Educação. (1998). *Transição para a Vida Adulta - Jovens com Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: DEB.

Ministério da Educação. (1992). *Caracterização das dificuldades dos alunos com necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Edição Direção Geral dos Ensinos Básico e Secundário.

Ministério da Educação. (1992). *O Planeamento e a programação educativa*. Lisboa: Edição Direção Geral dos Ensinos Básico e Secundário.

Ministério da Educação. (1992). *Os Intervenientes da aplicação do Decreto- Lei nº 319/91*. Lisboa: Edição Direção Geral dos Ensinos Básico e Secundário.

Morato, P; Furtado, S. (2001). *Sexualidade em Adolescentes com Trissomia 21: Vivências, Necessidades e Interesses*. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*. Lisboa, Universidade Técnica de Lisboa, FMH.

Morato, P.P. (1998). *Deficiência Mental e Aprendizagem, um estudo sobre a cognição espacial de crianças com Trissomia 21 Lisboa*. Editor Secretariado nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.

Mongeau, S. (1968). *Curso de Sexologia*. Edição Publicações Europa- América.

Nielsen, L. B. (1999). n.º3. *Necessidades Educativas Especiais na Sala de Aula*. Editora: Porto Editora.

Nereya J.G. (s. d.). *Freud e o Problema Sexual*. Brasília, editora Porto.

Oliveira, J.F.M. (s. d.). *Representações sobre a inserção na vida ativa de jovens com Trissomia 21*. Editada: Universidade de Sevilha.

Pacheco, D.B. & Valência, R.P. (1996). *A Deficiência Mental*. In R.B Jiménez.(1997) *Necessidades Educativas Especiais*. (pp.209-222) Lisboa. Editora Dinalivro.

Petrie, A & Sabin, C. (2000). *Compêndio de estatística médica*. Instituto Piaget - Coleção: Medicina e saúde, Sob a Direção de António Oliveira Cruz.

Pérez & R. Marset, (Coord.). (s. d.) *Integração de Pessoas com Perturbações Psíquicas em Atividades de Tempos Livres Manual do Monitor Especializado* (pp.101-105). Lisboa Dinalivro

Quivy R. & Campenhoudt, V.L. (2008). *Manual de Investigação Em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva 5 a edição.

Revista da Educação Especial Inclusão. (s. d.). n.º1, outubro 2005 Ministério da Educação - Secretaria Educação Especial Brasil.

Revista da Educação Especial Inclusão. (s. d.). n.º2, agosto 2006 Ministério da Educação - Secretaria Educação Especial.

Revista da Educação Especial Inclusão. (s. d.). n.º 3, dezembro 2006 Ministério da Educação - Secretaria Educação Especial Brasil.

Rigolet, S. A & Correia, L. M. (s. d.). n.º5. *Os Três P*. Editora: Porto Editora

Robert, J. (2006). *A minha sexualidade dos 9 aos 13 anos*. Porto, Porto Editora, Lda.

Rocha & Eucenir. (2006). *Reabilitação de Pessoas com Deficiência*.

Rodrigues, D. (2006). *Investigação em Educação Inclusiva*. Volume 1. Edição: Faculdade de Medicina e Motricidade Humana.

Rodrigues, D. (2003). *Educação Inclusiva: As boas notícias e as más notícias*, in Rodrigues, David, (org.), *Perspetivas Sobre a Inclusão: da educação à sociedade*. Porto: Porto Editora.

Rodrigues, D. (org). (2003). *Perspetivas sobre a Inclusão. Da Educação à Sociedade*. Porto: Porto Editora.

Rodrigues, A. (2002). *Deficiência Mental e Sexualidade*. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*. Lisboa, Universidade Técnica de Lisboa, FMH.

Rodrigues, D. (org). (2001). *Educação e Diferença, valores Práticos para uma Educação Inclusiva*. Porto: Porto Editora.

Rodrigues, D. (2000). *A inovação em Educação Especial*. Editor: Secção de Educação Especial da Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação.

Rubin, M. (1994). *Sida e outras Doenças de Transmissão Sexual*. Edição livros do Brasil.

Salend, S.J. (1998). *Effective mainstreaming -Creative inclusion classrooms*. Englewood. Cliffs: Prentice Hall.

Sampedro, M.F. & Blasco, G.M.G. & Hernández, A.M.M. In R.B. Jiménez. (1997) *Necessidades Educativas Especiais*.(pp.225-227). Lisboa.Editora Dinalivro

Sandra, F. R. & Julie A. H. (2000). *Como Ensinar Todos os Alunos na Sala Inclusiva*. Porto: Porto Editora.

Santos, A. P. (1991). *Transição para a Vida Ativa - IV Encontro Nacional de Educação*: Fundação Calouste Gulbenkian.

Sarmiento, M. (2008). *2ª Edição. Guia Prático sobre a Metodologia Científica para a Elaboração, Escrita e Apresentação de Teses de Doutoramento, Dissertações de Mestrado e Trabalhos de Investigação Aplicada*. Editora: Universidade Lusíada.

Serrano, A.M. (2008). *Capítulo 6 Inclusão e Intervenção Precoce: Para um Começo Educacional Promissor*. In L.M. Correia. (colaboradores). *Inclusão e necessidades educativas especiais: Um guia para educadores e professores*. Porto: Porto Editora.

Seyfried, E. (1992). *Condições de Sucesso da Integração dos Deficientes na Vida Profissional*.l CEDEFOP Berlim.

Secretariado Nacional de Reabilitação. (1995). *Normas Sobre Igualdade de Oportunidade para Pessoas com Deficiência*. Coleção: Cadernos SNR n.º3.

Serra, H., Nunes, G. & Santos, C. (2005). *Avaliação e Diagnóstico em Dificuldades Específicas de Aprendizagem*. Edições Asa.

Séverin, G. (1993). *Papá, Mamã, Digam-me a Verdade*. Horizontes pedagógicos

Sil, C.M.V. (2002). *Alunos em situação de Insucesso Escolar: Perceções, Estratégias e Opiniões dos Professores - Estudo Exploratório*. Universidade do Minho.

Sousa, M.M.J. (2007). *Criança com Necessidades Educativas Especiais como membro da sociedade e sua inclusão no contexto escolar: estudo de caso comparativo entre Brasil e Portugal*.

Soriano, V. European Agency for Development in Special Needs Education. (2006). *Planos Individuais de Transição*. Editado: DG de Educação, Formação, Cultura e Multilinguismo da Comissão Europeia.

Sprovier & Helena, M. (2005). *Deficiência Mental. Sexualidade e Família*.

Stray & Gundersen, S.K. (s. d.). *Criança com Síndrome de Down- Guia para Pais e Educadores*.

Sprinthall, N.A. & Sprinthall, R.C. (1993). *Psicologia Educacional- Uma Abordagem Desenvolvimentista*. Editora: Mcgraw-hill de Portugal, Lda.

Sprinthall, N.A., Collins, W.A. (1999). *Psicologia do Adolescente: uma abordagem desenvolvimentista*. 2ª edição. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian

Sprinthall, N.A. & Collins, W.A. (2003). *Uma Psicologia do Adolescente uma Abordagem Desenvolvimentalista*. 3ª Edição. Fundação Caloute Glubenkian, Lisboa.

Spitz, C. (1996). *Tudo o que os Adolescentes querem Saber*. Publicações Dom Quixote.

Tavares, A.M., Chaveca, M.T. M., Sarmiento, M., Mexia J.T. J., Rosário, L., Dumont, O.R., Alexandrino, S.N. (1986). *O Mongolismo e seus aspetos*. Braga.

Vaz, j. M. (2005) *Estes difíceis amores*. Publicações: Dom Quixote.

Vayer, P. & Destrooper, J. (1992). *A Dinâmica da ação Educativa*. Editora Horizontes Pedagógicos.

Vayer, P. & Roncin, C. (s. d.). *Integração da criança deficiente na classe*. Instituto Piaget: Horizontes Pedagógicos.

Vieira, L.M.T. (1994). *Seminário de Educação Especial-Unidade de Transição Para a vida Ativa (Policopiado)*.

Vieira, F.D. (2003). *Se Houvera Quem Me Ensinara..., A educação de Pessoas com Deficiência Mental*. Fundação Calouste Gulbenkian: Gráfica de Coimbra, Lda. 2ª edição.

Weiner I.B. (1995). *Perturbações Psicológicas na Adolescência*. Edição Fundação Calouste Glubenkian, Lisboa.

Referências Normativas

Decreto- Lei n.º 259/2000

Decreto- Lei n.º 20/2006

Decreto- Lei n.º 3/2008

Lei n.º 3/84

Lei n.º 46/86

Lei n.º 120/99

Lei n.º 60/2009

Webgrafia

<http://www.min-edu.pt/index.php?s=white&pid=728> consultado dia 9 de Novembro de 2012

www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/4473/2/Dados%20e%20conclus%c3%b5es%20percentagens consultado dia 12 de Novembro de 2012

<http://iscte.pt/~luis/ProgramaDoutoral/GuiaEstadoArte.pdf> consultado dia 12 de Novembro de 2012

<http://ria.ua.pt/handle/10773/4778> consultado dia 5 de Dezembro de 2012

<http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/7337> consultado dia 8 de Dezembro de 2012

<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/7337/1/Tese%20de%20Z%c3%a9lia%20Ferreira%20Ca%c3%a7ador%20Anast%c3%a1cio.pdf> consultado dia 3 de Janeiro de 2013

http://repositorio-iul.iscte.pt/bitstream/10071/2583/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o_set_2010.pdf consultado dia 3 de Janeiro de 2013

<http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis/upload/118/855/carladanielafrancopd.pdf> consultado dia 26 de Janeiro de 2013