



Universidades Lusíada

Bandarra, António José Esteves

No xadrez das sexualidades : conhecimentos, atitudes e comportamentos de jovens adolescentes surdos face às ISTS

<http://hdl.handle.net/11067/1270>

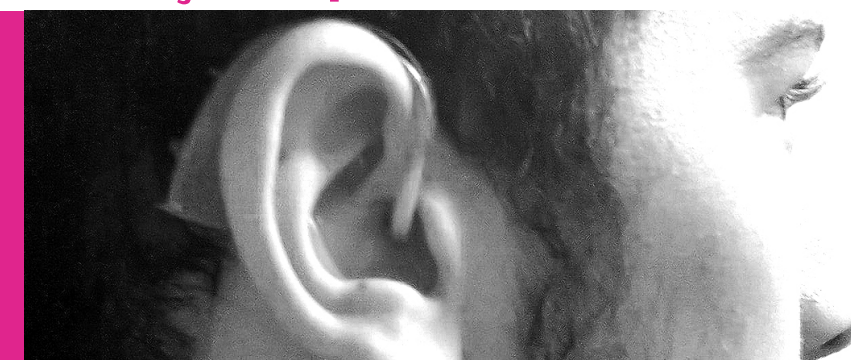
Metadados

| | |
|---------------------------|---|
| Data de Publicação | 2012 |
| Resumo | A Educação Sexual nas escolas é uma necessidade e um direito das crianças, jovens e das famílias, previsto na legislação portuguesa desde 1984. Assim, a informação de qualidade e educação em sexualidade é um direito para todos e um aspeto de grande importância na promoção de saúde sexual e reprodutiva. A educação sexual é um aspeto fundamental para o desenvolvimento pessoal e social do ser humano o que justifica o estudo, junto dos jovens adolescentes surdos, do nível de conhecimento, atitude ... |
| Palavras Chave | Educação Especial, Necessidades Educativas Especiais - Deficiência Auditiva - Adolescentes, Necessidades Educativas Especiais - Educação Sexual - Adolescentes, Psicologia comportamental |
| Tipo | masterThesis |
| Revisão de Pares | Não |
| Coleções | [ULP-IPCE] Dissertações |

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-25T20:28:52Z com informação proveniente do Repositório

NO XADREZ DAS SEXUALIDADES
CONHECIMENTOS, ATITUDES E COMPORTAMENTOS
DE JOVENS ADOLESCENTES SURDOS FACE ÀS ISTS

Dissertação
para a obtenção
do Grau de Mestre em:
Educação Especial



NO XADREZ DAS SEXUALIDADES
CONHECIMENTOS, ATITUDES E COMPORTAMENTOS
DE JOVENS ADOLESCENTES SURDOS FACE ÀS ISTS

António José Esteves Bandarra

PORTO 2013



Instituto de Psicologia
e Ciências da Educação
Universidade Lusíada do Porto

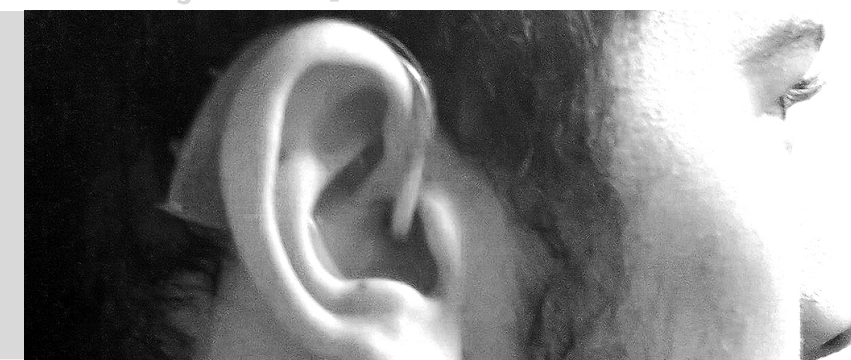


António José Esteves Bandarra



Instituto de Psicologia
e Ciências da Educação
Universidade Lusíada do Porto

Dissertação
para a obtenção
do Grau de Mestre em:
Educação Especial



NO XADREZ DAS SEXUALIDADES
CONHECIMENTOS, ATITUDES E COMPORTAMENTOS
DE JOVENS ADOLESCENTES SURDOS FACE ÀS ISTS

António José Esteves Bandarra

PORTO 2013

ORIENTAÇÃO:
Professora Doutora Joana Oliveira



**Instituto de Psicologia
e Ciências da Educação**
Universidade Lusíada do Porto



C: 2
M: 95
Y: 0
K: 0

ÍNDICE DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 1 – Conhecimentos face às ISTs | 86 |
| Quadro 2 – Atitudes face às ISTs | 94 |
| Quadro 3 – Comportamentos face às ISTs | 96 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| Gráfico 1- Distribuição dos sujeitos da amostra por género..... | 78 |
| Gráfico 2 – Distribuição dos sujeitos da amostra em percentagem por idade. | 79 |
| Gráfico 3 – distribuição dos sujeitos da amostra em percentagem por nível de escolaridade..... | 80 |
| Gráfico 4 – Distribuição dos sujeitos da amostra em percentagem por zona geográfica de proveniência..... | 80 |
| Gráfico 5 – Designações de Infeções Sexualmente Transmissíveis (ITS) | 87 |
| Gráfico 6 – Relação aparência/Infeção com ISTs | 88 |
| Gráfico 7 – Modo de proteção face às ISTs | 89 |
| Gráfico 8 – Modo de transmissão das ISTs..... | 90 |
| Gráfico 9 – Já alguma vez teve relações sexuais | 92 |
| Gráfico 10 – Com que idade teve a sua primeira relação sexual | 92 |
| Gráfico 11 – Já alguma vez visitou um Centro de Acolhimento de Detecção de VIH/SIDA (CAD)..... | 93 |
| Gráfico 12 – Através de que meio tem, com maior frequência, acesso a informação sobre as ISTs | 93 |
| Gráfico 13 – Atitudes em percentagem face às ISTs | 95 |
| Gráfico 14 – Comportamentos em percentagem face às ISTs..... | 97 |

LISTA DE SIGLAS

ASP – Associação de Surdos do Porto

APS – Associação Portuguesa de Surdos

EREBAS – Escolas de Referencia para o Ensino Bilingue de Alunos Surdos

FPAS – Federação Portuguesa das Associações de Surdos

JAS – Jovens Adolescentes Surdos

ISTs – Infecções Sexualmente Transmissíveis

LG – Língua Gestual

LGP – Língua Gestual Portuguesa

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

ONUSIDA - Programa Conjunto das Nações Unidas para VIH/SIDA

UNESCO – Organização Educacional Científica e Cultural das Nações Unidas

SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

WFD – World Federation of Deaf

WHO – World Health Organization

VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

Resumo

A Educação Sexual nas escolas é uma necessidade e um direito das crianças, jovens e das famílias, previsto na legislação portuguesa desde 1984. Assim, a informação de qualidade e educação em sexualidade é um direito para todos e um aspeto de grande importância na promoção de saúde sexual e reprodutiva.

A educação sexual é um aspeto fundamental para o desenvolvimento pessoal e social do ser humano o que justifica o estudo, junto dos jovens adolescentes surdos, do nível de conhecimento, atitude e comportamento que têm neste domínio de forma a melhor fundamentar possíveis intervenções.

Existem cerca de 33 mil surdos em Portugal. Estes são falantes de Língua Gestual Portuguesa e partilham diariamente a sua identidade cultural.

A maioria desconhece o acesso a serviços de educação em saúde sexual, o que os torna bastante vulneráveis à ocorrência de Infeções Sexualmente Transmissíveis.

O principal meio de comunicação para os jovens adolescentes surdos é a Língua Gestual. Contudo, a acessibilidade à informação é limitada por barreiras de comunicação escrita ou falada.

O presente estudo tem como objetivo analisar de que forma os jovens adolescentes surdos, à saída do ensino secundário adquiriram conhecimentos em matéria de sexualidade, que constituam bons indicadores de virem a ter comportamentos saudáveis em relação às Infeções sexualmente transmissíveis.

Os resultados sugerem que apesar de os alunos surdos possuírem conhecimentos sobre as ISTs, de algum modo, continuam vulneráveis. Saliencia-se a pertinência de ajustar a educação sexual nas escolas a este tipo de público, dado que parecem ainda não existir fontes de informação e de educação em sexualidade realmente eficazes e capazes de responder às necessidades destes jovens.

Espera-se que este estudo possa constituir um bom instrumento de referência para os professores utilizarem na orientação da sua prática pedagógica, alertando-os para a importância de conhecerem as conceções prévias destes alunos e os possíveis obstáculos às suas aprendizagens, de forma a obter um ensino mais motivador e eficaz face às ISTs.

Palavras-Chave: Jovens adolescentes Surdos, conhecimentos, atitudes e comportamentos face ao VIH/SIDA e outras ISTs.

ABSTRACT

Sex Education in school facilities is both a need and a right that of children, youngsters and families, as it is stated in the Portuguese legislation since 1984. Thus, quality information and education in sexuality is a right addressed to everyone and a trait of major importance in the promotion of sexual and reproductive health.

Sex Education is a fundamental feature to the personal and social development that of the human being, justifying therefore the study with the young hearing-impaired teenagers as to determine their level of knowledge, attitude and behavior towards this matter in a way to best devise suitable interventions.

There are about 33 thousand hearing-impaired in Portugal. These are Portuguese Sign Language users who daily share their cultural identity.

Most of them are unaware of the access to sexual health education services, which makes them quite vulnerable as to the occurrence of Sexually Transmitted Diseases.

The main means of communication for young teenagers is Sign Language. Still, their access to information is restrained by implicit boundaries in written or spoken communication.

The present study follows the objective of analyzing the way in which the young hearing-impaired teenagers, as they leave high school, have come to acquire proper knowledge regarding sexuality that lead to positive assuring signs of carrying out healthy behaviors regarding Sexually Transmitted Diseases.

The results suggest that although hearing-impaired students have general knowledge about the STDs they somehow remain vulnerable to them. Appropriate Sex Education adjustment to this type of audience is highlighted, since it seems to happen the yet inexistence of the truly effective sources of information and of education capable of fulfilling these young students' needs.

It is expected that this investigation can embody a useful referential instrument for teachers to apply in the layout of their pedagogical practice, alerting them to the relevance of knowing these students' previous misconceptions as well as the probable obstacles to their learning process to, consequently, obtain a more motivating and effective teaching regarding the STDs.

Keywords: young hearing-impaired teenagers, knowledge, attitudes and behaviors care towards HIV/AIDS and other STDs.

ÍNDICE

| | |
|---|------------------|
| INTRODUÇÃO..... | 3 |
| | |
| <u>CAPÍTULO I - NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS E INCLUSÃO</u> | <u>10</u> |
| | |
| 1. JOVENS SURDOS E NESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS | 10 |
| 1.1. AS NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS E A ADOLESCÊNCIA | 10 |
| 1.2. ALUNOS SURDOS E INCLUSÃO | 13 |
| | |
| <u>CAPÍTULO II - CONCEPTUALIZAÇÕES DE SURDEZ O RECONHECIMENTO DE UMA</u> | |
| <u>COMUNIDADE</u> | <u>17</u> |
| | |
| 1. REFLETIR SOBRE A SURDEZ..... | 17 |
| 1.1. BREVE DEFINIÇÃO DE SURDEZ | 17 |
| 1.2. IDENTIDADE SURDA | 18 |
| 1.3. SURDO / DEFICIENTE AUDITIVO | 22 |
| | |
| <u>CAPÍTULO III - A EDUCAÇÃO SEXUAL NO CONTEXTO ESCOLAR</u> | <u>26</u> |
| | |
| 1. PROMOÇÃO DA SAÚDE EM MEIO ESCOLAR..... | 26 |
| 1.1. A EDUCAÇÃO SEXUAL NO CONTEXTO ESCOLAR | 26 |
| 1.2. A EDUCAÇÃO SEXUAL NOUTROS PAÍSES EUROPEUS – BREVE – RESENHA | 31 |
| 1.3. SUPORTE LEGISLATIVO PARA A EDUCAÇÃO SEXUAL EM PORTUGAL | 33 |
| | |
| <u>CAPÍTULO IV - PROCURANDO REFERENCIAS TEÓRICAS NA IMPLEMENTAÇÃO DAS QUESTÕES</u> | |
| <u>DE EDUCAÇÃO DO SURDO TENDO EM VISTA A SUA SEXUALIDADE</u> | <u>39</u> |
| | |
| 1. SEXUALIDADE – UMA PERSPETIVA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE..... | 39 |
| 1.1. CONCEITO DE SEXUALIDADE | 39 |
| 1.2. EDUCAÇÃO SEXUAL/SEXUALIDADE – O QUE SIGNIFICA PARA OS SURDOS | 40 |
| 1.3. TIPOLOGIAS DA EDUCAÇÃO SEXUAL | 45 |
| 1.3.1 Educação Sexual Informal | 45 |

| | | |
|-------|---|----|
| 1.3.2 | Educação Sexual Formal e Não Formal | 50 |
| 1.4. | QUEM É RESPONSÁVEL PELA EDUCAÇÃO SEXUAL DO JOVEM/ ADOLESCENTE COM SURDEZ | 51 |
| 1.5. | A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NA CONSTRUÇÃO DA SEXUALIDADE DO JOVEM/ADOLESCENTE SURDO | 52 |
| 1.6. | A IMPORTÂNCIA DA PARTILHA DE CONHECIMENTOS DO GRUPO DE PARES DO JOVEM/ADOLESCENTE SURDO | 55 |
| 1.7. | MEIOS DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO SEXUAL DO JOVEM SURDO | 59 |

CAPÍTULO V - PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE.....62

| | | |
|----|--|----|
| 1. | EDUCAÇÃO VOLTADA PARA A SEXUALIDADE VIH/SIDA E ISTs FORMAS DE TRANSMISSÃO E DE PREVENÇÃO | 62 |
| 2. | COMPORTAMENTOS DE RISCO E O JOVEM SURDO | 68 |
| 3. | VALORES E EDUCAÇÃO PARA OS VALORES | 69 |

CAPÍTULO VI - DESIGN EMPÍRICO73

| | | |
|------|---------------------------------------|----|
| 1. | OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS | 73 |
| 1.1. | OBJETIVO GERAL | 76 |
| 1.2. | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 77 |
| 1.3. | HIPÓTESES | 77 |
| 1.4. | CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA | 77 |
| 2. | INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS | 81 |
| 3. | PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LEGAIS | 83 |
| 4. | RECOLHA E TRATAMENTO DE DADOS | 84 |

CAPÍTULO VII - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS86

| | | |
|----|-----------------------------------|----|
| 1. | APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS | 86 |
| 2. | DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 98 |

CONCLUSÃO.....108

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....112

ANEXOS.....130

Introdução

Segundo Sim-Sim (2005), a escola significa a primeira oportunidade de se socializar, de aprender hábitos de convívio e higiene; nela teríamos a melhor oportunidade de salientar a educação e a saúde.

A educação é uma componente essencial à socialização do ser humano, que condiciona a sua evolução e a forma como fará parte da sociedade (Azevedo, 2008). Neste sentido, apresenta-se como valor importante uma componente da educação, não tida como componente curricular e com um currículo próprio, mas que influencia o desenvolvimento pessoal e social do indivíduo – a educação sexual.

Para o mesmo autor, a educação sexual é desta forma um contributo importante para a formação harmoniosa do aluno, bem como para a promoção da saúde sexual e reprodutiva, com grande influência na formação da personalidade, na socialização e na formação de um conjunto de valores pessoais e morais.

A escola como palco de socialização e aprendizagem, ao mesmo tempo que transmite conhecimento e competências, não pode esquecer a educação sexual. O conhecimento de conteúdos inerentes à sexualidade deve, assim, desenvolver-se de uma forma adequada no sentido de proporcionar aos alunos saberes que o ajudem a enfrentar, de forma consciente e informada, situações que possam surgir, em determinados períodos das suas vidas (Azevedo, 2008)

Se aceitarmos, além do mais, que a escola é muito mais do que um lugar onde se adquirem conhecimentos e que é um local onde todos aprendemos a conviver com o nosso grupo social (e em cuja interação desenvolvemos globalmente a nossa pessoa) podemos pensar na transcendência que é para o aluno surdo ter a oportunidade de estar imerso desde pequeno neste processo de aprendizagem social (Bautista, 1997). Neste sentido, também deverá pensar o quão importante é para os companheiros ouvintes poder compreender e conhecer o surdo e a sua cultura.

Para Sim Sim (2005), quase tão importante quanto a família, a escola é o agente de socialização que proporciona à criança as regras de convivência num grupo alargado. No caso específico da criança surda, o desenvolvimento

de competências sociais, tendo pontos comuns com a criança ouvinte, apresenta, contudo, alguns aspetos, característicos que são importantes. A mesma autora salienta alguns aspetos como: as condicionantes linguísticas, na medida em que linguagem é um poderoso meio de modelação e controlo de aspetos referentes ao desenvolvimento social da criança.

A escola, como espaço de instrução, tem, deste modo, um papel preponderante na educação sexual, de forma a promover competências que permitam aos alunos compreender-se, conhecer-se a si próprios e ao mundo que os rodeia e a tomar decisões responsáveis no que diz respeito às relações interpessoais.

Para além da escola, a família, os meios de comunicação social, os amigos, entre outros, influenciam o processo de educação em sexualidade.

A família, enquanto espaço de relações e de afetos, é o espaço social com o papel mais determinante no desenvolvimento da educação em sexualidade de cada jovem, quer pela importância dos primeiros vínculos afetivos com a “figura de apego”, quer pela relação entre filhos e pais e, ainda pela influência destes como modelo de observação quotidiana, nomeadamente, enquanto casal, como refere Vaz (1996, p.18): *“Os pais são os modelos mais importantes, pois são simultaneamente figuras de apego e de identificação. São essenciais no processo de aquisição da identidade sexual e do género: é com os pais que a criança primeiramente se familiariza com as características do homem e da mulher e o modo de ser do género masculino e feminino”*.

Atualmente, os meios de comunicação social também adquirem um papel de relevo na informação através da rapidez com que esta circula. É inegável a influência nos jovens de todos os meios de comunicação e, de um modo especial, a televisão, quer pelo seu conteúdo, quer pelo número de jovens que, diariamente, assistem sozinhos aos programas. Tanto o aumento da oferta, quer de conteúdos, quer de horas de emissão e o surgimento do vídeo são referentes em relação à educação em sexualidade. Sexo/sexualidade é assunto “oferecido” em simultâneo em diferentes meios de comunicação a qualquer hora do dia, que naturalmente, exerce influência sobre os jovens.

A este respeito, Vilar (2003, p.164) afirma: *“os “mass média” não são entidades extra-humanas. Pelo contrário, os “mass média” são invenções dos seres humanos; existem enquanto organizações e atores sociais coletivos e enlaçam-se com a realidade de onde emergem. Existem com determinada intencionalidade, procuram atingir determinados objetivos”*.

Weeks (cit in. Vilar, 2003, p. 158) confirma a importância das interações e do meio quando declara: *“(…) queremos sublinhar que o sexo é relacional, é moldado na interação social e só pode ser compreendido no seu contexto histórico, em termos dos significados culturais que lhe são conferidos e em termos significados subjetivos que emergem nos indivíduos sexuados”*.

No mesmo sentido, Vilar (2003, p. 85) afirma: *“Se o desejo sexual é mediatizado pelos contextos pessoais, relacionais e sociais, tem de ser tido em conta na compreensão dos fenómenos da sexualidade humana e, nomeadamente, na interação entre o indivíduo e o social”*.

Também a expansão da Internet, nos últimos dez anos não ficou indiferente às questões da sexualidade. Com a globalização do mundo da comunicação através da internet surgiram outras formas de atividade sexual, ou seja, um padrão de sexualidade onde existe interação física, que pela sua acessibilidade e anonimato constituem impacto atrativo.

Carvalheira (2003, p.316) refere-se a este fenómeno deste modo: *“encontros incontáveis websites que oferecem de tudo, desde fotografias, filmes eróticos e vídeos ao vivo, até páginas de aconselhamento sexual, fóruns interativos, chatrooms, (...) para todos os gostos e interesses sexuais imagináveis e alguns inimagináveis.”*

Inevitavelmente a conjugação das novas tecnologias da informação e comunicação, bem como da internet, contribuíram para que, nas últimas décadas, a vida dos jovens sofresse transformações no que respeita a concepções e práticas sexuais.

Já por seu lado, a escola além de ser um espaço privilegiado pelo seu contributo na aquisição e estruturas dos conhecimentos, é um lugar de encontro e de socialização com os seus pares. Aí, constroem amizades, confrontam-se com os demais e descobrem-se. A este respeito, Vaz (1996, p.19) refere que *a influência dos pares é benéfica, na medida em que a*

aprendizagem numa relação horizontal é recíproca. Experiências comuns, múltiplas e repetidas, permitem testar as referências oferecidas pelos adultos e ensaiar alternativas. No entanto, existem também aspetos negativos associados à aprendizagem através dos pares; a informação transmitida entre eles é frequentemente imprecisa; o riso acompanha regularmente os conteúdos sexuais, por exemplo, através de anedotas; a pressão do grupo no sentido de experimentação, leva à descoberta da sexualidade, muitas vezes sem preparação e desrespeitando os ritmos pessoais.” Por outro lado, os aspetos negativos mencionados pelo mesmo autor poderão ser, para um professor atento e com preparação científica e didática, uma referência para encetar atividades que garantam uma base de conhecimento científico e de intervenção educativa para a cidadania (Vaz, 1996).

O professor pode assim: *“contribuir para que as crianças construam o seu «Eu em relação», através de um melhor conhecimento do seu corpo, da compreensão da sua origem, da valorização dos afetos e da reflexão crítica acerca dos papéis sociais de ambos os sexos.”* (Educação Sexual em Meio Escolar: Linhas Orientadoras, 2006, p. 66). Neste sentido, o Decreto-Lei n.º3/2008, de 7 de Janeiro sublinha a importância de: *“ (...) promover a igualdade de oportunidades, valorizar a educação e promover a melhoria da qualidade do ensino. Um aspeto determinante dessa qualidade é a promoção de uma escola democrática e inclusiva, orientada para sucesso educativo de todas as crianças e jovens.”* Salienta ainda a importância da educação para todos: *“ (...) um sistema de educação flexível, pautado por uma política global integrada, que permita responder à diversidade de características e necessidades de todos os alunos que implicam a inclusão das crianças e jovens com necessidades educativas especiais no quadro de uma política de qualidade orientada para o sucesso educativo de todos os alunos”.*

A sexualidade faz assim parte da pessoa como um todo, independentemente das suas limitações, daí a necessidade da orientação sexual para essa população (Bruns, 1996).

Segundo Maia (2006), as deficiências visual e auditiva em si não inibem o funcionamento genital, mas a pessoa com deficiência é continuamente estigmatizada, tida como infantil e como assexuada. No entanto estas pessoas

podem ter dificuldades de comunicação, o que pode complicar a sua integração social e a sua assimilação de conceitos, experiências tão importantes no ajustamento social e sexual.

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) propagam-se através do contacto sexual. São denominadas também, de doenças venéreas (de *venereu* ou *veneriu*, relativo à deusa do amor, Vénus). São muito numerosas e de gravidade muito diferente, podendo nalguns casos até causar malformações no feto e aumentam com as más condições de higiene (Miguel, 1990). Atualmente, nos países ocidentais, assiste-se a um aumento do número de adolescentes com IST (Dias, 2002).

Perscrutando as razões que poderão explicar esta situação, verificamos que são basicamente as mesmas que tornam os adolescentes tão vulneráveis à infeção pelo VIH. De acordo com a American Social Health Association (1995, in Sulak, 2002), 42% de adolescentes mostram-se incapazes de nomear outra IST para além do VIH/SIDA, subestimando a incidência das ISTs e a possibilidade de virem a ser infetados. Estes dados são ilustrativos da enorme distância que separa o que os jovens pensam que sabem sobre ISTs e o que realmente sabem. López e Fuertes (1999) consideram que um dos grandes riscos associados ao maior acesso às relações heterossexuais nos adolescentes, na ausência de uma boa informação e educação sexual, são as ISTs. A falta de informação junta-se, assim, às razões biológicas e comportamentais como fatores que suportam o incremento das ISTs entre os jovens. E o que muitos adolescentes não sabem é que algumas ISTs franqueiam as portas ao VIH através do sexo desprotegido, constituindo uma grave ameaça. Esta situação é preocupante se atendermos que algumas IST são incuráveis (por exemplo, infeção pelo VIH. A educação para a prevenção das ISTs nomeadamente o VIH/SIDA faz parte de um programa familiar ou escolar de educação da sexualidade. No entanto, não há nenhum problema de saúde relacionado com a sexualidade que implique escolhas com tão sérias consequências. Literalmente, são escolhas de vida ou morte (Carvalho, 2008). De facto, a partir dos anos 80 do século passado, começamos a ouvir falar de uma ameaça que, hoje em dia, se assume como uma devastadora e infrene pandemia: a SIDA. Fatores como as viagens transcontinentais, a apatia pública

e a indiferença política inicial (Kalichman, 1998) sustentaram a rápida disseminação da VIH/SIDA por todo o mundo. Esta indiferença política não será alheia ao facto de os primeiros casos terem sido observados em homossexuais, um grupo sexual publicamente marginalizado. A SIDA, no entanto, ao longo do tempo, rapidamente ultrapassou esta conotação restrita e revelou toda a sua democraticidade – atravessa todas as orientações sexuais, raças, classes sociais ou mesmo regiões do mundo. Os seus efeitos negativos para a segurança internacional e para a economia global são de tal ordem que Collin Powell, o ex-Secretário de Estado norte-americano, classificou o VIH/SIDA como a mais mortífera arma de destruição maciça existente ao cimo da Terra (Lopes, cit in O`Neal, 2004). A epidemia da Sida já tem mais de vinte anos e, no entanto, um amplo sector da opinião pública não está consciente da dimensão e profundidade do problema.

Se os adolescentes são um grupo em que se observa um crescente risco debrucemo-nos, então, sobre os conceitos de *fatores de risco* e *fatores de proteção*, que determinam o grau de vulnerabilidade ao VIH/SIDA. Os *fatores de risco* correspondem àquelas variáveis que se provou ou se presume terem efeitos diretos no aumento da probabilidade de efeitos mal adaptativos (Rolf e Johson, 1993). Ao invés, os *fatores de proteção*, são aqueles que se provou ou se presume terem efeitos no aumento da probabilidade de efeitos adaptativos (Rolf e Johson, 1993). Segundo os mesmos autores muitos dos riscos em relação ao VIH/SIDA podem ser vistos como uma interação entre diversas variáveis de saúde, comportamentais e contextuais. Por exemplo, o estado de saúde do indivíduo pode funcionar como variável de proteção ou de risco; ou o contacto do VIH com o sangue pode ser provocado por uma infeção sexualmente transmissível. Como já foi referido anteriormente, os adolescentes são um grupo em que se observa um crescente risco biológico e psicológico em relação ao VIH/SIDA. Assim, como função de uma expressão normativa do desenvolvimento da maturação e do comportamento social, os jovens sentir-se-ão motivados a envolverem-se em atividades sexuais e noutros comportamentos, como a experimentação de drogas, que irão aumentar consideravelmente o risco de contacto com o VIH (Lopes, 2004; Pombo, 2003; Black, 1986; Cowell, 1986; Dembo & Lundell, 1979; Keeling, 1986; Liskin et al.,

1986; Tauer, 1983; in Rolf e Johnson, 1993, cit in Lopes, 2006). Mas, uma vez que são poucos os jovens que podem afirmar que não possuem informação básica sobre o VIH/SIDA, em virtude da grande quantidade de informação sobre esta problemática difundida, nos últimos anos, pelos meios de comunicação social anteriormente já citados, não seria expectável a assunção de comportamentos mais protetores, com menor exposição ao risco de infeção pelo VIH. Como anteriormente referido, o Decreto-lei 3/2008 de 7 de Janeiro, contempla a pessoa com necessidades educativas especiais, preconizando a existência de serviços de apoio, métodos, técnicas, recursos adequados, bem como professores com especialização para atendimento especializado. Porém ainda é insipiente o atendimento a estas prerrogativas, e os surdos, na sua maioria, ficam à margem de gozar plenamente os seus direitos pela dificuldade em se adequar à linguagem utilizada às suas necessidades peculiares. *“É interessante observar que os poucos trabalhos realizados com os indivíduos surdos partem do eixo central – deficit linguístico – que é associado à surdez (visão patológica) à sexualidade (esta, muitas vezes, tratada como sexo). A sexualidade (sexo) é sempre tratada pelo enfoque biológico – funcional e psicológico, em termos prescritivos e reguladores. Isto é, a sexualidade aparece sempre ligada à maternidade e aos órgãos sexuais. Entretanto, observa-se, na discursividade textual, que as investigações, ao apontarem para a sexualidade, diluem-se e o sujeito surdo é referido como o “incapaz” de receber informações e experienciar relações no seu quotidiano. A preocupação retorna ao “falar-fazer”, centrado no sujeito surdo, reduzido a um ouvido doente. Assim, o corpo do surdo é representado e institui-se como um “órgão patológico” e esse corpo doente, deficiente, incapacitado, não deve ser pensado, celebrado, antes da sua normalização”* (Moreira, 1998, cit in, Maia, 2006). A informação, à qual o surdo tem acesso, é, portanto, fragmentada e insuficiente para subsidiar a compreensão plena sobre os diversos assuntos, inclusive sobre a saúde reprodutiva e questões como conhecimento e prevenção às ISTs que por si só já são consideradas tabus.

CAPÍTULO I - NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS E INCLUSÃO

1. JOVENS SURDOS E NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS

1.1. AS NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS E A ADOLESCÊNCIA

Durante muitos anos a pesquisa e a prática no campo das NEE centraram-se, quase exclusivamente nas crianças frequentadoras do Ensino Primário (Lerner,1997), pelo que pais e profissionais focalizaram as suas atenções nas necessidades das crianças desta faixa etária.

Segundo Correia (1999), “o conceito de necessidades educativas especiais (NEE), (...) surge de uma evolução nos conceitos que até então se usavam, quer eles fossem de cariz social, quer educacional. O termo NEE vem, assim, responder ao princípio da progressiva democratização das sociedades, refletindo o postulado na filosofia da integração e proporcionando uma igualdade de direitos, nomeadamente o que diz respeito à não discriminação por razões de raça, religião, opinião, características intelectuais e físicas, a toda a criança e adolescente em idade escolar.”

“O conceito “Necessidades Educativas Especiais” tem, em Portugal, contornos fluidos e não parece ser percecionado exatamente da mesma forma pelo conjunto dos agentes envolvidos: destinatários da ação educativa especial, pais, docentes, docentes especializados, médicos, técnicos de saúde, terapeutas, técnicos especializados, técnicos da administração educativa, associações de deficientes, entre outros.”

Coelho (2005) a adolescência é um período da vida no qual a pessoa é biologicamente adulta e socialmente imatura. Na base desta aparente incongruência está o facto de necessitarmos de um grande número de informações e conhecimentos para que possamos tomar decisões de facto informadas. Esses conhecimentos são, na grande maioria, produto do saber científico que nos é transmitido ao longo da nossa educação formal, a escola. Assim sendo podemos dizer que a escola tem um papel importantíssimo na

formação do jovem. Segundo a mesma autora esta formação é também adquirida através de todas as fontes informais, entre as quais se poderão destacar pela importância do seu papel, a família, os amigos, os *mass media*, e os profissionais de saúde. Para a mesma autora e citando (Sprinthall e Collins, 1988/1999) sem estes conhecimentos, adquiridos de uma forma formal ou informal, seria quase impossível, a qualquer pessoa tomar decisões informadas. Será pois esta a razão pela qual o adolescente de hoje, de modo geral não é considerado um adulto. O que aconteceria antes do alargamento da escola pública obrigatória para lá dos 13 anos.

Embora seja de facto na infância que se evidenciam as dificuldades na aprendizagem e se considere premente uma intervenção neste estágio, não se devem negligenciar os adolescentes que demonstrem essas mesmas dificuldades, como aconteceu durante vários anos- “a falta de pesquisa e de documentação sobre os programas escolares destinados à adolescência é evidente até meados dos anos 70”. (Gerber, 2001). Para além destas dificuldades outras se levantam.

Para Afonso (2008), é na adolescência e juventude surgem, frequentemente, outras situações complexas, nomeadamente, a consciência de si próprio e da sua identidade enquanto pessoa e enquanto surdo. Daí, ser muito comum, nesta altura, a criação de grupos exclusivamente de surdos, não constante terem feito todo o seu percurso escolar integrados, com ouvintes, em escolas regulares.

Estudos mais recentes vêm confirmar que, contrariamente às nossas crenças e esperanças, as dificuldades de aprendizagem não se limitam à infância, antes se agravam e prolongam pela adolescência e por vezes pela idade adulta.

Por não se compreenderem bem os problemas de aprendizagem nesta faixa etária (adolescência) “tornou-se prática geral o exagero do que era conhecido como dificuldades de aprendizagem infantil ao mesmo tempo que se impunha o conhecimento empírico aos adolescentes”.(Gerber, 2001).

No entanto, em breve se concluiu que era necessária uma maior pesquisa no sentido de se estabelecerem as diferenças entre infância e adolescência no que diz respeito às necessidades educativas especiais. É pela

compreensão das características dos adolescentes com necessidades educativas especiais que se pode efetuar uma intervenção eficaz que permita um melhor desenvolvimento e preparação destes jovens para os desafios de uma vida futura. O jovem constitui-se como uma pessoa que vive num estágio de desenvolvimento marcado por novos e grandes desafios e por grandes transformações que não poucas levam a crises de adaptação e a problemas de identificação.

Assim, ser adolescente com NEE se prolonga por toda a vida do indivíduo e que as mesmas não são estáticas, antes pelo contrário “ a maneira como elas são expressas podem variar durante a vida do indivíduo, dependendo da interação entre as exigências do ambiente que o rodeia e as suas próprias necessidades e forças”. (Learning Disabilities Association of Canada, 2002)

Assim, para compreender amplamente as dificuldades de aprendizagem nos adolescentes é necessário compreender-se as exigências ambientais encontradas pelos mesmos durante esta fase da sua vida.

Algumas características no desenvolvimento do adolescente são típicas, nomeadamente a crescente ênfase dado à interação social e a crescente independência face aos progenitores (Ariel, 1992). Contudo, as constantes exigências do meio escolar, também têm um papel importante a desempenhar, como é o caso do aumento do grau de dificuldade dos conteúdos a estudar. Este gera no adolescente (e de modo particular naqueles que apresentam NEE) algum stress ao tomar consciência de que o sucesso académico é um fator determinante em termos de estatuto social.

Em síntese, é a crescente pressão do meio escolar associada a dificuldades escolares e sociais que contribuem para a manifestação das dificuldades de aprendizagem na adolescência. Muitos destes vivenciaram anos de insucesso escolar e social que os levaram a ter uma perspetiva passiva perante a aprendizagem, interações sociais negativas, aumento dos níveis de *stress* (ansiedade/depressão) e consequentemente dificuldades a nível emocional.

1.2. ALUNOS SURDOS E INCLUSÃO

As escolas regulares...são meios... para combater as atitudes discriminatórias, para criar comunidades abertas e solidárias, construindo uma Sociedade Inclusiva e atingindo a Educação para todos...” (Declaração de Salamanca (1994)

Como resposta á diversidade de alunos, a educação inclusiva tornou-se uma política aceite internacionalmente. As iniciativas feitas pela União Europeia, pelas Nações Unidas, pela Unesco, pelo Banco Mundial e por organizações Não-governamentais contribuíram para um crescente consenso de que todas as crianças têm o direito a ser educadas em escolas integradoras, independentemente das suas deficiências ou das suas necessidades educativas especiais. (Unesco, 1995; Europa, 1998; citado por Pacheco, 2007).

A inclusão essencial é a dimensão que assegura a todos os cidadãos de dada sociedade o acesso e a participação sem discriminação a todos os seus níveis e serviços, (Rodrigues, 2006). Assim, a inclusão essencial prevê que ninguém pode ser discriminado por causa de uma condição pessoal no acesso á educação, saúde, etc.

A inclusão escolar contempla todas as crianças e jovens com necessidades especiais, olhando para a diversidade humana, com respeito e equidade. Esta conceção da realidade alteou-se na “Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais”, em Salamanca, que destaca, no ponto 5, a educação para todos numa escola inclusiva, “consiste em todos os alunos aprenderem juntos, sempre que possível, independentemente das dificuldades e das diferenças que apresentem. Estas escolas devem reconhecer e satisfazer as necessidades diversas dos seus alunos, adaptando-se aos vários estilos e ritmos de aprendizagem, de modo a garantir um bom nível de educação para todos, através de currículos adequados, de uma boa organização escolar, de estratégias pedagógicas, de utilização de recursos e de uma cooperação com as respetivas comunidades. É preciso, portanto, um

conjunto de apoios e de serviços para satisfazer o conjunto de necessidades especiais dentro da escola.” Encontramos nesta declaração a preocupação em respeitar as características individuais de cada aluno independentemente das suas capacidades.

Segundo Correia (2008), a escola regular é o local ideal para os alunos com Necessidades Especiais Educativas (NEE). Encontrarão junto dos seus pares sem N.E.E o melhor “ambiente de aprendizagem e socialização”. Uma escola inclusiva é assim, uma escola onde toda a criança é respeitada e encorajada a aprender até ao limite das suas capacidades.” (Correia, 2008, p.78) Nesta escola, a criança é vista como um todo e não se verifica apenas a preocupação com o desempenho académico. Este autor defende um sistema inclusivo centrado no aluno, no qual Escola, Família, Comunidade e Estado se unem para proporcionar o desenvolvimento académico, socio-emocional e pessoal do aluno, independentemente das suas necessidades educativas especiais. Também naquela definição encontramos princípios enunciados na Declaração de Salamanca, na medida em que salienta que a educação se deve realizar em escolas regulares, escolas inclusivas, que devem proporcionar todos os meios para o sucesso dos seus alunos, criando comunidades abertas numa educação para todos. É fundamental que a escola se sinta responsável pelos seus alunos, que todos sintam que pertencem à escola “não é uma parte do todo, faz parte do todo” (Correia, 2008).

Para que a educação inclusiva seja uma realidade e não apenas uma mudança de mentalidades, no que diz respeito ao acesso e ao sucesso da educação para todos, é necessário criar condições e recursos adequados a cada situação, como por exemplo, “técnicas e estratégias específicas que tenham por base um conjunto de ajustamentos e/ou adaptações, escrita Braille, língua gestual, etc.” (Correia, 2008). Muito se tem feito pela tentativa de inclusão das crianças com N.E.E. Contudo, verifica-se que existe, ainda, um longo e difícil caminho a percorrer, com pontos de vista divergentes, como por exemplo, a inclusão dos surdos.

As opiniões também divergem quando se fala da integração destas crianças em escolas de ensino regular ou em escolas de ensino especial. Sabemos, contudo, que esta decisão compete às famílias, e que estas têm

opiniões diferentes pelo facto dos pais serem surdos ou ouvintes. É o conhecimento real desta criança real que nos faz distinguir entre o que faz sentido e o que não faz sentido, que nos faz sentir a verdade aceção do termo necessidade educativas especiais. (Correia, 2010).

Correia (2008), defensor das escolas regulares como já abordamos anteriormente classifica a deficiência auditiva como NEE permanente de carácter sensorial. A adaptação do currículo é generalizada e objeto de avaliação sistemática, dinâmica e sequencial de acordo com os progressos do aluno. É necessário ter atenção o grau de perda auditiva, podendo ou não ser necessário o recurso a formas alternativas de comunicação. O nosso sistema de Educação parece não estar totalmente preparado para a integração destas crianças.

Sabemos que não basta somente que o surdo frequente uma sala de aula, mas que seja atendido nas suas necessidades. Destacamos aqui o papel do professor quanto ao desenvolvimento de um trabalho que valorize todas as diferenças dentro da sala de aula. E em especial à necessidade da criação de equipas multidisciplinares que em conjunto contribuam para a inclusão destes alunos, tal como salienta Correia (2008).

Na opinião de Jimenez, citado por Antunes (2000), “a escola deverá oferecer ao aluno surdo a possibilidade de se desenvolver no ambiente natural em que vai viver toda a vida (...) potencializar o desenvolvimento das capacidades necessárias para que se sinta seguro, valorizado (...)” Quando isto não acontece o risco de isolamento aumenta e as dificuldades académicas acumulam. Alexandra Antunes destaca, que muitos outros autores defendem que a educação dos surdos deveria ser feita em escolas específicas, visto que o domínio da mesma língua (gestual) contribuiria para a diminuição dos problemas de comunicação, para uma maior vinculação à comunidade surda e permitiria ainda que eles se sintam mais protegidos.

Coelho (2000) salienta que as associações de Surdos defendem que as pessoas que nascem surdas têm Língua Gestual como língua mãe devem aprender o português como segunda língua, logo grupos distintos com língua e cultura própria. Devem assim existir escolas só para surdos.

Com uma visão idêntica, Afonso (2008), refere que a perspectiva anterior vai criar um “muro” entre surdos e ouvintes podendo mesmo levar a uma “exclusão social mútua”. O autor salienta que “(...) a surdez é uma característica da diversidade cultural ela deve ser entendida no contexto de uma educação inter/multicultural (...)”. Defende, assim, a criação de “pontes” entre as diferentes culturas, numa educação em escolas regulares, com um currículo adequado às características da comunidade envolvente, em que os recursos humanos tenham formação adequada e onde se verifique a aquisição da língua gestual, construindo-se um efetivo bilinguismo.

Na opinião de Gonçalves (2005), a escola inclusiva deve ser sinónimo de uma escola compreensiva e significativa para todos e para os surdos. Segundo o mesmo autor, o importante é assegurar as condições sociolinguísticas do surdo, existindo nestas escolas processos pedagógicos que favoreçam o desempenho académico e a qualidade na educação. O real sentido desta escola é conhecer claramente as necessidades e as aspirações dos surdos, permitindo uma educação bilingue e respeitando os valores da cultura surda. De forma a proporcionar esta educação, foi lançado em 2008 um novo diploma que regulamenta e define os apoios especializados para crianças e jovens com Necessidades Educativas Especiais, o Decreto-lei n.º 3/2008 de 7 de janeiro. Este prevê a criação de uma rede de escolas de referência para o ensino especial, nomeadamente, através da criação de estabelecimentos de ensino bilingue para alunos surdos. Sendo assim, os surdos e suas famílias têm a possibilidade de optar, entre seguirem o ensino oralista, frequentando a escola que entendam da sua área de residência, ou o ensino bilingue, que implica a organização de turmas com alunos surdos.

Na perspectiva de Almeida (2006), *“Não prescindimos de uma educação inclusiva nas áreas de residência das crianças e jovens alunos”, segundo ele as escolas de referência vão ser “guetos educativos”. Tudo vai contra a Declaração de Salamanca e a Convenção das Nações Unidas para a Igualdade da pessoa com deficiência.* O acesso à educação, em turmas regulares, nas escolas da comunidade em que vivem as crianças com deficiência em nada impede que estas tenham acesso à língua gestual, ao Braille ou às novas tecnologias.

CAPÍTULO II - CONCEPTUALIZAÇÕES DE SURDEZ O RECONHECIMENTO DE UMA COMUNIDADE

1. REFLETIR SOBRE A SURDEZ

1.1. BREVE DEFINIÇÃO DE SURDEZ

A federação mundial de Surdos e a Federação Internacional de Surdos defendem a utilização do termo surdo para denominar sujeitos com perdas auditivas profundas. Capovilla & Walkiria (2001) referem que o termo surdo é normalmente usado para descrever as pessoas que, mesmo fazendo uso de aparelhos auditivos, são incapazes de compreender a fala que ocorre no nível usual de conversação. Neste sentido, Sim-Sim, (2005) refere que se pode aplicar a uma surdez profunda a severa.

Mas o conceito de perda auditiva nem sempre é suficientemente claro para a pessoa que toma contacto pela primeira vez com o problema da surdez (Fernandes, 2009).

Mas vejamos, a surdez ao longo dos tempos, tem sido alvo de grande discussão em torno da sua conceção e conceptualização nomeadamente nos campos das Ciências da Educação e das Ciências Sociais e Humanas. Na educação, entre aqueles que defendem um método de oralidade e aqueles que defendem um método assente na Língua Gestual, duas perspetivas tradicionalmente opostas: uma visão médico-terapêutica e a visão socio antropológica. Hoje podemos dizer que começam a surgir novas perspetivas que não se concebem como extremistas mas sim derivativas especialmente da visão socio-antropológica, as designadas como perspetivas pós-culturais (Pina, 2011).

Mas historicamente, sabemos que a tradição médico terapêutica tem há muito influenciado a definição da surdez, e por conseguinte a abordagem educacional aos surdos, a partir do défice auditivo e da classificação da surdez (leve, profunda, congénita, pré-linguística, etc.), mas deixou de incluir a

experiencia da surdez e de considerar os contextos psicossociais e culturais nos quais a pessoa surda se desenvolve.

A Organização Mundial de saúde (OMS) define deficiência como a representação de qualquer perda ou alteração de uma estrutura ou de uma função psicológica, fisiológica ou anatômica, quer esta seja de caráter temporário ou permanente.

No entanto Nielsen (1999) define como indivíduo surdo aquele que apresenta um problema de audição, se a sua capacidade de audição não se revela funcional em termos de atividades do dia-a-dia. É considerado que apresenta hipoacusia, se essa capacidade é deficiente mas ainda funcional, recorrendo ou não a um aparelho auditivo. Esta deficiência não deve ser confundida com disfunções auditivas, isto é, com a incapacidade para interpretar estímulos auditivos que não resulta de perda de audição.

Uma pessoa surda é alguém que vivencia um déficit de audição que o impede de adquirir, de maneira natural, a língua oral/auditiva usada pela comunidade maioritária e que constrói a sua identidade calcada principalmente, nesta diferença, utilizando-se de estratégias cognitivas e de manifestações culturais diferentes da maioria das pessoas que ouvem (Sá, 2002).

Podemos então dizer que o termo surdo é aquele com o qual a pessoa que não ouve se refere a si e aos seus pares, por isso é o termo que preferimos utilizar neste trabalho assumimos uma perspectiva da surdez que se pretende que se assemelhe mais a uma perspectiva cultural. E isto passa por entender os indivíduos como “falantes” de uma Língua gestual, pertencentes a uma Comunidade Surda.

1.2. IDENTIDADE SURDA

O conceito de identidade foi introduzido em psicologia por Erickson, (1986) que se apoia na noção de identificação utilizada por Freud para construir o conceito de identidade. Freud utiliza a palavra identificação em duas acepções: a identificação do Outro, categorização do outro e a identificação ao outro (reconhecimento de que si é idêntico ao Outro), situando-se na mesma classe ou categoria. Assim a identificação ao Outro seria o “processo pelo qual

um sujeito assimila um aspeto, uma propriedade, um atributo do outro e se transforma total ou parcialmente a partir do modelo deste. A personalidade constitui-se e diferencia-se por uma série de identificações (Laplanche e Pontalis, 1976, Cit in, Mata, 2000).

As duas aceções são importantes na teoria da formação da identidade uma vez que são processos intimamente ligados visto identificar-se ao Outro é também procurar situar-se na mesma categorização em relação ao Outro, processo que é sempre posterior à própria identificação do Outro, enquanto Outro, diferente de si.

Erickson, (of cit) faz uma ligação constante entre o psicológico e o social, considerando que a identificação se constrói numa simultaneidade, não só no juízo que o individuo faz de si próprio, tendo como referencia os seus julgamentos sobre os outros e os julgamentos dos outros sobre ele próprio, como ainda da cultura coletiva que se insere.

Já Wallon (1979) considera a identificação como uma “necessidade íntima”. Não se é pessoa sem essa procura do “Outro” em si, sem um sentimento de filiação, de pertença, de aceitação.

Usando as palavras de Silva (2002), o “conjunto dessas características pelas quais os grupos sociais se definem como grupos: aquilo que eles são, entretanto é inseparável daquilo que eles não são, aquelas características que os fazem diferentes de outros grupos”.

Mas questionando a noção de identidade surda, porque está estreitamente ligada á noção de comunidade surda. Se a ideia de comunidade resgata um passado supostamente autêntico, a identidade de seus integrantes passa pelo crivo de ser “imutável e atemporal, ligando o passado, o futuro e o presente numa linha ininterrupta” (Hall, 2003).

Falar de uma identidade surda pressupõe, desde logo, que tenhamos que nos afastar do conceito de “corpo danificado” para chegar a uma representação da “diferença cultura,” que simplesmente nos vai indicar a identidade surda. Maria (2000).

Sabemos que os surdos vivem num mundo percetivo e linguístico diferente dos ouvintes.

Então esta diferença provoca uma “demarcação”, resultando num agrupamento de indivíduos com características comuns. Tal acaba por derivar na formação de uma identidade surda, identidade que se constrói dentro de uma cultura visual. As identidades surdas partem do contacto com a diferença e a diversidade experienciada em uma modalidade linguística comum à condição de ser surdo (Lopes, 2006). Neste sentido o mesmo autor entende a relação identidade/linguagem não como uma visão única, mas como uma produzindo a outra.

Então, no que concerne aos surdos, podemos dizer que são surdos em relação à experiência visual e longe da experiência auditiva. Será então essa a diferença que separa a identidade surda da identidade ouvinte.

A identidade surda está sempre em situação de necessidade de proximidade com o outro igual, que naturalmente fale a sua língua – Língua gestual. Segundo Maria (2000), o encontro surdo – surdo é essencial para a construção da identidade surda. Reescrevendo a metáfora utilizada por Perlin (1995) é como um abrir a arca que guarda os adereços que faltam ao personagem.

Voltando à noção de identidade, esta é definida como o conjunto de características que distinguem os diferentes grupos sociais e culturais entre si (Silva, 2000). Além disso, trata-se necessariamente de um processo coletivo.

Qualquer identidade cultural deve levar em consideração a sua fundamentação e endereço discursivos bem como a sua política de localização e lugar. A maneira como as identidades são enunciadas sempre é ambivalente e elas não têm origens primordiais que as fixam num rótulo, isto não significa que identidades como etnicidade não sejam importantes, mas sugere que elas garantem o posicionamento político de uma pessoa (Maclaren, 1997).

As identidades surdas são narradas pelo movimento surdo. A prática etnográfica de Magnani (2009) aponta para a existência de um “movimento surdo”, “núcleo politicamente consciente” formado por surdos engajados, politicamente articulados, militantes em prol de direitos específicos, proficientes na língua gestual que tornam e exibem como elemento diferenciador” Magnani, 2009).

Laborrit (2000), no relato que faz da sua experiência, afirma que o encontro com outras pessoas surdas a conduziu “(...) a uma descoberta muito importante, (...) «sou surda não quer dizer: «não ouço» Quer dizer: «compreendi que sou surda» (...) na minha mente, admito que sou surda, compreendo que os meus pais têm a sua própria língua, a sua maneira de comunicar e que eu tenho a minha. Pertencço a uma comunidade, tenho uma verdadeira identidade. Tenho compatriotas.” (Laborit, of. cit).

A mesma autora conta-nos que apenas entendeu que os surdos podiam, como qualquer outra pessoa, ter uma esperança de vida para além da infância, no momento em que conheceu adultos surdos. Segundo Barreto, cit. in Coelho (2005), trata-se aqui de uma socialização que se desenvolveu pela negação de uma identificação aos próprios pais, pessoas adultas ouvintes. Este caso permite-nos refletir sobre os efeitos prováveis de um processo de socialização em que se enfatiza a diferença surdo/ouvinte, numa lógica matemática do princípio da identidade.

A identidade dos surdos é ela própria muito importante, os surdos parecem concordar que uma pessoa que não seja surda nunca pode adquirir na totalidade aquela identidade (...). “Falar e pensar como uma pessoa ouvinte é negativamente considerado na cultura surda” (Lane, 1992).

Uma outra ilustração tem por referência o argumento, hoje frequente, de que a aprendizagem da língua Gestual implica, para além da relação com adultos surdos, o convívio preferencial com outras crianças surdas e que, nesse sentido, devem ser, ainda artificialmente, agrupadas com os seus «semelhantes» Barreto in Coelho (2005).

Contudo, se a identidade surda garante o lugar social do surdo, ela não é uma essência autoevidente, não está à priori. É sempre e continuamente construída no conflito de uma multiplicidade de interesses, ou, como escreve Martuccelli (2002), não está dada, é construída, estabilizada e modificada ao longo da vida. Envolve aspetos pessoais, sociais e culturais que, ao mesmo tempo que garantem a singularidade do indivíduo, possibilitam o seu potencial social, a semelhança e a proximidade com o outro. Melucci (2004) acrescenta que a identidade é um processo de aprendizagem em que a autoidentificação

deve ter o reconhecimento intersubjetivo do indivíduo e o reconhecimento do seu grupo de pertencimento.

No entanto, como foi referido, a identidade não é uma essência estática e imutável; ao contrário, é fluida e apresenta interseções, contrastes, sobreposições. É construção no sentido político, na demarcação de fronteira, na disputa de poder, no conflito. (Lopes, 2006)

Este conceito de identidade surda inscreve-se no conceito de identidade pós-moderna definido por Perlin (2001) como sendo: "(...) identidades plurais, múltiplas; que se transformam que não são fixas, imóveis, estáticas ou permanentes, que podem até mesmo ser contraditórias, que não são algo pronto."

Tentando pensar o sujeito dentro de uma perspectiva pós-moderna podemos referir, que "(...) há múltiplas identidades surdas em construção. Elas manifestam-se conforme os sujeitos são contados ou chamados a narrarem diferentes experiências e subjetividades" (Lopes, 1998).

Em suma, os processos de construção da identidade exigem não só o reconhecimento do Outro como semelhante e diferente, como também o reconhecimento pelo Outro da semelhança de cada um. No cerne destes processos dialéticos está a comunicação nas suas múltiplas e complexas formas e implicações, delineando interações diferenciadas em função dos contextos, características e modos de ser dos sujeitos envolvidos.

1.3. SURDO / DEFICIENTE AUDITIVO

"Os que ouvem têm tudo a aprender com aqueles que falam com o corpo."

*"Grito da Gaivota"
(Emmanuelle Laborit (2000)).*

Começamos este capítulo com uma citação de um livro obrigatório para quem quiser fazer uma viagem no "Mundo do Silêncio" e perceber um pouco melhor o que é ser Surdo.

O livro em questão, "O Grito da gaivota", é o testemunho de Emmanuelle Laborit, surda profunda de nascença que se tornou numa atriz de

sucesso em França. Emmanuelle, cuja surdez só foi detetada aos 9 meses de idade, foi “obrigada” a seguir os métodos tradicionais de ensino e comunicação para surdos, aprendendo a vocalizar e a ler lábios. No entanto, um dia, por casualidade, os pais descobrem a Língua Gestual. A partir daí, a sua vida muda completamente. Ela sente-se presa por ser obrigada a seguir um tipo de comunicação restritiva, com o qual não consegue comunicar com os outros, visto que a Língua Gestual Francesa era proibida nessa altura e os “ouvintes” não aceitam a diferença. Tem, assim, uma adolescência conturbada e problemática que contribui para se tornar numa ativista dos direitos dos surdos e do reconhecimento da língua gestual. Com esta atitude e luta, consegue seguir o seu sonho de infância - o teatro – tornando-se numa atriz de sucesso, recebendo inclusive o prémio Molière de revelação do ano, um dos mais importantes do teatro francês. (Pereira, 2006) Para percebermos melhor esta forma de ver o mundo, é importante referir que as questões que envolvem a deficiência auditiva a nível social, familiar e escolar têm vindo a ser alvo de várias reflexões e discussões, devido aos dilemas e perspetivas totalmente opostas na construção do conceito de “Surdo”, assuntos que passaremos a abordar.

Sendo a Sociedade constituída por distintas comunidades, os surdos ocupam um lugar na mesma, como grupo minoritário que partilham o mesmo meio de comunicação – a Língua Gestual, com uma cultura própria. Os seus membros consideram-se como pertencentes a uma organização social diferente, possuidores de uma história e de valores morais próprios. As pessoas surdas tendem a juntar-se entre si, formando associações, onde desenvolvem atividades variadas. Estas são centros de convivência e de realização de atividades de ocupação de tempos livres. É nestes espaços que os surdos se sentem realizados e orgulhosos de fazerem parte de um grupo com o qual podem comunicar através da Língua Gestual, partilhando experiências e informações. A participação nestas associações depende do grau de perda auditiva e, também, da distância ou proximidade dos centros urbanos mais importantes do país. “ A Comunidade Surda é um conceito antropológico e linguístico, são os falantes de Língua Gestual Portuguesa, é uma minoria linguística do nosso país. E os filhos ouvintes de pais surdos

também fazem parte dela, porque aprendem a Língua Gestual, desde miúdos para comunicar com os Pais” (Soares, 1997, cit. in Carvalho, 2000).

É a Língua Gestual que permite ao Surdo interagir e ter acesso a toda a informação. A grande razão para os Surdos se associarem, afastando-se da sociedade ouvinte, é o facto de dominarem esta língua. “Os surdos, consideram que não pode haver comunicação efetiva, enquanto os ouvintes não dominarem e valorizarem a Língua Gestual, reconhecendo-lhe a sua importância...” (Carvalho, 2000).

Segundo Melo (2001), a Comunidade Surda discorda da conceção tradicional da surdez como “deficiência” e defende a surdez como “diferença”. Entendem que é bom ser surdo e até os casais em que ambos são surdos preferem ter filhos surdos, porque estes não se consideram pessoa com deficiência, mas, simplesmente, “diferentes”. Existe, assim uma Cultura Surda da qual os Surdos se orgulham. Tudo isto são opções “... valores individuais e culturais, que ultrapassam a esfera de intervenção da Medicina indo de encontro ao que de mais íntimo existe na natureza do homem como ser social.” (Nunes, 2000).

Nunes (2000), a Medicina deve assumir um papel neutro quanto às escolhas feitas, aos valores que defendem e à escolha do método de comunicação (oralista, gestual ou mista), cabendo, apenas à pessoa surda esta decisão. Salaria, contudo, que a surdez “...corresponde a uma alteração estrutural e fisiológica do aparelho auditivo”. Não considera que exista um direito natural a ser “Surdo” membro de uma cultura surda, esta é apenas uma opção dos pais. Acrescenta ainda que 90% das crianças surdas são filhos de pais ouvintes e estes optam normalmente pela via oralista vendo a criança surda como deficiente auditivo e defendem a sua integração na sociedade.

Compreender tudo isto é muito importante quando se trabalha com crianças e jovens surdos e suas famílias, pois só desta forma somos capazes de ajudar, apoiar e entender as decisões tomadas pelos pais. (Pereira 2006)

Por um lado, a medicina pretende ajudar, fornecendo novas tecnologias e meios inovadores de forma a minorar o problema. Não “é de estranhar que a comunidade científica realize inúmeros esforços no sentido de minimizar as

diferenças que nos separam, tentando dotar o surdo de alguma audição para que este adquira a oralidade e se insira na sociedade que o rodeia, uma vez vencida a barreira da comunicação”. (Carvalho, 2000,)

A comunidade surda, por outro lado, lembra que não existem estudos que comprovem os reais benefícios do implante. A Federação Mundial de Surdos considera “ mais relevantes os valores do Mundo Surdo para uma criança diferente e não doente do que a possibilidade imediata, mas não conclusiva de a implantar...” (Clara, 2000)

No artigo de Carvalho (2000) “A História de Vida de um Surdo” pode refletir sobre esta forma de sentir e ver o mundo através da defesa dos valores da comunidade surda e da posição face ao implante nas palavras de um surdo “A classe médica não quer acabar com a surdez, quer (...) acabar com os surdos e com a comunidade surda. Os milhares de contos que gastam com investigação de implantes de aparelhos deveriam ser gastos na implementação de um programa de Língua Gestual”.

Na sequência de tudo isto, a família independentemente dos seus ideais, tem aqui um papel crucial: o de acompanhar a criança ao longo do seu percurso de vida, auxiliando a sua integração na sociedade, proporcionando-lhe sucesso e qualidade de vida.

CAPÍTULO III - A EDUCAÇÃO SEXUAL NO CONTEXTO ESCOLAR

1. PROMOÇÃO DA SAÚDE EM MEIO ESCOLAR

*“A educação sexual, enquanto contributo para a formação pessoal e social dos indivíduos e para a **promoção da saúde sexual e reprodutiva**, tem ganho protagonismo crescente na atividade dos Setores da educação e da Saúde. Entendida como uma vertente do processo global da Educação, bem como uma das componentes da **Promoção da saúde**... esta constitui parte integrante do processo de **Promoção da Saúde em Meio Escolar**, nas suas diferentes dimensões: curricular, psicossocial, ecológico, comunitário e organizacional...”*

*Educação Sexual em Meio escolar – Linhas orientadoras
(2000)*

1.1. A EDUCAÇÃO SEXUAL NO CONTEXTO ESCOLAR

Tem-se assistido nos últimos tempos a uma grande divulgação da expressão “Educação sexual” (E.S.) tanto no seio dos grandes especialistas em investigação, como no seio da comunicação social e ainda, na linguagem do cidadão comum. Perante esta tão assaz utilização do conceito torna-se imperativo desde logo, decifrar o sentido em que é feita, de forma a evitar a criação de um entendimento aparente entre os indivíduos. (Sousa, 2006)

Esta clarificação torna-se ainda mais necessária, segundo Marques et al. (2002) quando se pretende entrar na área da educação, ou seja, quando pretendemos uma atuação pedagogicamente orientada na área da sexualidade.

Se desferimos um olhar sobre o significado desta mesma expressão concluiremos que mediante a literacia das populações intervenientes, são diversas as formas de a definir, quer ao nível do seu conceito quer ao nível da sua finalidade (Carvalho, 2002 e Marques et al. 2002).

Portugal nos últimos tempos tem desenvolvido uma abertura em relação às questões da sexualidade e, a prova disso é a legislação propiciada pelo atual reconhecimento da necessidade e importância da educação sexual formal e abrangente em Portugal, tanto pelo Ministério da Saúde como pelo Ministério da Educação, quer pelas instâncias internacionais na área da educação, saúde, cultura, infância e juventude (Sousa, 2006). Hoje reconhece-se a necessidade e a importância da Educação Sexual Escolar por instâncias internacionais tão significativas nos campos da educação, cultura, infância, juventude e saúde, como a , UNESCO; UNICEF e OMS (Frade et al, 1992). Assim, foi contemplada a inclusão da educação para a saúde, com especial atenção da educação sexual, nas escolas portuguesas no formato de projetos transversais ao currículo escolar, em que o objetivo passa por influenciar positivamente a saúde e os comportamentos de saúde de crianças e adolescentes, assim como da restante comunidade escolar.

Segundo Cavalcanti (1997), a Escola é também um dos agentes sociais de maior importância no processo de transformar a criança num membro da sociedade. É na escola que o jovem começa a ter os primeiros contactos com figuras de autoridade, além dos pais”.

Assim, para Mazzotta (1993), a educação implica um relacionamento entre pessoas, de forma a exercerem influências recíprocas. Essa relação de pessoa-a-pessoa, em que uma ação recíproca se estabelece entre educador e educando, supõe, em princípio, que nenhum seja tratado como simples objeto ou seja diminuído, mas, ao contrário, que cada um tenha o seu valor reconhecido. Na perspetiva deste autor, cada um é mais ou menos educador e mais ou menos educando, o educador será aquele que dá mais do que recebe e o educando, aquele que recebe mais do que dá. Então a Escola é, geralmente para o adolescente, um espaço imenso de “práticas sociais: nela ele tem de se habituar a sujeitar-se a outras autoridades, a conviver com colegas, a responsabilizar-se por determinadas tarefas e a ser questionado por elas; deve também aprender a resolver os seus problemas sozinho, e a criar os seus espaços, cultivar as suas amizades e os seus grupos. Segundo Cortesão et al (1998) a escola tem hoje, mais do que nunca, um papel essencial no processo de socialização e de aquisição de atitudes e comportamentos cívicos.

A escola tem que ajudar a descobrir a diferença entre sexualidade e genitalidade, a descobrir a importância do seu próprio corpo, a importância do respeito pelo corpo e pela pessoa do outro. O mesmo autor refere ainda que, o aumento das doenças sexualmente transmissíveis, nomeadamente a SIDA, é outra das razões para que a escola assuma a educação para a sexualidade

A escola tem o potencial de influenciar positivamente o comportamento de saúde reprodutiva dos jovens, sendo considerada um contexto privilegiado para a educação para a sexualidade, uma vez que consegue chegar a um grande número de jovens em momentos diversos do seu desenvolvimento e formação os jovens, para além de se compreenderem as facilidades proporcionadas pela permanência dos jovens na escola por períodos longos dos seus dias e ser um local apetrechado de recursos humanos e materiais passíveis de desenvolver um bom trabalho no âmbito dos conhecimentos, atitudes e competências pessoais e sociais dos jovens (Siegel et al, 1995; Tones & Green, 2004).

“No processo de socialização que se realiza nos diversos grupos e instituições a que o indivíduo pertence, a escola nas sociedades contemporâneas desempenha um papel preponderante. Consequentemente, deve contemplar a Educação Sexual como um objetivo fundamental na formação dos jovens, considerado indispensável ao desenvolvimento global da personalidade humana” (Serpa e Costa, 1995).

Para Moita e Ribeiro dos Santos (1992) definem sexualidade como uma força viva do indivíduo, um meio de expressão dos afetos e uma forma de cada pessoa se descobrir e descobrir os outros.

“A educação sexual é um processo que não tem começo nem fim, pois está intrinsecamente misturada com o aprendizado da vida. Hoje não tem mais sentido perguntar quando se deve iniciar a Educação Sexual de uma criança, pois ela acontece constantemente, implícita ou explicitamente, na maioria das vezes sem palavras, isto é, através da observação do comportamento dos adultos mais próximos, das suas relações afetivas, dos relacionamentos interpessoais”. (Machado, 1997)

Sexualidade é “uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto ternura e intimidade; que se integra no modo como nos sentimos, movemos,

tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos ações e interações e, por isso influencia também a nossa saúde física e mental.” (OMS – Organização Mundial de Saúde, citado por Frade, et al. 1996).

Quando falamos de Educação Sexual, de programa de Educação Sexual estamos a utilizar um conceito global abrangente de sexualidade que inclui a identidade sexual (masculino/feminino), o corpo, as expressões da sexualidade, os afetos, a reprodução e a promoção da saúde sexual e reprodutiva” (Frade, et al. 1999).

Para o grupo de Trabalho para a Educação Sexual, constituído pelo despacho nº 19737/2005, do gabinete da Ministra da Educação, “a Educação Sexual, é o processo pelo qual se obtém informação e se formam atitudes e crenças acerca da sexualidade e do comportamento sexual. Tem como objetivo fundamental o desenvolvimento de competências nos jovens, de modo a possibilitar-lhes escolhas informadas nos seus comportamentos na área da sexualidade, permitindo que se sintam informados e seguros nas suas opções”, conforme consta do relatório preliminar da atividade desenvolvida pelo grupo do Ministério da Educação, desde 15 de Junho até 31 de Outubro de 2005 na avaliação da situação da Educação Sexual em Portugal.

Considerando os conceitos acima expressos, podemos considerar q Educação Sexual como uma forma de intervenção no processo educacional, com carácter preventivo, intencional e sistemático, através de informações e reflexões sobre factos expressivos ligados á sexualidade, que no contexto escolar pode ser desenvolvido sob a forma de programas, ações ou projetos, que não devem limitar-se ao tratamento de questões biológicas e reprodutivas mas deve abranger uma interrogação mais ampla sobre o sexo e os seus valores. Para Werebe (1977) não basta informar, é também necessário educar na medida em que a Educação Sexual não deve ser limitada á transmissão de conhecimentos sobre filosofia e reprodução mas deve igualmente ser complementada com objetivos mais amplos que tenham em conta o indivíduo na sua complexidade bio-psico-social.

A Educação Sexual tem na Escola um local privilegiado para permitir aos jovens aumentar os seus conhecimentos na área da sexualidade. Terá por

vezes que tentar corrigir atitudes (que podem ser resultado de ameaças, erros ou falta de informação) porque é, por força nas interações nelas existentes, um local de socialização e de desenvolvimento psicossocial (Cortesão et al., 1989)

A escola no entanto não deve subsistir á função da família, mas sim complementar o papel desempenhado por esta. “ A família é um espaço emocional crucial para o desenvolvimento de atitudes e comportamentos saudáveis na área da sexualidade e os pais devem ter um papel importante em qualquer programa de Educação Sexual no meio escolar” (Ministério da Educação, 2005).

A Educação sexual como qualquer processo educativo, apresenta efeitos e resultados um pouco demorados, muitas vezes só observados após algum tempo.

Isto porque, apesar de os pais normalmente não se considerarem como modelos ou fonte de informação sexuais, efetivamente transmitem valores e normas sexuais aos seus filhos, mesmo através do silêncio ou de mensagens não verbais (Strouse e Fabes, 1985)

Serpa e Costa (1995) consideram que atualmente a Escola desempenha um papel preponderante no processo de socialização que se realiza nos diversos grupos e instituições a que o individuo pertence. Naturalmente, deve contemplar a Educação Sexual como um objetivo fundamental na formação dos jovens, considerado indispensável ao desenvolvimento global da personalidade.

Sanchez (1990) considera que a Educação Sexual nas escolas promove competências que permitem a adoção de comportamentos responsáveis e saudáveis. No entanto parta Ribeiro (1990) a Educação Sexual deve ser abordada de forma a refletir a sexualidade segundo uma perspetiva sociocultural, abarcando aspetos psicológicos e fisiológicos, no sentido de, através da discussão e do debate, ampliar o sentido e a visão do mundo por parte dos jovens.

“A informação sobre a sexualidade é uma vertente essencial na Educação Sexual, mas não é suficiente. Para que os programas sejam eficazes, é necessário que os jovens possam adquirir competências nesta área, em muitos casos idênticas á que necessitam para a vida: a educação

Sexual é, por isso e acima de tudo, uma questão de educação. Deve promover, uma perspectiva de educação global do indivíduo, a capacidade de ouvir, de negociar, de respeitar o outro, de tomar decisões, de reconhecer pressões ou de destacar a informação pertinente. Na educação Sexual é essencial, por outro lado, discutir e compreender as diversas perspectiva morais e sociais sobre a sexualidade, numa posição de respeito pelas diferenças culturais existentes”. (Ministério da Educação, 2005).

1.2. A EDUCAÇÃO SEXUAL NOUTROS PAÍSES EUROPEUS – BREVE – RESENHA

Segundo Philip Meridith (Sociólogo da International Planned Parenthood Federation IPPF), “o desenvolvimento da educação sexual escolar na Europa tem um carácter marcadamente regional. As regiões com características muito especificam mais acentuadas são a Europa do Leste e a Escandinávia” (1990).

Os países escandinavos, devido às características muito específicas da sua história, criaram as atitudes mais tolerantes da Europa, no que se refere ao comportamento sexual, e criaram o mais progressivo e exaustivo programa (do Mundo) para a Educação Sexual nas escolas.

Hoje podemos dizer que a educação sexual começa na Suécia. Em 1903, karolina Widrstram, solicita como obrigatória a Educação Sexual nas escolas. Pequenos avanços foram sendo sucessivamente tomadas até que em 1942, a Suécia institui a disciplina de E.S. a partir dos 7 anos sendo em 1956 alargado até aos 19 anos de idade. No entanto, os professores eram voluntários e, embora de início, prevalecesse um modelo biologista mais tarde tendeu para um liberal (Barragán & Dominguez, 1996; Berdún, 2001).

Na no caso da Irlanda em 2003/04, o Governo tornou obrigatória no ensino básico a disciplina de Educação Social, Pessoal e para a Saúde onde a Educação Sexual se vê incluída a par com temas de relacionamento interpessoal – Relationships and Sexuality Education (SER), baseado no programa nacional existente, sendo desejável que tenham como participantes, alunos pais e diretor. Criou-se formação específica em SER para os professores do ensino básico e secundário. Contudo, à semelhança do Reino Unido os pais podem-se opor (Leiria, 2004).

Os países da Europa ocidental, particularmente a Grã-Bretanha, têm assumido uma posição pouco clara nesta matéria, variando de acordo com o poder político e as tendências do eleitorado.

Na Europa do Sul, incluindo a França, só recentemente o tema está a ser considerado como uma questão de âmbito escolar (Meredith, 1990).

Em França o Governo encontra-se a preparar novas campanhas de informação sexual. Formam parte de um programa que lançou há alguns anos o anterior executivo ao constatar que se estava a diminuir o uso de contraceptivos no país. O objetivo destas campanhas de intervenção tem como alvo rapazes dos 14 aos 15 anos, para isso, instalaram-se em algumas escolas máquinas de distribuição de preservativos para uso dos estudantes.

A filosofia de base a esta intervenção, segundo alguns sectores sociais, está assente, numa redução da vida afetiva em favor de um maior conhecimento de técnicas e encontro sexual. Alguns pais menos satisfeitos com esta situação solicitaram a organizações religiosas alternativas a esta medida.

Hoje, a necessidade e a importância da educação sexual escolar é reconhecida pela maioria dos cidadãos e por instituições credíveis como a UNESCO, a UNICEF, e a OMS:

Em Espanha educar para que as pessoas adquiram um desenvolvimento adequado no que diz respeito a afetividade e à sexualidade foi um tema escolar que passou por diferentes etapas: em tempos foi considerado *tabu*. Depois podia-se falar dele, mas na prática era um tema ausente nas programações escolares. Mais tarde reduzia-se sexualidade a reprodução e começou por ser lecionado nas aulas de ciências ou convidando médicos e sexólogos para falar do tema. (Botia Fidela, et al. 2007)

Mais tarde a Ley Orgânica del Sistema Educativo (LOGSE) faz referência a quadro de valores e atitudes a desenvolver nos alunos no âmbito de uma educação democrática (tolerância, respeito, participação crítica e construtiva). Tal como se verifica em Portugal, existe no Diseño Curricular Base áreas curriculares onde a referencia a conteúdos conceptuais, procedimentais e atitudinais estão presentes. A educação de valores está bem presente de forma extensa e objetiva no curriculum escolar sendo uma das grandes mais-

valias da Reforma Curricular Espanhola. A Educação não sexista, a Educação para a Saúde e Sexual, a Educação Ambiental; a Educação Moral e Cívica, a Educação para a Paz, a Educação do Consumidor e educação para a vida trespassam o ensino primário e secundário embora não configuradas a uma disciplina específica. Tal como em Portugal a educação Sexual apresenta fraca implementação nas escolas e é alvo de críticas e limitações (Carreras et al. 1997). Para Muñoz (1998), apesar da Educação Sexual estar contemplada de forma transversal em determinadas áreas disciplinares, esta é muitas vezes feita de forma aligeirada e meramente para cumprir “expediente” quase sempre através do Visionamento de um filme. Barragán e Dominguez (1996) criticam o modelo que vigora em Espanha classificando-o de “biologista” e consideram que nunca existiu vontade política para proporcionar aos professores formação nesta área. Existe, contudo, mais bibliografia de suporte aos professores.

Para terminar e voltando aos países nórdicos podemos dizer que na Holanda a forma de se tratar a educação sexual é muito mais liberal do que no Reino Unido, E.U.A. e Dinamarca. Isto desde 1970 (Leiria, 2004).

1.3. SUPORTE LEGISLATIVO PARA A EDUCAÇÃO SEXUAL EM PORTUGAL

Atualmente, em Portugal, é comum falar-se da educação sexual como se de algo novo se tratasse. No entanto, foi antes do 25 de Abril que, no âmbito da Reforma Veiga Simão, surgiu a primeira comissão interministerial sobre a «Sexualidade e Educação».

No entanto, apenas em 1984 a Assembleia da República iria aprovar a Lei 3/84 sobre «Educação Sexual e Planeamento Familiar». Nesta lei, o Estado propõe-se a apoiar as famílias nas tarefas de Educação Sexual, a introduzir nos programas escolares conteúdos ligados à sexualidade humana, e a garantir, para tal, a necessária formação de professores.

No Artº 1º estipula-se que “O Estado garante o direito à educação sexual, como componente do direito fundamental à educação. Conforme determina o Artº 2º a garantia da educação Sexual será feita, “através da escola, organizações sanitárias e meios de comunicação social”, especificando os números nºs 2 e 3 deste artigo que “os programas escolares incluirão, de

acordo com os diferentes níveis de ensino, conhecimentos científicos sobre anatomia, fisiologia, genética e sexualidade humana (...), evitando assim a discriminação de funções entre homem e mulher” devendo ser dada particular atenção “ à formação inicial e permanente dos docentes” e á criação de “condições adequadas de apoio aos pais no que diz respeito á educação sexual dos seus filhos”.

É a partir do ano de 1986 que o sector do sistema educativo começa a revelar alguns avanços nesta temática, com a aprovação da Lei de Bases do Sistema Educativo (L.B.S.E.) e com a reforma educativa de 1988-1991. Assim, pela primeira vez o sistema educativo chama a si a educação sexual, apesar que envolvida ainda numa componente bastante ampla, e introduzem uma nova área de objetivos e ação pedagógica Formação Pessoal e Social – onde a educação sexual pode ser incluída, entre outras.

Esta Lei estabelece os seguintes princípios:

Artº 2º, nº4 O sistema educativo responde às necessidades resultantes da realidade social, contribuindo para o desenvolvimento pleno e harmonioso da personalidade dos indivíduos, incentivando a formação de cidadãos livres, responsáveis, autónomos e solidários e valorizando a dimensão humana do trabalho;

Artº 2º, nº 5 – A educação promove o desenvolvimento do espírito democrático e pluralista, respeitador dos outros e das suas ideias, aberto ao diálogo e à livre troca de opiniões, formando cidadãos capazes de julgarem com espírito crítico e criativo o meio social em que se integram e de se empenharem na sua transformação progressiva.

Artº 28º - Será realizado o acompanhamento do saudável crescimento e desenvolvimento dos alunos, o qual é assegurado, em princípio, por serviços especializados dos centros comunitários de saúde em articulação com as estruturas escolares.

Artº 47, nº 2 - Os planos curriculares do ensino básico incluirão em todos os ciclos e de forma adequada uma área de formação pessoal e social, que pode ter como componentes a educação ecológica, a educação do consumidor, a educação familiar, a educação sexual, a prevenção de

acidentes, a educação para a saúde, a educação para a participação nas instituições, serviços cívicos e outros do mesmo âmbito.

Destacam-se ainda nesta área os seguintes documentos:

Decreto-lei nº 286/89 – Organização Curricular – esta nova área curricular prevista na Lei de Bases dá lugar a uma disciplina chamada Desenvolvimento Pessoal e Social. Opcional em relação à educação religiosa e com uma carga horária semanal de 1 hora. Prevê uma outra área curricular – a Área escola – que poderá acolher também iniciativas nesta área.

Através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 124/98, de Outubro de 1998. Foi aprovado o Relatório Interministerial para a Elaboração de um Plano de Ação em Educação Sexual e planeamento familiar, que consubstancia algumas medidas concretas com vista ao cumprimento dos princípios consignados na Lei 3/84, assim como de “(...) identificar as ações já em curso com o objetivo de as potenciar e desenvolver, numa perspetiva de articulação e cooperação intersectorial, bem como definir todas aquelas que permitam melhor alcançar os objetivos em causa”

Neste documento, a educação Sexual é entendida como “(...) uma componente essencial da Educação e da promoção para a saúde”, sendo por isso assumido como necessário reforçar a concretização e aplicação das leis vigentes, através da articulação das intervenções dos vários Ministérios.

No que diz respeito à Educação, este Relatório salienta as seguintes medidas:

- A Lei de Bases do Sistema Educativo “cria uma nova área educativa, de cariz transdisciplinar, a Formação Pessoal e Social” onde a Educação Sexual é prevista e pode ser abordada na área-escola, que é considerado um espaço de liberdade e iniciativa;

- A formação de professores e ações de formação para pais/encarregados de educação e auxiliares de ação educativa;

- Apoio/Acompanhamento ao desenvolvimento do Projeto de Prevenção do VIH/SIDA em meio escolar.

Em Maio de 1999, a Assembleia da república dá mais um passo importante nesta matéria ao aprovar uma nova legislação sobre a Educação Sexual – a Lei 120/99 que reforça as garantias do direito à saúde reprodutiva.

Através desta, preconiza-se que nos estabelecimentos do ensino básico e secundário seja implementado um programa para a promoção da saúde e da sexualidade humana, no qual será proporcionada adequada informação sobre a sexualidade humana, no qual será proporcionada adequada informação sobre a sexualidade humana, o aparelho reprodutivo e a fisiologia da reprodução, SIDA e outras doenças sexualmente transmissíveis, os métodos contraceptivos e o planeamento da família, as relações interpessoais, a partilha de responsabilidades e a igualdade entre os géneros (Ministério da Educação., 2000).

O Decreto-Lei 259/2000 vem regulamentar a Lei 120/99, reforçando as garantias do direito á saúde reprodutiva, fixando condições de promoção da Educação Sexual e de acesso dos jovens a cuidados de saúde no âmbito da sexualidade e do planeamento. Incorpora matérias referentes à organização da vida e da Escola, nomeadamente “a organização curricular, favorecendo uma abordagem integrada e transversal da educação sexual” e regulamenta a “intervenção dos serviços especializados de apoio educativo das escolas “ a formação de professores e o “desenvolvimento de alunos, encarregados de educação e respetivas associações”.

As estratégias de promoção da saúde sexual deverão ser integradas no Projeto Educativo de cada Escola, elaborado nos termos do artigo 3º do regime de autonomia, administração e gestão de escolas, aprovado pelo Decreto-Lei nº 115-A/98, visando o desenvolvimento do currículo, a organização de atividades de enriquecimento curricular, favorecendo a articulação escola – família, fomentando a participação da comunidade escolar e as parcerias com entidades externas à Escola.

Convém destacar aqui também o papel importante da APF (Associação para o Planeamento da Família), que sendo membro da IPPF (International Planned Parenthood Federation) subscreve e editou a versão portuguesa da Carta dos Direitos Sexuais e Reprodutivos.

Este documento tem como objetivo a promoção e proteção dos direitos e liberdades Sexuais e reprodutivas em todos os sistemas políticos e culturais.

A Resolução do Conselho de Ministros nº 7/99 vem aceitar os princípios expressos nesta carta no âmbito do Plano para uma política global da família ao determinar:

“2.6 – Promover o conhecimento público dos direitos sexuais e reprodutivos no contexto global da promoção para a saúde:

2.6.1 – Publicar a Carta dos Direitos Sexuais e Reprodutivos;

2.6.2 – Promover a reflexão e discussão na sociedade, assim como a organização de debates sobre direitos sexuais e reprodutivos com base na referida Carta”.

Com a publicação do Decreto-Lei nº 6/2001 – novos currículos do ensino básico definem-se os princípios orientadores a que deve obedecer a organização e gestão do currículo, destacando-se a coerência e sequencialidade entre os três ciclos do ensino básico e a sua articulação com o ensino secundário.

As novas Áreas Curriculares (Área de Projeto, Formação Cívica) estabelecidas, posteriormente, pelo Decreto-Lei 6/2001, poderão ser vistas pelos docentes como novas oportunidades para a abordagem desta temática, aumentando o seu campo de atuação no processo ensino-aprendizagem.

Este longo processo legislativo, iniciado em 1984 com a primeira lei que determina que “o estado garante o direito à Educação Sexual como componente do direito fundamental à educação”, envolve todos os agentes educativos – professores, alunos, famílias e profissionais da área da saúde, com experiência diversificadas e que variam de escola para escola.

Atualmente, a Educação Sexual é reconhecida na lei mas continua uma das preocupações do processo de reforma do Sistema Educativo. As escolas, os profissionais de saúde, a Associação para o Planeamento da Família (APF) vão, por sua iniciativa, e de uma forma quase clandestina, desenvolvendo atividades de Educação Sexual dirigidas aos estudantes, aos professores e aos encarregados de educação.

Posteriormente, o Despacho nº 25 995/2005, de 16 de Dezembro aprova e reafirma os princípios orientadores das conclusões dos relatórios no que se refere ao modelo de educação para a promoção da saúde. Por sua vez, o Despacho nº 19737/2005 (2º série), de 15 de junho, determina a criação de um

trabalho incumbido de proceder ao estudo e de propor os parâmetros gerais dos programas de educação sexual em meio escolar, na perspetiva da promoção da saúde escolar. Dois anos mais tarde surge o Despacho nº 2506/2007, de 20 de fevereiro que define algumas linhas de orientação para o professor coordenador da área temática da saúde. No ano seguinte, o Despacho nº 19 308/2008, de 21 de julho, número 9 e alínea a) do número 10, determina, entre outros, que ao longo do ensino básico, em área de projeto e em formação cívica, sejam desenvolvidas competências no domínio da educação para a saúde e sexualidade.

Contudo, é a Lei nº 60/2009, de 6 de agosto que estabelece o regime de aplicação sexual em meio escolar. Seguindo-se a sua regulamentação com a portaria nº 196– A/2010, de 9 de abril que define as orientações curriculares adequadas para os diferentes níveis de ensino.

CAPÍTULO IV - PROCURANDO REFERENCIAS TEÓRICAS NA IMPLEMENTAÇÃO DAS QUESTÕES DE EDUCAÇÃO DO SURDO TENDO EM VISTA A SUA SEXUALIDADE

1. SEXUALIDADE – UMA PERSPETIVA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

1.1. CONCEITO DE SEXUALIDADE

De acordo com a OMS, “a sexualidade é uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura, intimidade; que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental” (Carvalho, 2008, p.32).

Neste sentido, “A sexualidade, quando inserida nas circunstâncias de vida de uma pessoa, participa do seu processo de desenvolvimento é um instrumento que propicia experiencias indispensáveis ao crescimento pessoal, autonomia e ao desenvolvimento da individualidade (Carvalho, 2008, p. 31).

Percebemos que há um vínculo estabelecido entre a sexualidade e a cidadania, acreditando que, pela vivência saudável da sexualidade, cada um aprende a relacionar-se melhor consigo mesmo e com o outro, percorrendo um caminho mais seguro na construção da sua identidade e, em consequência da sua cidadania (Morais, 2006).

A mesma autora salienta que, a sexualidade humana é, de facto, muito complexa, comportando uma dimensão biológica, psicológica, social, cultural e ainda uma dimensão ética.

Logo, segundo Carvalho (2008), a sexualidade afeta todos os aspetos da pessoa humana, na unidade do seu corpo e da sua alma. Diz respeito particularmente à afetividade, à capacidade de amar e de procriar, e, de um modo mais geral, à aptidão a criar laços de comunicação com outrem.

Assim, estamos hoje, mais conscientes de que a sexualidade não se esgota no ato sexual uma vez que ela é prazer e descoberta, é palavra e gesto,

é afeto, satisfação e sofrimento, enfim, é expressão da nossa existência. Podemos dizer que a sexualidade expressa-se não só no que sabemos, mas também nas nossas atitudes, sentimentos e comportamentos.

Assim sendo, a sexualidade precisa ser entendida numa abordagem mais ampla, como atributo de todo o ser humano e que, por esta razão é parte integrante das relações que este estabelece consigo mesmo e com os outros. Sendo um elemento relacional importante, esta fundamenta-se nos aspetos biopsicossociais de cada individuo; no seu potencial biológico, no processo de socialização e na capacidade psicoemocional. Porém, a dinâmica e articulação na vivencia desses aspetos, não acontece de forma tranquila uma vez que, assim como temos mecanismos fisiológicos que regulam as necessidades sexuais básicas, temos também, como seres sociais, as regras que regem os nossos grupos de relações e que, nem sempre coincidem e que exigem que nos adaptemos.

1.2. EDUCAÇÃO SEXUAL/SEXUALIDADE – O QUE SIGNIFICA PARA OS SURDOS

Haverá quem diga que, no capítulo da sexualidade, o conhecimento é algo que lhe retira o encanto; mas poderá haver também quem imagine que o conhecimento é que irá resolver esse problema. Porventura, nem lhe retira encanto, nem a resolve, como por encanto. E, em todo esse processo, que é seguramente complexo, o conhecimento, sem retalhar encantos, pode constituir um ingrediente extremamente importante para a elevação e enriquecimento da qualidade que nós pomos nesse modo de habitar o mundo, a história, a vida e a relação de uns com os outros. Barata-Moura, citado por Marques (2010) refere que, dado que o conceito de Educação Sexual tem sido objeto de múltiplas interpretações, e uma vez que a própria legislação é vaga neste aspeto, será da maior utilidade clarificar aquele conceito, no sentido da sua melhor compreensão.

Nos últimos tempos temos assistido a uma grande divulgação da expressão “Educação Sexual” (E.S.) tanto por parte dos grandes especialistas em investigação (comunidade científica), como no meio da comunidade social e, na linguagem do senso comum (Sousa, 2006).

Em primeiro lugar, deve sublinhar-se que possuímos um corpo sexuado, preparado para responder a estímulos de natureza sexual e para procurar o prazer, a satisfação e o bem-estar.

Como dimensão humana eminentemente relacional e íntima, a sexualidade tem uma vertente emocional e é um elemento essencial na formação da identidade global, do autoconceito, da autoestima e, de forma geral, do bem-estar físico e emocional dos indivíduos. É também uma componente essencial do relacionamento com os outros, nomeadamente no domínio amoroso (Ministério da Educação, 2000)

Neste mesmo sentido, o grupo de trabalho para a E. S., constituído pelo Despacho nº 19737/2005, do Gabinete da Ministra da educação refere que “A E.S., também designada por Educação para a Sexualidade, é o processo pelo qual se obtém informação e se formam atitudes e crenças acerca da sexualidade e do comportamento sexual. Tem como objetivo fundamental o desenvolvimento de competências nos jovens, de modo a possibilitar-lhes escolhas informadas nos seus comportamentos na área da sexualidade, permitindo que se sintam informados e seguros nas suas opções”.

Perante a assaz utilização deste conceito pela comunidade geral, torna-se imperativo, desde logo, decifrar o sentido em que é feita, de forma a evitar a criação de um entendimento aparente entre os indivíduos. Esta clarificação torna-se ainda mais necessária, segundo Marques et al.(2002), quando se pretende entrar na área da educação, ou seja, quando pretendemos uma atuação pedagógica orientada na área da sexualidade.

Se lançarmos um olhar introspetivo sobre o significado desta mesma expressão concluímos que são diversas as formas de a definir, mediante a literacia das populações intervenientes, quer ao nível do seu conceito quer ao nível da sua finalidade (Carvalho, 2002; Marques et al., 2002).

Então, e duma forma geral, a expressão Educação Sexual ou como diz Gamito (1987) - “Sexologia” , é geralmente vista e associada a um conjunto de atividades revestidas de um caráter predominantemente informativo, direcionadas para temas relacionados com a saúde reprodutiva, onde se enquadra a anatomia e fisiologia da reprodução humana, a contraceção e

consequentemente relacionada também com o tema das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs).

Então, neste sentido podemos dizer que a Educação para a Sexualidade e para os afetos é vista na sociedade atual, não só como uma obrigação imposta por lei, às escolas, mas também como um imperativo da formação e educação das jovens, pelo facto de ser parte integrante do desenvolvimento da personalidade de um individuo (Ministério da Educação e Ministério da Saúde , 2000).

Segundo a OMS, estima-se que existem cerca de 278 milhões de pessoas em todo o mundo com surdez bilateral moderada a profunda (OMS, 2006). No que diz respeito à promoção da saúde dos Surdos tem-se apelado em diversos estudos e artigos científicos para a análise de um conjunto de valores e princípios chave pelos quais se deve reger a promoção e a educação para a saúde dos surdos. As políticas de promoção de saúde, as diretrizes internacionais e os direitos dos humanos, são alguns dos pontos de incoerência.

Por esta razão, e já durante a última metade do século passado, a Organização Mundial de Saúde (1986) e a UNESCO – referido em Teixeira (1999), têm chamado constantemente a atenção para a importância da Literacia Científica junto das crianças, dos jovens e dos adultos, na vertente da Promoção da Saúde, com vista a resolver os problemas sociais gravíssimos, que se vivem atualmente como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) e outras infeções graves sexualmente transmissíveis como a Gonorreia, a Sífilis, a Hepatite B, a Candidíase, bem como as gravidezes precoces, o aborto, os abusos sexuais das crianças e jovens, a toxicod dependência, o abuso de álcool, ...e que estão a tornar-se num flagelo social em todo o mundo.

No entanto, a questão que se põe é até que ponto os jovens estão a ter informações sobre todos estes problemas sociais.

Assim, para além do importantíssimo papel da família no processo educativo dos jovens, surge a Escola, como um espaço educativo privilegiado, onde se procura o seu propósito informativo e formativo se complementam de forma equilibrada, com vista a formar cidadãos equilibrados e conscientes da

sua própria sexualidade, contribuindo para o seu “empowerment” (Carvalho 2000).

Neste contexto, não podemos deixar que as atitudes de pudor, de receio, de repúdio por esta temática invadem a prática pedagógica, em prejuízo de podermos estar a contribuir, no futuro para um aumento de comportamentos sexuais extemporâneos por parte dos jovens.

Mas tal como refere Dias et al. (2002, p 66.), “...não só é inevitável que se avance nesta área como é indispensável que tal se faça com discernimento e decisões fundadas em valores, sem nunca perder de vista a necessária avaliação de resultados.”

De acordo com Stoer, et al. (2004), citando Basil Bernstein, (1990) o trabalho do professor consiste, pelo menos em parte, na tradução do conhecimento científico numa linguagem mais apropriada, que permita às pessoas implicadas na aprendizagem captar o conhecimento assim vinculado. Os professores têm por função selecionar, simplificar e transferir o conhecimento que eles não produziram.

Torna-se importante não esquecer que, como é uma área que toca aspetos sensíveis da intimidade de um indivíduo, deve ser lecionada de forma responsável, natural e sempre em colaboração com as famílias, nunca descorando a avaliação do impacto das intervenções.

Assim, perante as novas exigências sociais, a E.S. em contexto escolar adquire um papel prioritário de intervenção, devendo o seu plano de atuação ser interdisciplinar e transdisciplinar, características essenciais de um currículo flexível e integrador, defendido por Alonso (2000), de onde as “concepções conjunturais”, no dizer de Clément (1994, p.87), têm que ser consideradas incondicionalmente. Isto porque são concepções resultantes da sua experiência de vida, que evidenciam os seus conhecimentos elementares adquiridos, os seus valores e atitudes a realidade envolvente importantes no reajustamento do saber científico.

Neste plano, a E.S., enquanto mera transmissora de saberes relativos a determinados domínios do conhecimento, deixa algo a desejar, quando não contempla outras vertentes da formação humana que integram o verdadeiro sentido da “Educação” – “De modo deliberado ou não, a escola é um lugar de

construção de saberes, que suscita vivências ao nível afetivo-sexual, seja pelas iniciativas desenvolvidas – a nível curricular e extracurricular – seja pelo ethos que orienta o seu quotidiano. A dimensão sexual das crianças e jovens – por ser uma das características intrínsecas da pessoa humana – também aí está presente, seja de forma implícita ou explícita” (Ministério da Educação. e Ministério da Saúde, 2000, p 22).

Já quando falamos da educação de sexualidade remetemos para um conceito mais alargado de sexualidade entendida numa perspetiva humanista e personalista. A sexualidade humana integra componentes sensoriais e emotivo-afetivos, cognitivos e volitivos, sociais, éticos e espirituais. Adquire sentido no contexto de um projeto de vida que promova o conhecimento e aceitação de si próprio e o conhecimento e aceitação do outro (Dias et al., 2002). Neste contexto, o mesmo autor afirma que a sexualidade é considerada como algo que se constrói e que se aprende ao longo da vida, podendo interferir no processo de aquisição dos conhecimentos, com consequências ao nível do desempenho escolar, do desempenho profissional ou das relações sociais, onde se tem destacado um aumento de comportamento de risco junto dos adolescentes ocidentais (Dias et al. 2002).

Moita e Ribeiro dos Santos (1992) definem sexualidade como uma força viva no indivíduo, um meio de expressão dos afetos e uma forma de cada pessoa se descobrir e descobrir os outros.

Considerando os conceitos acima expressos, podemos considerar que a expressão Sexualidade, incorporar em si um significado mais denso da realidade, devendo, por isso, ser vista e interpretada de forma global. Nesta visão holística da sexualidade estão integradas várias dimensões do ser humano, ligadas e dependentes entre si: i) a biológica – anatomia e fisiologia da sexualidade e da reprodução, ii) a psicológica – a aquisição de papéis sexuais, a orientação sexual, a autoimagem e a construção da identidade sexual e as relações afetivo – sexuais, iii) a social – os valores, as atitudes, os comportamentos e os modelos morais; não devendo por isso ser espartilhadas ou renegadas entre si (Frade et al., 1992.; Vaz et al., 1996; Lopez & Fuertes, 1999 e Marques et al., 2002).

Por esta razão, a Educação para a Sexualidade é reconhecida como uma dimensão fundamental da personalidade humana de cujo desenvolvimento não se pode dissociar e surgindo, ao mesmo tempo, como um campo onde são projetadas decisivas oportunidades de construção pessoal, de realização pelo amor e de transmissão da vida.

1.3. TIPOLOGIAS DA EDUCAÇÃO SEXUAL

Tendo o ponto anterior clarificado que a educação sexual envolve os saberes acerca da vivência sexual, torna-se oportuno questionarmo-nos acerca dos modos e dos processos pelos quais cada ser humano realiza as suas aprendizagens nesse domínio.

1.3.1 Educação Sexual Informal

Educação Sexual informal refere-se ao conjunto das ações não planeadas exercidas sobre o indivíduo, desde o nascimento, pela família, escola e sociedade, que influenciam direta ou indiretamente em sua vida sexual.

Assim, a Educação Sexual Informal (E.S.I.), também denominada por Vaz et al. (1996, p:17) por “Educação Sexual Incidental”, caracteriza-se por não ter “(...) uma intervenção planificada e sistemática, independentemente de quem a faz (...)” (Lopez, 1990, p. 50). Esta via de Educação Sexual, que decorra dentro ou fora do sistema educativo, desenvolvesse de modo incidental, espontâneo e não intencional, não sendo as suas finalidades educativas claras e, sobretudo, sistemáticas e deliberadas (Vaz et al., 1996).

Esta assenta sobre as nossas próprias vivências quotidianas e ocorre de forma espontânea, não programada, promovida pelas figuras que são para nós significativas: pais, amigos, etc.

Os Pais são agentes educativos importantíssimos, uma vez que representam para os seus filhos figuras de apego e de identificação, pelo que possuem um papel preponderante no processo de aquisição da identidade sexual e do papel do género.

A par dos livros, os pares constituem a principal fonte de informação em matérias de sexualidade. A sua forte influência deve-se à proximidade das idades e dos interesses.

Os Média são também uma grande influência na criança (por vezes constituem um agente negativo), (Vaz et al., 1996)

Em suma, existem diversos modelos de aprendizagem de sexualidade:

- Modelos reais: pais e pares;
- Modelos intermediários: vestuário, jogos, atividades, e pinturas;
- Modelos exemplares: heróis, santos, figuras públicas.

Assim, a Educação Sexual formal e intencional é necessária, pois desempenha um papel importante para o desenvolvimento da personalidade das crianças/jovens, assim como contribui para colmatar algumas faltas da Educação Sexual Informal

Nesta perspetiva, os jovens vão formando as suas conceções sobre o mundo que os rodeia, essencialmente através da vivência quotidiana, e das suas observações diretas constantes – aprendizagens mediatizadas pelo senso comum. É durante este processo de aquisição do conhecimento mediado pela experimentação e pela observação que surge desde logo no nascimento, que os agentes educativos mais próximos, nomeadamente, a família, os pares e o contexto cultural (também mediatizado através dos média) adquirem um papel fulcral na veiculação de informação, atitudes e comportamentos respeitantes à sexualidade (Vaz et al. 1996; Lopez & Ortiz, 2000 e Marques et al. 2002).

Neste quadro social, realça-se o papel primordial das figuras parentais, pelo facto de nas idades em questão representarem os modelos mais importantes de educação e vinculação pessoal, no processo de desenvolvimento global dos jovens, aumentando desde logo a sua responsabilidade, perante a sexualidade. Assim, o equilíbrio emocional e a capacidade de se relacionar com as outras pessoas, ao longo da vida encontram-se relacionados, em grande parte, com o tipo de relações afetivas vividas junto dos pais, considerados por vários investigadores como “modelos reais” (Vaz et al., 1996, p. 18 e Lopez & Fuentes 1999, cit por Marques et al. 2002, p.48). Ainda segundo os mesmos autores, tornasse imprescindível salientar os “modelos intermediários”, referentes ao mundo dos adultos

nomeadamente, a postura, o vestuário, as atividades, bem como os “modelos simbólicos” relativos aos valores, às opiniões e aos comportamentos sexuais fortemente vinculados pelos média designadamente, possuindo um grande poder de influência junto dos jovens na aquisição da moral sexual e na regulação dos comportamentos sexuais. Assim, neste quadro de relações sociais, o adulto assume um especial papel na aquisição do conhecimento, pelo facto dos jovens desenvolverem um sistema de classificação dos comportamentos socialmente aceites ou não, mediante regras que são explicitamente emitidas por eles, mas também através de mensagens implicitamente emitidas, os “não ditos” (Benavente, 1995. p. 9). Daí a importância da coerência entre as atitudes e os valores que se pretende veicular, seja através dos modelos reais, intermediários ou secundários.

É ainda importante salientar que, sendo as figuras dos pais os agentes socializadores mais precoces na aquisição de identidade sexual e do papel sexual, são também os responsáveis diretos pela informação veiculada, essencialmente de forma implícita, ao nível de comportamentos geralmente associados a manifestações de vergonha de repúdio ou de sentimento de culpa sobre a sexualidade (Sprinthall e Collins, 1994; Pedreira e Tomás, 1997), levando contudo os jovens a considera-los como uma “fonte mínima de informação” nesta temática, conforme confirma um estudo junto de alunos universitários (questionário acerca de atitudes e comportamentos face à sexualidade), realizado por Vaz et al. (1996, p.18) Esta influência está, nomeadamente, alicerçada a um sistema de valores naturalmente herdados, onde a iliteracia científica se tem revelado ao longo dos tempos como uma barreira ao conhecimento científico na área da sexualidade. Daí, o importante papel da escola como no meio educativo complementar para a abolição dessas barreiras, tanto junto aos futuros adultos como às próprias famílias (relação escola-família).

Perante esta falta de comunicação, entre pais e filhos sentida essencialmente a partir da fase da adolescência (Anastácio, 2001), no que respeita aos assuntos da sexualidade humana, surgem os pares como figuras prediletas na busca dessa mesma informação, também confirmados pelos resultados do estudo acima referido. Este interesse pelos pares é

compreensível, uma vez que não existem tabus entre eles e a aprendizagem realiza-se numa “relação horizontal” (Vaz et al., 1996, p.18), onde as similaridades entre eles são muitas como: a idade, os interesses, e as experiências de vida comuns.

Assim, num primeiro plano, este tipo de influência para além de ser considerada por vários autores como natural (Sprinthall e Collins, 1994; Moore e Rosenthal, 1995; Vaz et al., 1996) é também considerada como benéfica, uma vez que pelo facto de se realizarem num plano horizontal, surgem como um apoio psico-afetivo perante as diversas transformações sentidas e visualizadas no corpo feminino (aumento da estatura, aumento dos seios, alargamento das ancas, o aparecimento de pelos púbicos e das axilas, a menstruação, a masturbação, os sonhos eróticos...) e masculino (aumento de estrutura, o aparecimento de pelos púbicos, aumento de pilosidade nas outras partes do corpo – na face, nos membros inferiores e superiores e no tronco, a “rouquidão” na voz, os sonhos eróticos, a masturbação...).

Num segundo plano, este tipo de aprendizagens fundamentalmente mediada pelos pares podem-se tornar “perigosas” quando os jovens não possuem a sua “retaguarda” uma boa relação familiar, onde o amor, o dialogo, a compreensão, e a sinceridade prevalece.

A influencia negativa deste tipo de aprendizagem recai no facto de a informação recebida por estes modelos reais ser imprecisa, por vezes maliciosa e/ou distorcida da realidade (Vaz et al., 1996). Vivendo eles uma fase bastante conflituosa, pelo despoletar da atividade hormonal em força e, pela sua afirmação perante o mundo dos pares e adultos, existe o risco acrescido de, por influência do grupo, se iniciarem precocemente em comportamentos sexuais de risco como o aborto, as gravidezes precoces e a transmissão das ISTs.

Neste contexto, e para além da educação sexual constituir um direito do indivíduo, o sistema educativo tem a obrigação de desenvolver nos seus currículos mecanismos de prevenção destas situações, consciencializando cada vez mais os jovens para a sua própria sexualidade e para a sua crescente responsabilidade nos problemas sociais que se vivem hoje e que afetam a nossa qualidade de vida (Ministério da Educação, 1998, 2000 e Dias

et al. 2002). Ainda dentro da educação incidental, torna-se imperativo a referencia aos *média*, mais propriamente da televisão, como uma grande fonte de influência e de um poderoso meio educativo no que respeita à E.S. devido às suas características audiovisuais que possui. Estas características peculiares contribuem fortemente para o fenómeno de atração exercido sobre os jovens, já constatado em vários países nomeadamente nos Estados Unidos da América (E.U.A.), (Rubinstein, 1981 – referido em Vaz et al., 1996, p.19). Neste estudo, a televisão é referida como sendo um meio de comunicação do qual o jovem depende mais tempo, sendo o tempo médio de audiência de TV de 25 horas semanais.

Considerando um modelo de influência simbólico na aprendizagem por observação, a TV pode ser vista como uma fonte importante de informação do contexto cultural envolvente (opiniões, valores, comportamentos), mas também de desinformação, surgindo neste caso como um obstáculo à mudança conceptual.

Atualmente, segundo Vaz et al. (1996), a televisão é vista como uma influência negativa na informação dos jovens no que diz respeito à E.S., pelo facto de veicular conteúdos sexuais do tipo comercial e estereotipado e onde as manifestações afetivas são cada vez mais reduzidas. A publicidade surge aqui como um reforço dos diferentes papéis sexuais estereotipados e, a programação no geral transmite concepções relativas à sexualidade, de forma reducionista, violenta e perversa, daí o importante papel dos pais não só no controle das suas audiências junto dos jovens, mas também nos seus esclarecimentos abertos quando questionados sobre alguma situação sobrelevada.

Não obstante, a televisão quando utilizada séria e corretamente (campanhas de sensibilização, debates temáticos, documentários), devido à sua abrangência populacional, tornasse num importante aliado na divulgação de informação relativa a problemas sociais gravíssimos vividos a nível nacional ou internacional, onde se evidencia a SIDA, conforme comprovam os resultados de um estudo desenvolvido pela Deco Protest intitulado “Teste de Saúde, 2004” (DECO, 2004). Entre os vários meios de informação social salientados pelos cidadãos, a televisão surge preferencialmente com 91%, os

jornais com 59%, as revistas com 58%, a escola com 39%, as revistas de cariz científico com 38%, a Internet com 16% e a igreja com 5%. Curiosamente a Escola, sendo uma instituição de formação a todos os níveis surge num modesto 4º lugar quando, perante o seu propósito educativo, deveria ser considerada como uma das principais fontes de informação dos problemas sociais através dos seus agentes educativos.

1.3.2 Educação Sexual Formal e Não Formal

Educação Sexual Não Formal e Formal, refere-se a um processo sistemático desenvolvido por profissionais de forma intencional. (Sousa, 2006)

1- Educação Sexual Formal (E.S.F.)

Consiste num processo intencional e programado de acordo com os elementos básicos do currículo (objetivos e conteúdos gerais, objetivos e conteúdos específicos, planificação das atividades e avaliação da aprendizagem).

Desenvolvendo-se no âmbito do sistema educativo, onde o professor e a escola são assumidos como meios educativos ideais. Em suma, a educação sexual formal pode assumir uma forma disciplinar ou inter e transdisciplinar.

2 - Educação Sexual não Formal, destina-se a corrigir erros ou insuficiências da Educação Sexual Informal e Formal, e desenvolve-se no contexto extra curricular, quer na própria escola, quer paralelamente ao sistema educativo. Esta é levada a cabo por agentes alternativos aos professores.

Para além das aprendizagens que vão sendo realizadas espontaneamente e informalmente, é possível e desejável que estas sejam enquadradas e complementadas por iniciativas que, acima de tudo, visem "(...) a compreensão, a aceitação e a vivencia positiva da sexualidade (...)" (Marques, 1995, p.90), ou seja, pela E.S.F. ou E.S.N.F.. ambas são caracterizadas por um conjunto de ações estruturais e intencionais que têm por finalidades deliberada intervir, por principio, de forma positiva, no domínio da vivencia sexual dos indivíduos envolvidos. Enquanto a E.S.F. engloba todas as ações educativas levadas a cabo nas instituições escolares e, que são previamente planeadas e explicitadas num programa curricular, devendo estas

ser exploradas num espaço de tempo pré-definido, a E.S.N.F., apesar de privilegiar os agentes educativos, é ministradas através de agentes alternativos fora do programa curricular ou em instituições educativas complementares à escola – Associações de Apoio à Juventude, Associações de Ocupação dos Tempos Livres, Associações de Voluntariado, etc....

A E.S.N.F. caracteriza-se por não ter (...) «uma intenção planificada e sistemática, independentemente de quem a faz» (...) (Lopez Sánchez, 1990 cit in Marques et al., 2010). Apesar de esta não possuir um estatuto reivindicativo junto dos poderes públicos, pelo facto de ser extracurricular, salienta-se a sua importância como alternativa para colmatar a falta de educação sexual, no âmbito da educação global (Vaz et al., 1996).

1.4. QUEM É RESPONSÁVEL PELA EDUCAÇÃO SEXUAL DO JOVEM/ ADOLESCENTE COM SURDEZ

É iniludível a primazia da família – pela proximidade, pelo papel socialmente reconhecido – sobre outros agentes educativos na educação de crianças ou jovens.

A educação da sexualidade começa em casa, porque: “as atuais circunstâncias da vida transformaram profundamente as relações familiares, envolvendo a própria concepção da família”. (Conferencia Episcopal Portuguesa, p. 22, 2002).

O conceito de família esta profundamente alterado e a sua desagregação real, agravada pelo desleixo, diminui fortemente a interação entre os seus membros e a sua capacidade educativa.

Entretanto, a família deve ser o habitat natural da vida humana, na sua génese e no seu desenvolvimento, embora muitas circunstâncias dificultem o seu papel (Conferencia Episcopal Portuguesa, 2002).

As famílias têm o direito de proporcionar E.S. aos seus filhos. Contudo, estes direitos ou deveres são conjugáveis com a missão atribuída a outros agentes educativos, como a escola. Neste contexto, a coerência, a articulação, a comunicação eficiente entre casa e escola beneficiarão os jovens no que diz

respeito à sua aprendizagem sexual. A família é um agente socializador, como tal cabe-lhe a tarefa de usar dos seus recursos para construir um espaço onde o jovem com surdez possa socializar e construir a sua identidade, incluindo a sexual.

1.5. A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NA CONSTRUÇÃO DA SEXUALIDADE DO JOVEM/ADOLESCENTE SURDO

Ao longo do século XX, os pais das crianças e jovens com deficiência foram sequencialmente assumindo e foram-lhes sendo cometidos diferentes papéis e atitudes, designadamente, responsáveis pelos problemas dos seus filhos, membros de organizações. Organizadores de serviços, professores dos filhos, intervenientes nas decisões educacionais, para além de membros da família.

Aos pais incube o direito mas, principalmente o dever de proporcionar adequada educação sexual aos seus filhos. As reservas afetivas existentes na família, a confiança e o diálogo, permitem à criança aceitar, sem traumas as realidades pessoais mais delicadas, como é o caso da sexualidade.

Kanner (1974) e Marcus (1977) mencionam que os pais das crianças e jovens com deficiência são pessoas rígidas, perfeccionistas, com fragilidades do foro emocional ou deprimidas.

Assim, podemos dizer que este impacto de ideias remeteu, frequentemente, para uma tremenda culpabilização e conduziu ao aparecimento de barreiras que constituíram um forte obstáculo para a criação de uma interação entre pais e profissionais. Os pais mostravam-se ressentidos, com baixa autoestima, falta de confiança e muitas vezes, defensivos.

Podemos dizer que só nos anos 70 do século passado os pais passaram a participar de forma ativa na educação de seus filhos.

Em Portugal, a Educação Sexual só muito recentemente e lentamente têm sido assumidas como fazendo parte da formação dos jovens. Isso tem provocado uma postura por parte das famílias que, não sendo necessariamente de receio ou oposição, revela interesse e curiosidade.

“Esta atenção especial pais e encarregados funda-se normalmente, no desconhecimento ou na dificuldade em entender, de forma clara as finalidades e o processo de uma ação ou de um programa de educação Sexual” (Ministério da Educação, 2000, p.32)

A família e sobretudo os pais e irmãos têm sido alvo de uma maior atenção tendo sido identificada uma grande diversidade de fatores que influenciam as atitudes e comportamentos sexuais protetores ou de risco para a saúde dos jovens. A sexualidade é um dos elementos do processo de desenvolvimento global da pessoa, no qual a família, como se sabe, é o primeiro e um dos principais agentes.

Muitas famílias procuram de forma consciente e intencionada aumentar e consolidar os conhecimentos dos seus filhos sobre sexualidade, mas a família é por si só, um contexto básico e primordial de aprendizagem e de vivência da sexualidade.

Esta opinião pode ser sustentada pela afirmação de Bazelon e Kramer (1993) Com efeito é nela que se realizam as primeiras relações afetivas e de sociabilidade que em muitos influenciarão os ciclos de vida subsequentes, nomeadamente nas suas dimensões afetivas, amorosa e sexual. A qualidade dessas primeiras relações – com as figuras parentais afetivamente significativas – interfere no desenvolvimento global das crianças e jovens e evidenciar-se-á, a vários níveis, na continuidade da vida.”

Após leitura anterior, referente á sexualidade, facilmente se questiona se os pais de jovens surdos estão preparados para falar sobre este tema.

Para Jamieson (1995), citado por Nunes (1998) as dificuldades de comunicação vividas pela criança surda devem-se, não à deficiência auditiva ou limitações dela derivadas, mas a padrões inadequados e ineficazes de interação com pessoas ouvintes, particularmente adultos.

Segundo Skuy et al. (1995), a dificuldade dos pais de crianças e jovens Surdos conversarem efetivamente sobre sexualidade com os seus filhos depende grandemente da capacidade comunicativa estabelecida entre pais e filhos. Como já referido, sabe-se que 95% das crianças Surdas são filhas de pais ouvintes, verificando-se uma grande limitação da maioria dos familiares dos Surdos no conhecimento e fluência em Língua Gestual, a qual conduz,

inevitavelmente, a poucas oportunidades de comunicação realmente eficaz. Assim, as limitações linguísticas que surgem conduzem a uma adaptação e simplificação do discurso do adulto e, portanto, da informação transmitida (Bisol 2008). Os tabus aliados a estes fatores, assim como as barreiras e preconceitos associados à temática da sexualidade pode levar a um acesso a informações lacunares que conduzem a percepções erróneas da realidade Pina (2011).

Atualmente, quer profissionais quer os próprios pais reconhecem e enfatizam o papel dos pais, enquanto membros da família. Este ponto de vista é baseado na premissa de que uma vida familiar de sucesso requer que todas as necessidades da família, incluindo a dos pais, sejam identificadas e resolvidas.

Estudos desenvolvidos por Tumbull & Tumbull (1990), associaram as abordagens sociológicas sobre a teoria dos sistemas familiares com as investigações, que analisaram a organização e o funcionamento das famílias com filhos deficientes.

Alguns autores surgiram um modelo conceptual que dá uma nova perspectiva do sistema familiar e do papel dos pais, permitindo novas opções para a criação de serviços de apoio. Assim, o maior contributo deste modelo é, talvez, ajudar a desenvolver um conhecimento mais aprofundado sobre as competências e as necessidades das famílias, uma vez que o reconhecimento de que os pais são membros da família com inúmeras responsabilidades, necessidades e preferências individuais influencia profundamente a relação pais/profissionais em educação especial. Benson & Tumbell (1986), Summers & Bortherson (1984); Tumbell, Broherson & Summers (1985).

Defende-se que a família é um espaço emocional importante na formação de atitudes e comportamentos sexuais saudáveis. São citados fatores como o nível de educação e o estatuto socioeconómico familiar, a qualidade das relações familiares os estilos parentais, a supervisão parental, a comunicação entre pais e filhos e os modelos parentais das atitudes e valores face aos comportamentos sexuais. (Pina, 2011).

Assim, estes pais agem continuamente para resolver a sua preocupação principal e, desta forma, minimizar a surdez e as dificuldades comunicativas da

criança. Todos estes comportamentos de minimização são realizados pelos pais com graus de investimento diferentes e variam segundo vários fatores, nomeadamente o grau de aceitação da surdez e a preocupação com o futuro.

Assim, podemos dizer que a família é um grupo de pessoas que partilha relações de entreaajuda, muito consistente e que, geralmente, vive no mesmo sítio. Mas o conceito de família tem vindo a mudar nos últimos tempos. Podemos dizer que família pode abarcar os tios, os primos, os avós e outras pessoas, sem qualquer relação de consanguinidade. Contudo, a família pode, simplesmente, ser constituída, somente, pela mãe e um adulto. O que é indispensável é que a relação supracitada seja forte e sólida e significativa.

Antunes (2000) afirma que, principalmente com os pais ouvintes, verifica-se a necessidade de uma intervenção precoce nestas situações, isto é, torna-se necessário intervir o mais cedo possível e não ter apenas como objetivo central a criança e a sua problemática, considerando-se de fulcral importância o seu meio envolvente e, especialmente, as famílias. Estes pais necessitam muito de ajuda para aceitar um filho com deficiência. Quando se trata de deficiência auditiva, como já salientamos a angústia manifesta-se especialmente nas dificuldades que sentirão em comunicar com o seu filho e a forma como o integram na sociedade. É importante ajudá-los a perceber que são fundamentais, imprescindíveis nas relações que a criança virá a estabelecer com os seus pares. A crença de que conversar sobre sexualidade poderá conduzir à iniciação sexual precoce, tanto por pais de crianças ouvintes (Delius & Glaser, 2001) como por pais de surdas (Job, 2004). Não há dúvidas da importância da abordagem da sexualidade pelos pais ou educadores.

Isto só vem mais uma vez mostrar aos profissionais da educação a necessidade de conhecermos muito bem todas as realidades, formas de estar e sentir das pessoas que constituem o mundo que nos rodeia.

1.6. A IMPORTÂNCIA DA PARTILHA DE CONHECIMENTOS DO GRUPO DE PARES DO JOVEM/ADOLESCENTE SURDO

As investigações têm salientado a importância dos pares como principal fonte de formação/informação sexual e nas mudanças de atitudes (Billy et al.,

1985 cit. por Soares & Campos, 1986; Marinis & Colman, 1995; Veiga et al., 2000).

Segundo Pina (2011) o grupo de pares tem uma influência considerável no comportamento dos adolescentes, incluindo no campo da sexualidade. “...Tal como as outras crianças, é comunicando que elas, (as crianças com dificuldades de audição) vão aprender, mas também como elas, é sobretudo agindo que vão desenvolver conceitos e ter acesso às novas aprendizagens” (MEC, 1977 cit. por Sousa, 2000).

A par com estes agentes não devemos esquecer o “bombardeamento” constante de mensagens ou notícias subliminares a que os jovens estão sujeitos pelos meios de comunicação e, portanto, é natural que estes encontrem perdidos e ávidos de (in)formação (Brook, 1985; Munõz, 1998; Ingram 1990; Harrison 2000 cit. por Silva, 2006). Assim, a configuração da personalidade moral e dos valores vê-se influenciada por estes agentes (pares e media) rejeitando, frequentemente, os adolescentes os valores dos pais em favor dos valores e comportamentos dos pares. O ideal seria que os pais e logo a seguir os professores desempenhassem um papel importante no campo da (in)formação em sexualidade (Cordella, 2003).

A fragilidade psíquica, afinal tão característica do início da adolescência, encontra uma profunda necessidade de reforço no grupo de amigos que envolvem diariamente rapazes e raparigas destas idades (Strecht, 2011).

A construção da identidade e da autonomia crescente reveste-se, neste período, de grande importância sendo conseguida pelo afastamento progressivo em relação aos pais e por uma aproximação com o grupo de pares, com a procura de pertença e de identidade com os pares (Pina, 2011).

Tendo presente este capital de influência, da qual resulta a ideia de que os adolescentes podem ser professores eficazes para os seus pares em assuntos de algum modo desconfortáveis (Tonks, 1996), os programas de educação de pares vão ganhando uma crescente importância na educação para a saúde, em geral e na prevenção das ISTs, em particular (Mota et al. 2006; Pereira, 2005).

Segundo (Strecht, 2011) a adolescência é claramente marcada pela mudança na relação de grupo de pares. Desde o seu início que a importância

dos amigos é de extrema relevância para o crescimento individual, existindo uma natural transferência da família para todo o mundo envolvente. Para o mesmo autor durante esta etapa do crescimento, os amigos conhecem-se e mantêm-se muito à custa do espaço de convívio escolar, local onde os rapazes e raparigas gastam muitas horas por dia, ao longo de anos das suas vidas.

Neste sentido, Strecht (2011, p.24) refere que “sentir que se pertence a algo ou a alguém, sentir que há uma identidade pessoal que, mesmo ainda em construção, encontra um eco, um reflexo de identificação e desenvolvimento no outro e com o outro é realmente essencial numa adolescência saudável”.

O mesmo autor refere que sentir a presença de alguém para além da família, é ter de igual modo âncoras psíquicas, espaços e tempos onde, se necessário, todos se podem reencontrar a si próprios através da relação com os outros. (Strech, 2011)

Outros autores como Gagnon e Simon (1977) mostram que na realidade o grupo de pares tem uma influência enorme na educação sexual informal dos jovens e é uma ingenuidade, dada a natureza da escola, pensar que estas sejam locais “Where students can openly talk about their own sexual experiences or feeling. This, for better or worse, is something that may have to be left to the peer group. “ (idem. 123). No estudo levado a cabo por Pires (2001), os professores evidenciaram esta tomada de consciência relativa à influência do grupo de pares na transmissão de informação e valores. Quer então dizer que uma parte significativa da identidade individual dos adolescentes é organizada à custa da identidade de grupo. Segundo Strecht (2011), de início o grupo é ainda bastante centrado em elementos do mesmo sexo, mas à medida que os anos vão passando, o grupo tenderá cada vez mais em ser composto por rapazes e raparigas. Pertencer a um grupo, ter amigos, é sempre um sinal saudável de uma expansão da vida de relação que tanto caracteriza a adolescência. Estar isolado, não ter ninguém da mesma idade com quem se identificar e partilhar experiências é, como sinal de isolamento social, um ponto de alerta na adolescência e pode fazer soar um alarme, transformando-se em frequentes chamadas de atenção que contêm um profundo apelo à aceitação e à integração dos outros e com os outros (Strecht, 2011).

Fora da sala de aula, os pares são muito importantes e servem muitas vezes de conselheiros, tutores, gestores de conflitos, etc. existem muitas atividades relacionadas com o VIH que têm mais probabilidades de ser bem-sucedidas se os jovens tiverem um envolvimento ativo. Os líderes de pares podem planear e implementar muitas das atividades que têm lugar no ambiente escolar. Os pares podem igualmente ajudar a estabelecer e a organizar um centro de recursos onde os estudantes e o pessoal da escola podem aceder a informações sobre essa problemática, incluindo informações sobre os locais onde se podem fazer testes, receber aconselhamento e outros serviços relacionados com o VIH/SIDA e as DST`s (Coyle e Basen-Engquist, 1995).

E sendo consensual e inegável a forte influencia do grupo de pares nas atitudes, comportamentos e valores dos jovens, dever-se-ia pensar nestes como agentes de formação/informação de forma mais ativa e mediada pelos professores.

Wodroffe et al. (1998) verificou que, em comparação com os jovens ouvintes, os jovens surdos necessitam sete vezes mais informação que os seus pares ouvintes acerca do VIH/SIDA. A recorrência aos seus pares como fonte de informação acontece pela pouca qualidade de informação proporcionada pelos mesmos (Job,2004), cuja experiência e conhecimentos são similares.

Como já referido, o grupo de pares assume nesta faixa etária um importante papel na influência do comportamento do jovem. Esta influência dos pares pode assumir-se de caráter positivo, influenciando em comportamentos responsáveis, maduros e tendo em vista a promoção de saúde, mas também se pode assumir com um caráter negativo pela influência na adesão a comportamentos sexuais de risco, entre outros (Dryfoos, 1997).

Finalmente, para aumentar a eficácia potencial do envolvimento dos pares na prevenção do VIH, estes devem representar um largo espectro dos grupos de pares existentes na escola, pois só em circunstâncias semelhantes é que a maioria dos alunos da escola se poderá rever nos pares, fundamentalmente, como já referimos, para que se gere empatia.

Assim, compreende-se que a eficácia dos programas preventivos se deve, em parte, ao envolvimento dos pares/amigos na fase de planeamento e

implementação dos mesmos (Moore et al., 1996). A educação para a sexualidade e para a saúde realizada pelos amigos promove mudanças de comportamentos, quer do indivíduo quer do grupo, por sentimentos de empatia, acessibilidade, partilha de valores, maior confiança e pelo facto de pertencerem a uma mesma cultura (Cardoso, 1997; Kalichman, 1998).

1.7. MEIOS DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO SEXUAL DO JOVEM SURDO

“A sexualidade, enquanto possibilidade e caminho de alongamento de nós mesmos, de produção de vida e de existência, de gozo e de beleza, exige de nós esta volta crítico-amorosa, essa busca de saber do nosso corpo. Não podemos estar sendo, autenticamente no mundo e com o mundo se nos fechamos medrosos e hipócritas aos mistérios de nosso corpo ou se os tratamos, aos mistérios, cínica e irresponsavelmente” (Freire, 1993).

De facto, o aspeto mais preocupante é que os adolescentes são “bombardeados” constantemente pelos meios de comunicação que trazem informações sexuais implícitas e explícitas nem sempre esclarecedoras e/ou apropriadas. Por exemplo, em novelas televisivas das mais variadas emissoras. Além disso, o sexo é marcante nas revistas, outdoors, nas piadas e conversas paralelas. Gagnon (1982) afirma que há uma necessidade cultural do homem comentar e gabar-se de suas conquistas e performances sexuais, pois isto confere status social, a este fenómeno ele dá o nome de homosociabilidade. Em suma, fala-se muito de sexo, porém pouco é explicado ou discutido nas escolas e famílias ao alunos surdos.

Se falar sobre sexo com pessoas sem nenhum aparente comprometimento físico, intelectual ou sensorial, é uma atitude ainda vista com certo receio e dificuldade, o que se dirá então de falar sobre sexo com pessoas com alguma deficiência? Segundo Pinel (1993) existem três grandes tabus na nossa sociedade: morte, sexo e deficiência. A mistura entre eles causa, na maioria das pessoas, reações de desconforto e discriminação, demonstrando a grande dificuldade da nossa cultura lidar com estes temas.

Segundo alguns autores, hoje os media apresentam-se como agentes na difusão de valores e contravalores já que não propõem um único modelo de

comportamento mas um reportório de alternativas nem sempre as mais adequadas (Sampaio, 1987; Ribeiro, 1990; Lickona, 1991; Alberoni, 2000).

Como referido anteriormente, desde muito cedo que os jovens são submergidos pelos media para uma sexualização omnipresente, reduzida a uma genitalidade e empobrecida de uma visão ampla e integradora da sexualidade humana. Hoje os programas televisivos são de uma vulgaridade atroz e agentes desvinculados de valores onde a troca de dinheiro as pessoas são submetidas a posturas que resvalam para a prostituição ou proxenetismo (Canavarro, 1990) e pornografia ou mesmo imagens de um realismo agressivo, atraindo, estimulando e vinculando comportamentos tidos como normais em adolescentes quando, paradoxalmente a própria lei os proíbe de serem praticados em público (Ribeiro, 1990; Soberal, 2002 cit in Silva, 2006).

Grande parte das mensagens difundidas pela TV é de cariz sexual, sobretudo em telenovelas e filmes, onde é vinculado o relacionamento sexual e afetivo. Nestes programas é frequente vermos cenas de sexo extraconjugal, relacionamentos entre pessoas não casadas puramente carnal sem qualquer envolvimento emocional, existindo uma grande separação entre atividade sexual e os valores morais de uma sexualidade humanizada (Lickona, 1991; Strasburger, 1995). Em contrapartida, raramente são focados aspetos como a VIH e IST'S. Deste modo, a perceção da realidade social é vinculada a determinados tipos de comportamentos levando a crer que o que se vê é a realidade social (França, 1991).

Agrava-se esta situação quando este tipo de programa é visionado às escondidas dos pais (muitos jovens possuem TV, Internet no quarto) e, como tal, sem qualquer tipo de controlo. Neste ponto, os pais devem educar e supervisionar os filhos para o uso moderado e seletivo de programas quer de TV, quer da Internet. (Ortega, 1994; Egypto, 2003).

Em suma em relação aos media, as barreiras existentes proporcionam a falha completa, por vezes na transmissão de mensagens em saúde. A rádio é uma forma inacessível para o Surdo. Podemos também concluir que a TV de pouco ou nada é acessível quando não há tradução para Língua Gestual Portuguesa em simultâneo, dada a dificuldade em se executar a leitura labial

ou de fala e também o baixo nível de literacia que dificulta a verdadeira acessibilidade às legendas escritas (Pina, 2011).

Outras fontes de informação como as revistas, os livros também são desadequados para os Surdos por uma grande variedade de situações: utilização de vocabulário e estruturas morfossintáticas complexas e utilização de poucos recursos visuais (Tamaskar, Malia et al. 2000; Bat-chava, Martin et al. 2005; Trafton, 2006).

CAPÍTULO V - PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

1. EDUCAÇÃO VOLTADA PARA A SEXUALIDADE VIH/SIDA E ISTs FORMAS DE TRANSMISSÃO E DE PREVENÇÃO

Atualmente, nos países ocidentais (para Portugal não existem dados fidedignos), assiste-se a um aumento do número de adolescentes com ISTs. Esta situação é preocupante pois algumas ISTs são incuráveis (por exemplo, infeção pelo VIH), outras podem provocar tumores malignos e para outras os tratamentos antibióticos que costumavam ser eficazes já não conseguem resolver as infeções causadas por estirpes resistentes. De salientar, que à exceção da hepatite B, não há vacina para nenhuma destas doenças, pelo que a sua prevenção se baseia na mudança de comportamentos e na responsabilidade pessoal. (Dias; et, al. 2002).

É do conhecimento geral que as ISTs transmitem-se através do contacto sexual, (vaginal, oral ou anal) com alguém que já tenha IST. São também denominadas de doenças venéreas (de venereu ou veneriu, relativo á deusa do amor, Vénus). São mais de 20, estas infeções afetando homens e mulheres e de gravidade muito diferente, podendo nalguns casos até provocar malformação no feto e aumentam com as más condições de higiene (Miguel, 1990)

Ainda que algumas doenças sexualmente transmissíveis tenham cura, outras acompanham a pessoa por toda a vida (não têm cura). Doenças sexualmente transmissíveis podem afetar a saúde física, emocional e a qualidade de vida da pessoa. Especialistas acreditam que ter uma doença sexualmente transmissível eleva as chances da pessoa ser infetada com o VIH, o vírus que causa SIDA. (Miguel, 1990)

Hoje, estas infeções têm quase sempre tratamento (exceto a sida) se forem diagnosticadas e tratadas a tempo e de forma adequada. Têm aumentado, preocupantemente, nos últimos anos muito devido á diminuição de prevenções, por se considerar que o seu tratamento é fácil e pela maior

frequência das relações sexuais com diferentes parceiros (Miguel e Gomes; 1991).

Autores como López e Fuertes (1999), consideram que um dos grandes riscos associados ao aumento da frequência das relações heterossexuais nos adolescentes, na ausência de uma boa informação e educação sexual, são as ISTs, uma vez que estas se transmitem através das relações sexuais, geralmente coitais. Os sintomas destas infeções variam consoante o tipo de infeção e são diferentes no homem e na mulher, na forma de transmissão, É muito comum a pessoa não apresentar sintomas das ISTs, na maioria das vezes nos estágios iniciais da doença. Isso pode ocasionar a falta de tratamento até que a doença fique severa. A falta de tratamento precoce pode causar problemas sérios como infertilidade etc. São várias as doenças que podem ser transmitidas por via sexual e se propagam através do contacto sexual. É o caso da SIDA, Herpes genitais, Candidíase, Sífilis, Gonorreia, Hepatite B, etc.

A Sífilis é uma doença provocada pela bactéria *Treponema Pallidum*, que apesar de ser contagiosa e perigosa, é curável se for tratada a tempo. A Sífilis ataca qualquer tecido desde a pele aos ossos, fígado, órgãos genitais e olhos. O seu maior perigo é alcançar a sistema nervoso e o coração, o que pode levar à morte. A bactéria da sífilis, para sobreviver, precisa de um ambiente quente e húmido. Sintomas, inicia-se 3 semanas após o contágio, no local da infeção, na região genital, um pequeno nódulo rosado que evolui para uma úlcera indolor. Na segunda fase da doença, há uma erupção cutânea com sintomas de mal-estar, fadiga, dores de cabeça e nos ossos. Até esta altura a doença é muito contagiosa, mas curável.

A Candidíase, é uma doença causada pelos fungos *Candida albicans*, que se desenvolvem num local quente e húmido da vagina. Sintomas, no homem verifica-se uma inflamação acompanhada de pontinhos vermelhos no pénis e ardor. A mulher sofre de inflamação e irritação nos lábios da vulva, acompanhado de um fluxo espesso e esbranquiçado. Pode haver complicações, como é o caso da ureterite.

A Gonorreia, consiste numa infeção das vias genitais provocada por bactérias, designadas genericamente por gonococos. Pode afetar o colo do

útero da mulher e também a uretra do homem, podendo expandir-se para a região anal. A gonorreia não tratada pode conduzir à esterilidade em ambos os sexos. Sintomas, Aparece um ardor e um pus acinzentado ou esverdeado, através do pênis ou da vagina, entre 15 a 30 dias após o contágio. Também se pode sentir dor ao urinar.

O Herpes genital, afeta os órgãos genitais e as zonas envolventes. É uma doença que não tem cura e é causada pelo vírus *Herpes Simplex*. Apenas existem medicamentos que aliviam as dores. Sintomas, O herpes caracteriza-se por vesículas, em forma de cacho, que aparecem 4 - 5 dias após o contágio, que acabam por rebentar e deixar a carne a descoberto. São acompanhadas por um ardor intenso.

A Hepatite B é uma doença causada por um vírus que ataca o fígado, sendo o sangue o principal meio de transmissão e depois a saliva. Se não for tratada, pode provocar a morte. O vírus sobrevive durante bastante tempo e resiste a alguns desinfetantes. Sintomas, A princípio é parecido com a gripe, sintomas de náuseas, vômitos, diarreias, cansaço, falta de apetite, surgimento de icterícia, alteração da cor das fezes e da urina (Organização Mundial de Saúde, 2010).

A SIDA é uma Infecção Sexualmente transmissível, a qual apesar de vários esforços de cientistas de todo o mundo, ainda não tem cura. Por isso é que aumenta, no mundo, de uma forma assoladora é necessário apostar na informação e na prevenção (Atouguia, 2006).

Segundo Glat, (2004) a incidência do VIH/SIDA relativamente às pessoas com deficiência é pouco conhecida; constatamos a falta de estudos e pesquisas, assim como de ações de informação e prevenção. Mas sabe-se que os adolescentes, jovens e adultos com algum tipo de deficiência fazem parte de uma população altamente vulnerável a situações de abuso e violência sexual, gravidez precoce e infeções por VIH/SIDA e outras IST - Infeções sexualmente transmissíveis. Neste mesmo sentido Laborit (2001) refere que “Morrem dela, como muitos outros, por falta de informação”.

A mesma autora refere que a maioria dos jovens com deficiência é mais vulneráveis a riscos e a desenvolverem comportamentos desviantes, devido à

falta de orientação adequada sobre o processo da sexualidade. Em geral os surdos não lêem muito. Têm uma certa dificuldade.

A criança surda, como a criança ouvinte, deve poder comunicar de modo pleno com aqueles que a cercam (pais, irmãos, outras crianças, professores, adultos, etc.). Deve poder fazê-lo através duma forma de comunicação ideal e na Língua mais apropriada à situação. Em certos casos, será a Língua Gestual, noutros a Língua Oral, e por vezes as duas Línguas em alternância. (Associação Portuguesa de Surdos, APS, 2012). Misturam os princípios da língua oral com os da língua escrita, (Associação Portuguesa de Surdos do Porto, ASP, 2004). Além disso, experimentam não apenas a desinformação, mas o estigma de serem jovens portadores de deficiência e, por isso, diferentes dos jovens ditos “normais”. São, portanto, mais suscetíveis a problemas emocionais, ampliando o seu potencial de vulnerabilidade devido à carência afetiva e experiência social precária (Glat, (2004). Neste sentido Laborit (2001) diz: “Dantes, na minha «juventude», não pensava nisso, de todo. Podia ter encontrado alguém seropositivo e ter sido contaminada sem o saber. No meu grupo da paródia por vezes fumava-se um charro, mas, felizmente, nada de seringas, nada de heroína. O que não quer dizer que estivéssemos informados, estávamo-nos completamente nas tintas. Aos dezassete anos tomo consciência desse facto” (p157). A mesma autora prossegue, “as campanhas de informação sobre a sida são feitas por gente que ouve, para gente que ouve. Não há legendas nos spots publicitários. Não há legendas nas emissões televisivas de informação médica. Que não haja legendas nos espetáculos televisivos é-me indiferente; que a televisão se ocupe mais de publicidade do que de informação, da qual deveria ser a maior responsável, isso choca-me. A sida mata os surdos por ausência de informação. Chamo a isso não-assistência a alguém em perigo de vida” (p.159).

Perante isto, podemos dizer que existe uma consequência natural desta falta de informações, combinada à vulnerabilidade e risco de uma população. Tudo corre para essa trágica desinformação. Desde o médico, que não sabe a Língua gestual, aos pais que não educam, aos jornais que os surdos raramente leem, aos hospitais que só se ocupam em informar os ouvintes (Laborit, 2001) .

De acordo com o último relatório da ONUSIDA, (2011) há no mundo 33,3 milhões de pessoas infetadas pelo VIH. Desde o início da epidemia, em 1981, foram infetadas mais de 60 milhões de pessoas e morreram quase 30 milhões. 5,2 Milhões de pessoas com VIH já recebem tratamento mas para cada pessoa que recebe tratamento, há duas novas infeções. Os números são assustadores, vejamos os números em alguns países europeus, França, 150 000, Itália 140 000, Espanha 130 000, Reino Unido 85 000 (ONU/SIDA, 2010), segundo o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. (2010), a 31 de Dezembro de 2010, encontravam-se notificados 42 000 casos de infeção VIH/SIDA nos diferentes estádios de infeção, dos quais 13 000 são mulheres e 29 000 são homens. Em Portugal existem neste momento 18 107 pessoas a receber tratamento com anti-retrovirais, com uma taxa de sobrevivência de 80%.

A transmissão e o contágio da SIDA podem ocorrer de várias formas. Segundo a Associação para o Planeamento da família (2000), as vias de transmissão são três: a via sanguínea, a via sexual e a via materno-infantil.

Neste caso passaremos a descrever a via sexual, uma vez que é a transmissão que nos interessa. Esta é a forma pela qual a sida se contrai mais facilmente e em maior número, através de práticas sexuais que impliquem penetração, nomeadamente no sexo vaginal, anal e menos frequentemente oral. O vírus está presente nas secreções genitais masculinas e femininas, isto é, no caso masculino no líquido seminal, secreção prostática e esperma. Para além disso, encontra-se também nas mucosas dos órgãos genitais tanto masculino como feminino e na mucosa retal (Lambert, 1992).

As formas de prevenção da transmissão por via sexual, de acordo com a Federação Internacional para o Planeamento Familiar (1998) , incluem considerações como:

- Evitar o ato sexual com parceiros que podem ter estado expostos à infeção VIH;
- Desde que nenhum parceiro esteja infetado, as relações monogâmicas são seguras;
- Evitar múltiplos parceiros sexuais e o ato sexual casual;

- O uso adequado do preservativo reduz o risco de transmissão para ambos os parceiros, masculino e feminino.

Lucas (1993), considera que para melhor combater a Sida não existe alternativa senão a de aprofundar o conhecimento acerca da sexualidade, levando ao desnudar dos seus mistérios, provocando a sua aceitação consciente não só enquanto fator de risco, mas também enquanto problema – vivencia – experiencia psicoafetiva do quotidiano da pessoa humana.

Segundo o Coordenador Nacional para a infeção VIH/SIDA do Alto Comissariado da Saúde, Prof Doutor Henrique Barros, no site médicos de Portugal. iol. pt (2007), refere que a elevada incidência de pessoas infetadas com a sida em Portugal se deve à ausência de cultura geral de prevenção.

A UNESCO e a OMS têm vindo a insistir e a recomendar por todo o mundo que a escola se assuma, cada vez mais, como agente dinâmico e privilegiado na educação para a prevenção da SIDA (Pardal, 1995, cit in Azevedo, 2008).

Assim sendo, consideramos pertinente quer a opinião do Prof. Henrique Barros, quer a recomendação da UNESCO e da OMS, uma vez que também consideramos que é necessário e urgente apostar numa cultura de informação e prevenção, sendo esta, no futuro, uma das condições de prevenção da doença que farão diminuir a taxa de pessoas infetadas com este vírus.

Consideramos que uma eficaz informação acerca da prevenção de comportamentos sexuais de risco é uma forma possível de moderar o crescimento desta epidemia. Para a Federação Internacional para o Planeamento Familiar (1998), é urgente apostar na informação e educação. Atendendo à importância desta temática é oportuno criar programas eficientes de forma a que a informação básica acerca da SIDA seja compreendida por todos, incluindo os surdos. Há necessidade de consciencializar a população geral de algumas ideias chave. No plano da transmissão é necessário saber-se que a sida é uma doença fatal para a qual ainda não existe cura e que se transmite por relações sexuais, sangue contaminado e por agulhas hipodérmicas contaminadas.

Frade, Marques, Alverca e Vilar (1999), acrescentam que é necessário adotar comportamentos sexuais informados e responsáveis conducentes à

prevenção da SIDA e entender a importância da prevenção bem como aferir conhecimentos sobre o contágio pelo VIH.

2. COMPORTAMENTOS DE RISCO E O JOVEM SURDO

A sexualidade nos seus múltiplos e variados aspetos é um tema que tem merecido a atenção de vários autores das ciências sociais e humanas, ao longo das últimas décadas.

Apesar de permanecer, para muitos, como um tema *tabu*, por envolver aspetos do foro íntimo e pessoal, a verdade é que ao longo do tempo e de acordo com a literatura, a sexualidade tem vindo, progressivamente, a tornar-se uma das áreas chave para uma melhor compreensão de diversos fenómenos que ocorrem no tecido social e nas transformações que marcaram o século XX. (Bonito, J. 2009). Foucault (1976) relaciona as analogias da sexualidade com o “saber” e o “poder”. Giddens (1995) dá ênfase à importância da sexualidade na definição da identidade pessoal na sociedade contemporânea

De acordo com a O.M.S., a sexualidade tem influência sobre sentimentos, comportamentos e interações do ser humano, sendo uma área de grande importância no desenvolvimento dos indivíduos, uma vez que evidencia o modo como este se relaciona consigo mesmo e com os outros, na procura do amor, contacto e intimidade. (Bonito, 2009)

As pessoas ainda que confrontadas com comportamentos de risco não gostam muito de ser pressionadas para a mudança: Por outro lado, apesar de conhecerem o risco persistem no comportamento de rotina.

No caso dos jovens com deficiência, a exclusão social, bem como a reduzida participação em atividades e programas de saúde traz importantes implicações para o desenvolvimento de habilidades e competências pessoais de resolução de problemas, entre outras e que permitem a negociação de sexo seguro. Assim, a exclusão destes jovens da esmagadora maioria das comunicações, serviços e programas em saúde sexual e reprodutiva por via de uma grande diversidade de barreiras (sociais, comunicacionais, linguísticas,

entre outras) implica uma grande perda de informação e de conhecimentos pelas diversas vias de aprendizagem (WHO & UNFPA 2009).

3. VALORES E EDUCAÇÃO PARA OS VALORES

Na cultura contemporânea, em que o valor da liberdade é constantemente afirmado, é compreensível que cada pessoa, no exercício da sua responsabilidade, se tenha de confrontar a cada momento com questões de natureza ética.

A noção de valor e de valores encerra em si mesmo uma multiplicidade de significados muito para além da própria etimologia da palavra. Valadier (1998), num desalento com o relativismo e o individualismo exacerbado típico da pós-modernidade, considera o conceito de valor frouxo uma vez que, para além das inúmeras utilizações contraditórias com que frequentemente é utilizado, encobre realidades opostas e destrutivas, mesmo assim faz a sua apologia “A visão do valor, abre assim um horizonte de transposição de contingências que atormentam os tíbios e justificam todas as demissões” (Valadier, 1998, pag.128). Já Ricoeur (1990) entende-o não como um conceito moral verídico mas um conceito de compromisso justificado pela confrontação mútua, não dissociativa, entre o universal e a história, muito mais do que um confronto em que o universal e a história se dissociam. Daqui resulta para este autor, como exemplos deste cruzamento de compromisso, o consenso gerado à volta de casos como a condenação da tortura, da xenofobia, do racismo, da exploração sexual de crianças, e outras.

Considera-se então, um valor, toda a qualidade do ser no mundo a que o homem adere em virtude de esta o aproximar do seu bem, entendido como ideal de realização autêntica e plena da sua condição humana.

Se a Educação em geral é um valor inquestionável, a Educação Sexual também tem de ser entendida como tal.

Para que os adolescentes desenvolvam as suas capacidades, saibam o que querem da vida e tomem as suas decisões, devem saber o que valorizam e aprender a tomar decisões.

Apesar de não existir um conjunto específico de valores aceites pela maioria das pessoas, vários autores defendem que existe um grupo de valores universais, também presentes na educação sexual – a vida, a afeição e a lei (Kolberg, 1973, Kirby, 1984, Kyman, 1998). Na educação para a sexualidade, no contexto da sociedade ocidental, a eles devem juntar-se a autodeterminação e a igualdade de direitos (Mariano, 2006).

Parafraseando André Comte-Spynville poder-se-á dizer que refletir sobre os valores é medir a distância que deles nos separa. No seu conjunto, os valores são projetos ideais, procurados e ambicionados, que estruturam o conhecimento humano, orientam a conduta e marcam a personalidade.

“Educar, no sentido mais amplo, é sempre uma forma de trabalhar com valores, seja qual for a metodologia aplicada. (...) Sendo a Educação Sexual uma componente do processo educativo global e que tem implicações na realização individual e no relacionamento de cada um, obviamente não poderá deixar de referir-se, também ela, a um conjunto de valores. E este conjunto de valores deve respeitar a individualidade de cada um, ou seja, os valores pessoais, familiares e culturais, desde que não colidam entre si”. (Ministério da Educação, 2000).

Segundo Sánchez (1990) os valores são as coisas em que acreditamos e conhecê-los permite-nos explicar o que realmente queremos, tomar decisões, não nos deixarmos manipular pelo grupo.

Uma vez encontrados os valores, é necessário ajudar os jovens a tomar decisões, ou seja, a orientar a sua vida na direção que considera mais adequada. Estas decisões devem estar em harmonia com os valores e ter em conta tanto o presente como o futuro.

Os valores dão sentido e significado á nossa vida e deveriam também orientar as nossas tomadas de decisão. Por isso é importante ajudar os jovens a identificar os valores da sua família, os valores do seu meio envolvente e os seus próprios valores. É por isso que a educação para os valores se torna imprescindível durante a fase da adolescência, em que se dá a configuração da identidade do ser humano. Ora, a escola não pode deixar de exercer o seu papel neste processo de apropriação de valores pelos jovens alunos.

No entender de Pereira e Freitas, (2001) os valores são as “coisas em que acreditamos e conhecê-los permite objetivar o que queremos”.

A LBSE (1986) claramente referencia a educação para os valores (espirituais, estéticos, morais e cívicos) em contexto escolar. Este avanço é fruto de uma evolução conceptual bem como influencia das novas perspectivas psicopedagógicas que ultrapassando as velhas ideias iluministas onde o ser humano é inteligência e memória e o esclarecimento da inteligência levaria só por si a uma mudança de comportamentos. Atualmente educar não é apenas instruir dirigindo-se a todas as facetas da personalidade humana. Urge educar não somente no saber – fazer mas também no saber - ser (Rocha, 1996).

Na Educação Sexual em Meio Escolar (Ministério da Educação, 2000, p.28-29), defendem-se como valores essenciais da Educação Sexual:

- “O reconhecimento de que a autonomia, a liberdade de escolha e uma informação adequada são aspetos essenciais para a estruturação de atitudes e comportamentos responsáveis no relacionamento sexual;
- O reconhecimento de que a sexualidade é uma fonte potencial de vida, de prazer e de comunicação, e uma componente de realização pessoal e das relações interpessoais;
- O reconhecimento da importância da comunicação e do envolvimento afetivo e amoroso na vivência da sexualidade;
- O respeito pelo direito á diferença e pela pessoa do outro, nomeadamente os seus valores, a sua orientação sexual e as suas características físicas;
- A promoção da igualdade de direitos e oportunidades entre homens e mulheres;
- A promoção da saúde dos indivíduos e dos casais, nas esferas sexual e reprodutiva;
- O reconhecimento do direito á maternidade e à paternidade livres, e responsáveis;
- O reconhecimento das diferentes expressões da sexualidade ao longo do ciclo da vida;
- A recusa de expressões da sexualidade que envolvam violência ou coação, ou relações pessoais de cominação e de exploração.

Decorrente deste conjunto de valores, considera-se como grande objetivo da Educação Sexual contribuir – ainda que parcialmente – para uma vivência mais informada, mais gratificante e mais responsável da sexualidade.”

“A escola deve ajudar a construir a autonomia e o espírito crítico do aluno e o silêncio que pode estabelecer em relação às questões sexuais é uma forma de educação que pela sua omissão se torna negativa. Podendo aumentar a repressão e os preconceitos e reforçar os sentimentos de culpabilidade dos adolescentes em relação a algumas práticas e comportamentos sexuais habituais nas suas idades”. (Mariano, 2006)

CAPÍTULO VI - DESIGN EMPÍRICO

1. OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS

Para que se torne possível conhecer a sexualidade e conhecimentos sobre as ISTs do adolescente surdo, nos seus diferentes aspetos, conhecimentos, atitudes e comportamentais, bem como a forma como estes influenciam as suas experiências, a formação da sua personalidade e a aquisição de valores pessoais e morais, é preciso identificar alguns aspetos conclusivos através de vias de acesso adequado, que tenham em conta a natureza deste objeto de estudo.

Sendo, a educação sexual um processo de formação contínua que deve contemplar a construção de atitudes (sobretudo em relação aos papéis dos diferentes indivíduos no micro ou macro agregados sociais) e a aquisição de conhecimentos (sobre o desenvolvimento global bio-psico-social), (Farias, 2002). Assim, confrontamo-nos com a necessidade do presente estudo, e com as dificuldades que lhe são inerentes. Em Portugal, têm surgido pouquíssimos estudos sobre a temática, sobretudo no que diz respeito a uma população jovem não ouvinte, o que pode constituir um reflexo das dificuldades a que aludimos.

Tendo em conta a escassez de estudos portugueses sobre este assunto, pensamos ser pertinente a realização de um estudo exploratório sobre os aspetos atitudes e conhecimentos dos alunos surdos, em matéria de sexualidade e ISTs, adquiridos ao longo da sua escolaridade.

A educação sexual como qualquer processo educativo, apresenta efeitos e resultados demorados, até muitas vezes só ao fim de algum tempo pode ser observado, mas hoje não deixa de ser fundamental conhecer que a maioria das escolas reconhece a importância em se tratar da sexualidade, permitir que os nossos adolescentes entendam a sexualidade como um aspeto positivo e natural da vida humana, o conhecimento e as atitudes dos alunos surdos face a esta temática.

Para complementar, de alguma forma, a ideia de que componente teórica e componente empírica têm que estar sempre em estreita relação faremos uma breve alusão a alguns modelos teóricos de investigação sobre sexualidade humana, que exerceram alguma influência na nossa recolha de dados.

Widerman e Whitley (2002), cit in Azevedo, (2008), refere algumas teorias da sexualidade humana. Na teoria da aprendizagem, é evidenciada a aprendizagem da sexualidade através da modelação, ou seja, aprendizagem através dos modelos praticados pela sociedade e cultura em que o individuo esta inserido.

De acordo com Azevedo (2008), a teoria do Scripting Social é utilizado um “guião” como instrumento conceptual para examinar a conduta sexual. Esta perspetiva, assenta basicamente, na forma como o ser humano utiliza um conjunto de normas da mesma forma que um ator usa um guião no palco para representar. Ou seja, com base nesta teoria as experiências sexuais são «planeadas» antecipadamente com base em comportamentos sociais pré-existentes. Por outro lado, pode ser eficiente porque uma relação sexual pensada pode evitar uma serie de situações como o aparecimento da gravidez indesejada ou o contágio de infeções sexualmente transmissíveis. O que se questiona é se os jovens surdos têm a mesma perceção destas teorias, sabendo, como já foi referido, os obstáculos existentes a esta comunidade. O desejável será que os comportamentos sexuais pré-existentes sejam conscientes e tenham por base a vivência da sexualidade de uma forma preventiva e segura.

Em Portugal, como já referido, os estudos sobre a permissividade, conhecimentos nas atitudes e comportamentos sexuais em jovens surdos, têm sido escassos, o que torna um pouco mais difícil efetuarmos uma análise no sentido de avaliar a evolução das respostas dos inquiridos bem como a sua comparação com tendências verificadas noutros países.

Daí a nossa pretensão incidir nesta faixa etária e que pretende recolher informação relativamente, a questões de conhecimento, maior ou menor permissividade ligada à relação sexual, autocontrole, a utilização ou não de

contracetivos, a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, as relações sexuais pré-conjugais, entre outros.

Alferes (1997), cit in Azevedo (2008), apresenta duas teorias. A primeira – A teoria da organização Cognitiva, que tem por base a teoria do equilíbrio de Heider, que constitui o paradigma das explicações cognitivas da atração interpessoal. Ou seja, a construção e manutenção de um sistema coerente de representações do mundo e das relações sociais constitui o principal motivo do comportamento humano. A dinâmica da atração interpessoal é a função das necessidades de organização cognitiva.

A segunda, a Teoria do Reforço e da troca Social, tem por base o primado da (inter) dependência e como consequência a regra da reciprocidade: «gosto de quem gosta de mim».

Tendo por base estes modelos pretendemos analisar e interpretar pormenorizadamente os conhecimentos, atitudes dos jovens adolescentes surdos (JAS) em matéria de sexualidade e face às ISTs, no final do ensino secundário.

Esta faixa etária foi também escolhida porque corresponde à transição de um ciclo de vida que termina para outro que começa, e nessa perspetiva será importante saber qual a preparação que estes adolescentes possuem para entrar nele e continuar ou iniciar a sexualidade de uma forma salutar e acima de tudo com a noção das precauções que são precisas numa perspetiva preventiva.

A realização deste estudo exige a utilização de uma metodologia adequada, assente numa vertente lógica, tendo por base a utilização de métodos científicos. Neste sentido, pretendemos utilizar uma metodologia de carácter qualitativo e descritivo.

Almeida (2003), cit in Azevedo (2008), refere três princípios que reforçam a pertinência e a necessidade de uma interpretação dos comportamentos e fenómenos sociais:

- A primazia da experiência subjetiva como fonte de conhecimento;
- O estudo dos fenómenos a partir da perspetiva do outro ou respeitando os seus marcos de referência;

- O interesse em conhecer a forma como as pessoas experienciam e interpretam o mundo social que também acaba por construir interativamente.

Assim sendo, pretendemos fazer um estudo que nos dê a compreensão dos fenómenos estudando a realidade sem a fragmentar e sem a descontextualizar.

O presente estudo surge com base nestes pressupostos. Uma parte teórica, já apresentada, e uma parte empírica, que se complementam.

O presente estudo, ao contemplar as atitudes dos alunos, nomeadamente na sua vertente conhecimentos, atitudes face às ISTs, procura caracterizar o conhecimento acerca dos conteúdos aprendidos pelos alunos até ao fim do secundário. Nesta perspetiva, torna-se pertinente a definição de uma problemática, que de alguma forma delimite o estudo e nos mostre de forma clara a pertinência do mesmo. Hébert (1996), considera que o problema deve ser formulado em forma de questão, na medida em que é distinto da formulação das hipóteses, derivadas do mesmo problema. Deve ainda ser pertinente, testável por métodos empíricos e deve evitar juízos morais ou éticos. Almeida e Freire acrescentam “as formas que o problema a definir pode assumir são diversas” Em Psicologia e Educação o problema formula-se na forma de questão (investigação voltada a compreensão ou explicação de um fenómeno) ou como uma resposta (decisão sobre as propriedades de um tratamento ou metodologia, situação que se deseja alterar). Ainda de acordo, Tuckman (2002), acrescenta que o problema deve ser formulado de forma clara e sem qualquer tipo de ambiguidade.

1.1. OBJETIVO GERAL

Com base nestes pressupostos apresentamos o seguinte objetivo geral:

Analisar de que forma os jovens adolescentes surdos do Ensino Secundário possuem conhecimentos e atitudes em matéria de sexualidade, que constituem bons indicadores de virem a ter comportamentos saudáveis e isentos face às ISTs.

1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Partindo da questão anterior, pretendemos, através do estudo empírico, atingir os seguintes **objetivos específicos**, que passam pela recolha de informação que nos permita dizer quais os conhecimentos e atitudes que os jovens surdos possuem face às ISTs:

- i. Analisar os conhecimentos dos JAS face aos fatores de risco de transmissão das ISTs;
- ii. Analisar os conhecimentos dos JAS relativamente aos mecanismos de prevenção das ISTs;
- iii. Analisar as atitudes comportamentais dos JAS relativamente à prevenção/não prevenção em relação às ISTs.

1.3. HIPÓTESES

No presente estudo foram formuladas as seguintes hipóteses:

HIPÓTESE 1: Os JAS não possuem conhecimentos dos fatores de risco da transmissão das ISTs.

HIPÓTESE 2: Os JAS não revelam conhecimento relativamente aos mecanismos de prevenção das ISTs;

HIPÓTESE 3: As atitudes comportamentais de um número elevado de JAS não os protegem relativamente face às ISTs.

1.4. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra do presente estudo foi constituída por 31 sujeitos. Trata-se de uma amostra não probabilística, de conveniência, considerando a possibilidade do investigador aceder à referida população.

A escolha dos participantes no estudo tomou em consideração os seguintes critérios:

- Idade compreendida entre os 16 e os 24 anos;

- Frequentar uma escola (básica/secundária);
- Pertencer à Comunidade Surda e usar a Língua Gestual Portuguesa como primeira Língua.

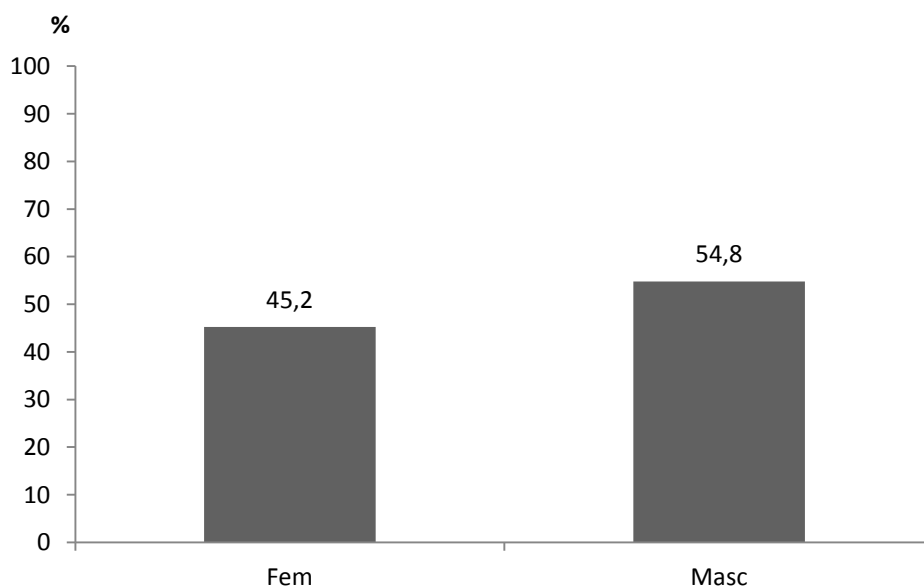
Pretende-se neste ponto realizar uma apresentação dos dados relativos às características sociodemográficas dos participantes do estudo, de modo a possibilitar uma primeira visão sobre as possíveis características dos sujeitos de investigação e que possam ser relevantes para a análise e interpretação dos dados.

Nos gráficos que se seguem podemos observar a caracterização dos sujeitos da investigação, podendo ser observado que participaram 31 sujeitos jovens surdos, 14 do género feminino e 16 do género masculino, com idades compreendidas entre os 16 anos e os 21 anos (média de idades = $18,35 \pm 1,56$). Estes alunos frequentam escolas de referência de ensino bilingue para alunos surdos, entre o 9º ano de escolaridade e o 12º ano do secundário, provenientes de várias zonas do país.

1.4.1 – Distribuição dos sujeitos da amostra em percentagem por género

Tal como o gráfico 1 ilustra, 45,2% dos representantes são do sexo feminino e 54,8% sexo masculino.

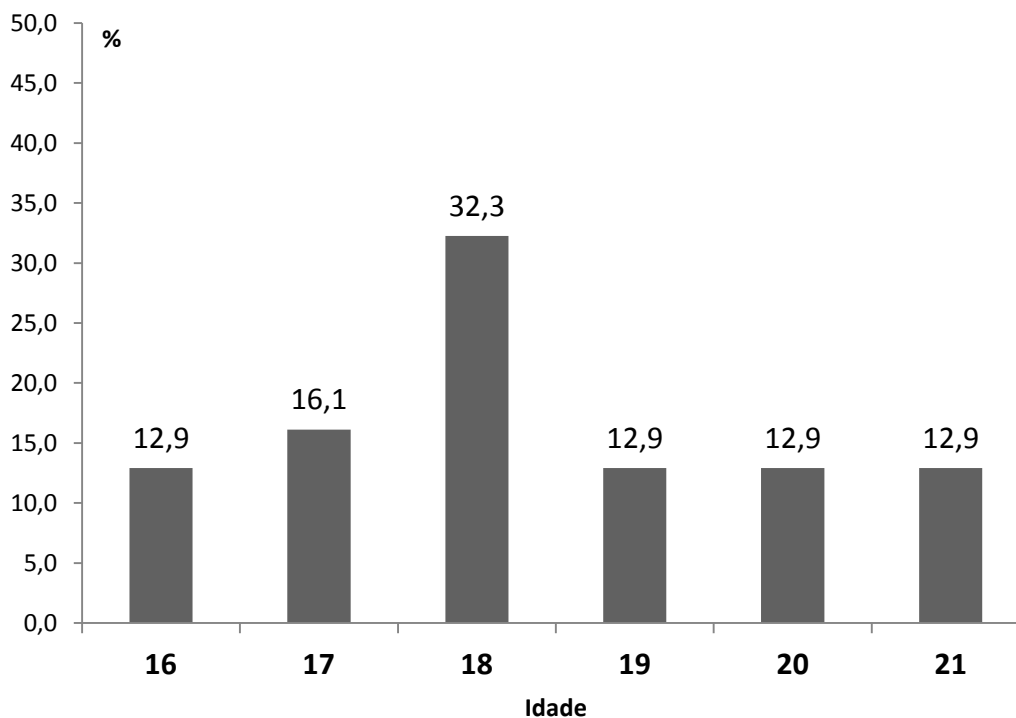
Gráfico 1: Distribuição dos sujeitos da amostra por Género



1.4.2 – Distribuição dos sujeitos da amostra por Idade

No gráfico 2, podemos observar que a maioria dos alunos tem 18 anos (32,3%), com 16,1% encontramos alunos com 17 anos e com a mesma percentagem (12,9%), encontramos alunos com 16, 19, 20 e 21 anos.

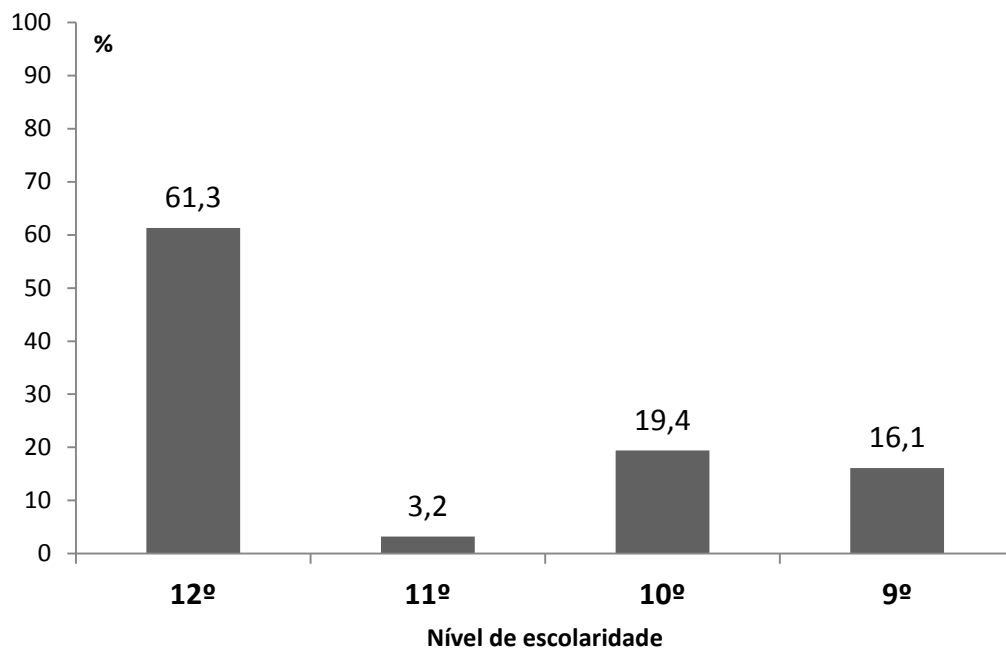
Gráfico 2: Distribuição dos sujeitos da amostra em percentagem por idade



1.4.3 – Distribuição dos sujeitos da amostra por Escolaridade

A população alvo do presente estudo é constituída por alunos que se encontram a estudar em escolas de referência de ensino bilingue para alunos surdos. Podemos constatar que a maioria dos alunos encontra-se a estudar no 12º ano (61,3%), seguidos do 10º ano com uma percentagem de 19,4%; no 9º ano temos 16,1% e apenas 3,2% de alunos encontram-se no 11º ano de escolaridade (gráfico 3).

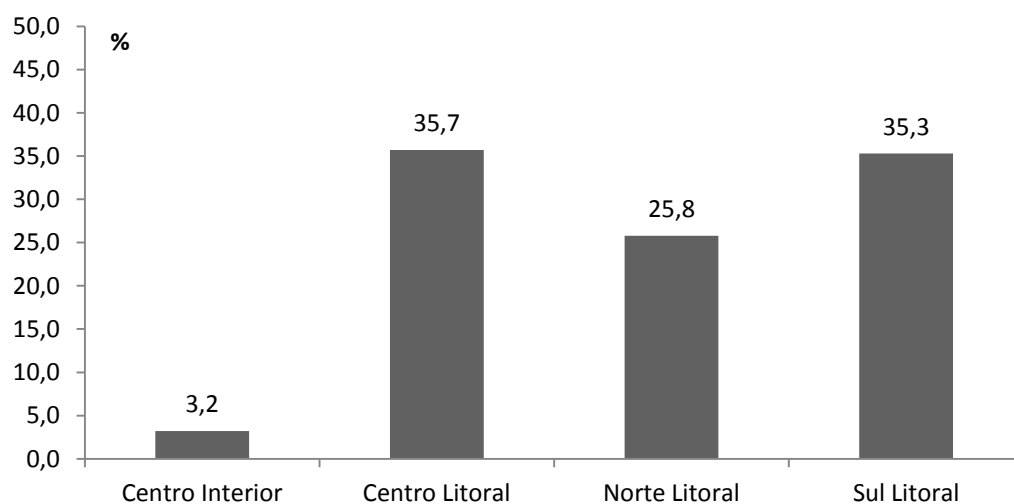
Gráfico 3: Distribuição dos sujeitos da amostra em percentagem por nível de escolaridade



1.4.4 – Distribuição dos sujeitos da amostra por Proveniência

A distribuição dos alunos por proveniência geográfica está apresentada no gráfico 4. Podemos verificar que a maioria (35,7%) dos que constituem a amostra são da zona centro litoral, já 35,3% pertencem à zona sul litoral, 25,8% são do norte litoral e apenas 3,2% são do centro interior.

Gráfico 4: Distribuição dos sujeitos da amostra em percentagem por zona geográfica de proveniência



2. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Do instrumento a utilizar e da forma da sua aplicação, há a ressaltar o reconhecimento atual da necessidade de ter em, linha de conta as especificidades e também a diversidade linguística e comunicativa da população surda. No contexto do presente estudo, houve a necessidade, ou melhor, considerou-se imprescindível a construção e validação do instrumento em conjunto com alguns elementos da Comunidade Surda, duas intérpretes de Língua Gestual Portuguesa e três alunos do 12^o ano do secundário.

Para recolher a informação relativa às variáveis em estudo optou-se pelo questionário. Segundo Quivy e Campenhoudt (1998), o uso de questionários é um método de recolha de dados muito frequente e adequado, quando este é utilizado ao conhecimento, atitudes e valores de uma população.

Tal como é dito por Ghiglione e Matalon (1993) “*é frequente iniciar-se um estudo qualitativo fazendo uso de questionários*”. dependendo do problema a investigar ou das hipóteses que, em ultima instancia, poderão mesmo não existirem, deverão ser cuidadosamente elaborados para que se possam retirar algumas inferências sobre certos tópicos (por exemplo, de atitudes, comportamentos, etc.) a aprofundar, segundo estes autores “*um questionário, por definição, é um instrumento rigorosamente standardizado, tanto no texto das questões como na sua ordem. (...) Cada questão deve ser colocada a cada pessoa da mesma forma, sem adaptações nem explicações suplementares...*”.

A problemática da possível utilização de um vocabulário específico que ao não ser compreensível por todos os inquiridos da mesma forma, pode ser interpretado de forma diferente, traz algumas limitações à análise dos dados.

Face à especificidade do público-alvo e do que foi referido o instrumento aplicado aos alunos foi o questionário, considerou-se relevante para o estudo atendendo ao facto das dificuldades linguística dos alunos surdos, uma vez que são eles os atores principais em todo este processo.

Os cuidados metodológicos respeitantes à elaboração de questionários descritos na alínea anterior foram tidos em conta na elaboração do nosso questionário. Houve ainda preocupação de que este fosse muito simples e não

muito longo dado à especificidade dos alunos, uma vez que por norma tem um vocabulário pouco enriquecido, não gostam de ler textos longos e frases complexas, assim como responder a questionários.

O processo básico de construção e adaptação de um instrumento de recolha de dados segue uma serie de passos que serão descritos de seguida.

O instrumento utilizado foi assente num documento já existente. Este instrumento foi baseado num outro que tinha sido elaborado por um docente da Universidade de Aveiro do departamento de Ciências da Educação, “Sexualidade dos adolescentes e VIH/SIDA”, mas para uma melhor compreensão e simplificação dos inquiridos, houve a necessidade de o adaptar, tendo sido realizado um estudo piloto, para compreender a utilidade das adaptações efetuadas e refinar as questões para que se revelassem compreensíveis ao público-alvo.

Nesta continuidade, optou-se por utilizar uma linguagem o mais simples possível e uma construção frásica, o mais parecida exequível com a LGP. Foi também nosso apanágio a preocupação da presença de uma intérprete sempre que fosse necessário, para esclarecer e tirar dúvidas que pudessem surgir no preenchimento do questionário.

O questionamento dos alunos visa, fundamentalmente, fazer emergir a palavra destes alunos, por vezes, tão ignorada e silenciada, permitindo-lhes apontar caminhos a que nem sempre somos sensíveis (Ludke & André, 1996).

Como estratégia complementar para a recolha de informação acerca do posicionamento face ao conhecimento sexual por parte dos alunos surdos participantes no estudo, selecionamos um conjunto de itens que formam o questionário sobre sexualidade, e que cobrem diferentes aspetos que consideramos relevantes. Este é composto por 42 questões abrangendo três “categorias” ao nível de conhecimento, atitudes e comportamentos dos JAS acerca do VIH/SIDA e outras ISTs e que apresentamos seguidamente:

- conhecimentos (itens 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 17, 24, 25, 26, 27, 28, 29);
- atitudes (itens 16, 30, 31, 32, 35, 37, 38, 40, 41);
- comportamentos (itens 20, 33, 36, 39, 42).

Almeida e Freire (2003) cit in Azevedo (2008), consideram que na elaboração dos itens, desde logo importa ter claro o seu objetivo. Assim, as questões foram elaboradas tendo por objetivo a recolha do maior número de informação, dos JAD sobre aspetos relacionados com as ISTs à saída do ensino secundário. Esta variedade de itens rigorosamente selecionada de forma a se adequar o mais possível aos objetivos propostos por este estudo.

Na formulação dos itens que fazem parte do questionário, tivemos o cuidado de o construir com um vocabulário adequado ao nível dos indivíduos que iriam responder ao mesmo, como já foi referido anteriormente. As questões foram construídas sob a forma de perguntas fechadas com respostas alternativas.

3. PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LEGAIS

Após a construção do inquérito, o projeto de estudo foi presente à orientadora do mesmo, que o aprovou em abril de 2012.

Após o inquérito do instrumento, foi estabelecido um primeiro contacto com alguns professores de educação especial/surdez de algumas Escolas de Referencia de Ensino Bilingue de Alunos Surdos (EREBAS) e com algumas Intérpretes de Língua Gestual Portuguesa. Este contacto consistiu na apresentação dos objetivos do estudo, explicação das questões orientadoras do inquérito e metodologia a seguir. Este contacto foi feito via telefónica e mais tarde via email. Foi assegurada a confidencialidade dos inquéritos e reiterado o anonimato dos inquiridos. Foi também referido a autorização dos encarregados de educação, caso fosse necessário.

Para tudo isto foram fornecidas explicações claras aos intervenientes já referidos, para informarem os pesquisados tais como:

- Objetivos e métodos da investigação;
- Benefícios esperados e riscos possíveis;
- Carater voluntaria da participação;
- Tempo disponível para refletir sobre o pedido de participação, inclusive poder ouvir opinião de familiares e/ou amigos;
- Liberdade de decisão de participação no estudo;

- Possibilidade de retirada do estudo a qualquer momento, não havendo utilização da informação na dissertação;
- Garantia da privacidade e da confidencialidade;
- Conhecimento de aprovação da investigação pela Universidade Lusíada.

Relativamente aos dados recolhidos, estão armazenados de forma segura pelo pesquisador responsável, durante cinco anos, e depois serão destruídos.

4. RECOLHA E TRATAMENTO DE DADOS

A metodologia de qualquer estudo de investigação deve ser feita com base nas questões que se pretendem investigar, uma vez que são estas que vão determinar o quadro conceptual e a metodologia a seguir.

Face aos objetivos da presente investigação e às questões de investigação, achamos que o instrumento mais adequado seria o inquérito por questionário *online*.

O questionário é especialmente adequado para o conhecimento de uma população no que diz respeito às suas condições, modos de vida, nível de conhecimentos, seus comportamentos, valores e opiniões (Quivy, 1998; Gil, 1995).

Pelas razões apresentadas, utilizamos o questionário para a concretização deste estudo, questionário de autopreenchimento; uma vez que a área de estudo aborda aspectos íntimos da pessoa, e atendendo ao público-alvo a recolha de dados através deste tipo de questionário permite uma informação de confiança pela privacidade, liberdade de resposta e garantia de confidencialidade. Pelas razões apresentadas pensamos que foi bem aceite pelos inquiridos.

Consideramos que as vantagens da sua utilização seriam superiores às desvantagens, dado que nos permitiu:

- atingir, num curto período de tempo, um número considerável de alunos, dispersos na área geográfica nacional, o que não seria exequível, dentro da limitação temporal do nosso estudo, com outra técnica de obtenção de dados;

- o anonimato, que é necessário para garantir a autenticidade das respostas (Pardal & Correia, 1995), especialmente atendendo à insegurança e intimismo e ao mesmo tempo alguma desconfiança deste tipo de público.

Para recolhermos a informação dos alunos necessários ao estudo em questão, foi utilizado um questionário, pelo facto de se revelar o instrumento mais rápido, pessoal e facilitador na obtenção dessa mesma informação (Tuckman, 2000), nesta faixa etária: 16-22 anos de idade. Saliente-se que a recolha de dados foi facilitada pela utilização do Google docs, que permitiu colocar online o questionário e chegar a um maior número de inquiridos. Desta forma, também foi possível manter o anonimato e não exercer qualquer tipo de pressão sobre os participantes e por ser mais intimista e pessoal, atendendo ao carácter reservado dos JAS.

A análise e a interpretação dos resultados foi efetuada com o recurso ao programa informático usando a versão IBM SPSS 20 e para a visualização de gráficos a MicroSoft Excel. Saliente-se que o número de cada uma das questões do questionário consta nos títulos dos gráficos apresentados e os valores apresentados em percentagem representam valores arredondados." Este questionário foi previamente elaborado por uma equipa de investigação que incluía a orientadora desta dissertação, uma Professora Coordenadora da Escola Promotora de saúde e duas intérpretes de Língua Gestual Portuguesa para melhor e mais objetividade na construção da linguagem escrita.

A dinâmica do estudo debruça-se exclusivamente em todo o processo desencadeado após a aplicação do questionário e não na fase da sua elaboração. No email enviado pediu-se que, sempre que fosse necessário, existisse a presença de um intérprete para descodificação de palavras menos familiares aos alunos surdos.

Por questões de falta de tempo, uma vez que as aulas estavam a terminar, houve a necessidade da recolha de dados ter sido feita entre os meses de Junho e Julho de 2012.

CAPÍTULO VII - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

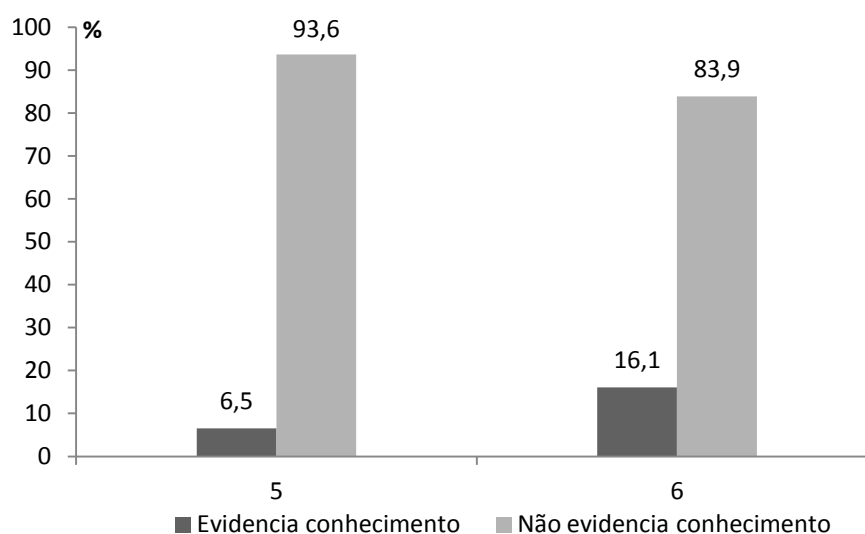
1. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os dados representados no quadro 1 referem-se aos **conhecimentos** dos JAS face às ISTs/SIDA.

Quadro 1: Conhecimentos face às ISTs/SIDA

| Domínio/ Item | Evidencia conhecimento | | | |
|---|------------------------|------|-----|------|
| | Sim | | Não | |
| | n | % | n | % |
| Designações das ISTs: | | | | |
| 5. Existe diferença entre o vírus VIH e a SIDA? | 2 | 6,5 | 29 | 93,5 |
| 6. Já ouviu falar em alguma destas ISTs: Clamídia, Gonorreia, Herpes Genital, Hepatite B, Vírus do Papiloma Humano, Sífilis. | 5 | 16,1 | 26 | 83,9 |
| Relação aparência/infeção com ISTs: | | | | |
| 11. Uma pessoa com aparência saudável poderá estar infetada com alguma IST/Sida? | 16 | 51,6 | 15 | 48,4 |
| 27. Os rapazes e as raparigas podem ter infeções que foram transmitidas sexualmente sem apresentarem sintomas? | 17 | 54,8 | 14 | 45,2 |
| Modo de proteção face às ISTs: | | | | |
| 7. As pessoas podem proteger-se do VIH/SIDA e de outras ISTs usando corretamente o preservativo todas as vezes que tenham relações sexuais? | 21 | 67,7 | 10 | 32,3 |
| 8. As pessoas podem proteger-se das ISTs tendo um parceiro sexual fiel (único)? | 18 | 58,1 | 13 | 41,9 |
| 9. O uso da pílula evita a infeção com o vírus VIH e de outras ISTs? | 24 | 77,4 | 7 | 22,6 |
| 26. O coito anal (penetração do pénis no reto) sem preservativo é uma das práticas sexuais mais seguras? | 20 | 64,5 | 11 | 35,5 |
| 28. Retirar o pénis da vagina antes de ejacular (coito interrompido) elimina o risco de transmissão das ISTs. | 18 | 58,1 | 13 | 41,9 |
| Modo de transmissão das ISTs: | | | | |
| 10. As chances de se contrair alguma IST/SIDA através do sexo oral são menores do que sexo com penetração? | 17 | 54,8 | 14 | 45,2 |
| 12. Ter relações com mais do que um/a parceiro/a aumenta o risco de contrair alguma IST? | 20 | 64,5 | 11 | 35,5 |
| 13. As infeções Sexualmente Transmissíveis são doenças graves? | 10 | 32,3 | 21 | 67,7 |
| 17. As pessoas podem contrair outras doenças devido à SIDA? | 16 | 51,6 | 15 | 48,4 |
| 24. Usar o preservativo faz baixar as probabilidades de contrair ISTs? | 17 | 54,8 | 14 | 45,2 |
| 25. Pessoas de qualquer raça podem ser infetadas com ISTs? | 16 | 51,6 | 15 | 48,4 |
| 29. Uma pessoa pode contrair algum tipo de IST enquanto se masturba? | 23 | 74,2 | 8 | 25,8 |

Gráfico 5: Designação de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs)



Designações das ISTs:

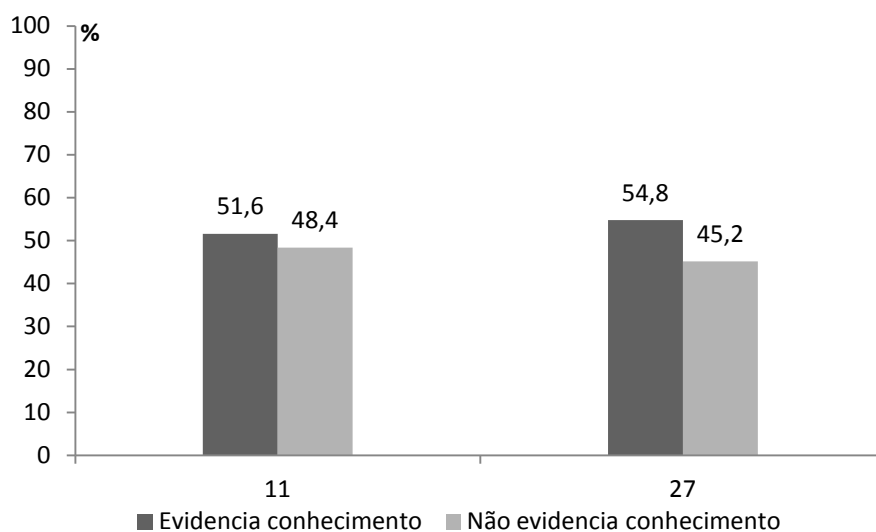
5. Existe diferença entre o vírus VIH e a SIDA.

6. Já ouviu falar em alguma destas Infecções: Clamídia, Gonorreia, Herpes Genital, Hepatite B, Vírus do Papiloma Humano, Sífilis.

Relativamente ao domínio dos Conhecimentos, e no que respeita às designações de ISTs, a esmagadora maioria (71,0%) dos inquiridos não evidencia conhecimentos entre VIH e SIDA (**item 5**).

A maioria dos alunos inquiridos (83,9%) nunca ouviu falar em nenhuma destas doenças: Clamídia, Gonorreia, Herpes Genital, Hepatite B, Vírus do Papiloma Humano, Sífilis (**item 6**).

Gráfico 6: Relação aparência/infeção com ISTs



Aparência infetados com ISTs

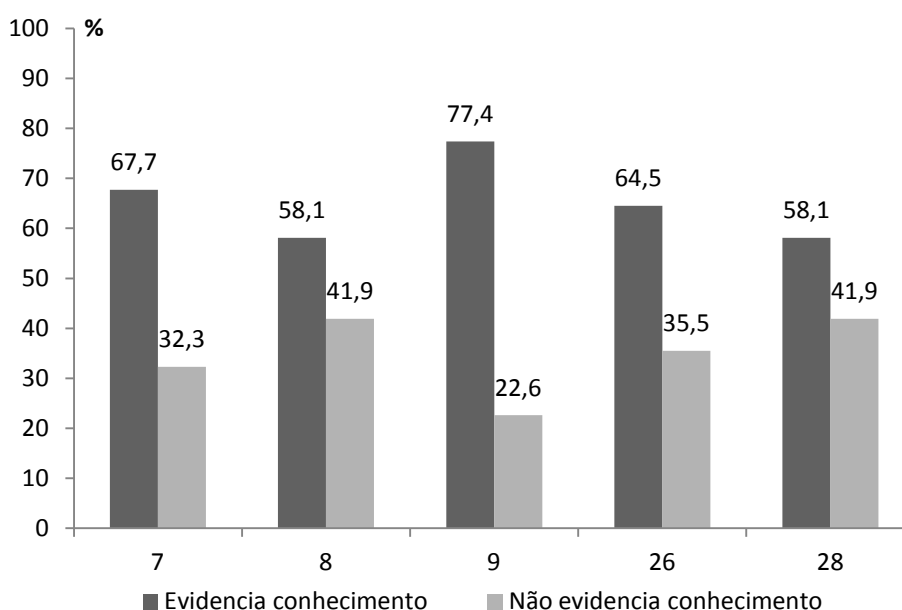
11. Uma pessoa com aparência saudável poderá estar infetada com alguma IST/Sida?

27. Os rapazes e as raparigas podem ter infeções que foram transmitidas sexualmente sem apresentarem sintomas?

O gráfico 6, evidencia que 51,6% dos alunos respondeu que uma pessoa com aparência saudável poderá estar infetada com VIH/ SIDA. No entanto é relevante os 48,4% que dizem o contrário (**item 11**).

Pouco mais de metade dos alunos inquiridos 54,8% demonstram possuir conhecimento do facto de que existem várias infeções sexualmente transmissíveis que são assintomáticas. É pertinente que 45,2% demonstre desconhecimento (**item 27**).

Gráfico 7: Modo de proteção face às ISTs



Modo de proteção das ISTs

7. As pessoas podem proteger-se do VIH/SIDA e de outras ISTs usando corretamente o preservativo todas as vezes que tenham relações sexuais.

8. As pessoas podem proteger-se das ISTs tendo um parceiro sexual fiel (único).

9. O uso da pílula evita a infecção com o vírus VIH e de outras ISTs?

26. O coito anal (penetração do pénis no reto) sem preservativo é uma das práticas sexuais mais seguras.

28. Retirar o pénis da vagina antes de ejacular (coito interrompido) elimina o risco de transmissão das ISTs.

O facto de 67,7% dos estudantes inquiridos terem respondido que sim, quanto á proteção do VIH com o uso correto do preservativo. Não são despidiendos, no entanto, os 32,3% que responderam de forma contrária (**Item 7**).

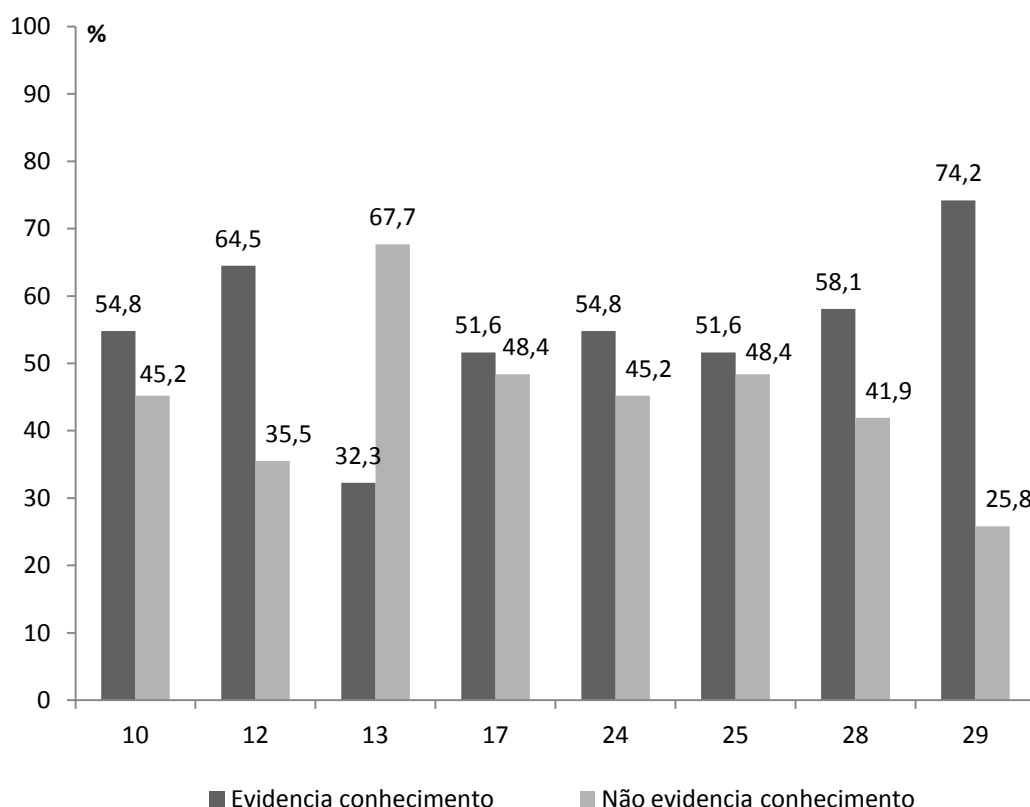
A maioria (58,1%), diz que se tivermos um parceiro fiel (único), item 8, estamos protegidos em relação ao VIH/SIDA e ISTs, no entanto é de referir que (41,9%) tem a informação contrária (**item 8**).

Já no que concerne ao uso da pilula para evitar o VIH, item 9, uma grande maioria (77,4%) diz que, o uso da pilula pode proteger o VIH, Revelando desta forma desconhecimento do assunto (**item 9**).

Uma maioria dos alunos inquiridos 64,5% diz que o coito anal é uma das práticas mais seguras. Demonstrando assim, não evidenciar conhecimento sobre as práticas sexuais e dos riscos das mesmas, **(item 26)**.

Cerca de 58,1% dos respondentes respondeu que o coito interrompido elimina o risco de transmissão do vírus em relação à sida e às ISTs. Apresentando desta forma um grande desconhecimento em relação à transmissão do vírus **(item 28)**.

Gráfico 8: Modo de Transmissão das ISTs



Modo de transmissão das ISTs

10. As chances de se contrair alguma IST/SIDA através do sexo oral são menores do que sexo com penetração.

12. Ter relações com mais do que um/a parceiro/a aumenta o risco de contrair alguma IST?

13. As infecções Sexualmente Transmissíveis são doenças graves?

17. As pessoas podem contrair outras doenças devido à SIDA?

24. Usar o preservativo faz baixar as probabilidades de contrair ISTs?

25. Pessoas de qualquer raça podem ser infetadas com ISTs?

29. Uma pessoa pode contrair algum tipo de IST enquanto se masturba?

Mais de metade dos alunos 54,8% considera que é possível a transmissão do vírus na partilha de agulha/lâminas ou outros objetos cortantes. Contudo um número representativo 45,2%, apresenta uma visão contrária **(item 10)**.

Ainda que 64,5% dos inquiridos tenham respondido afirmativamente que ter relações sexuais com vários parceiros aumenta o risco de contrair alguma IST, demonstrando conhecimento, não deixa de ser inquietante que 35,5% o não identifique **(item 12)**.

A transmissão do VIH/SIDA de mãe para filho através da amamentação para 32,3 por cento dos alunos parece não ter complicações. Já cerca de 67,7% refere que existe transmissão do vírus **(item 13)**.

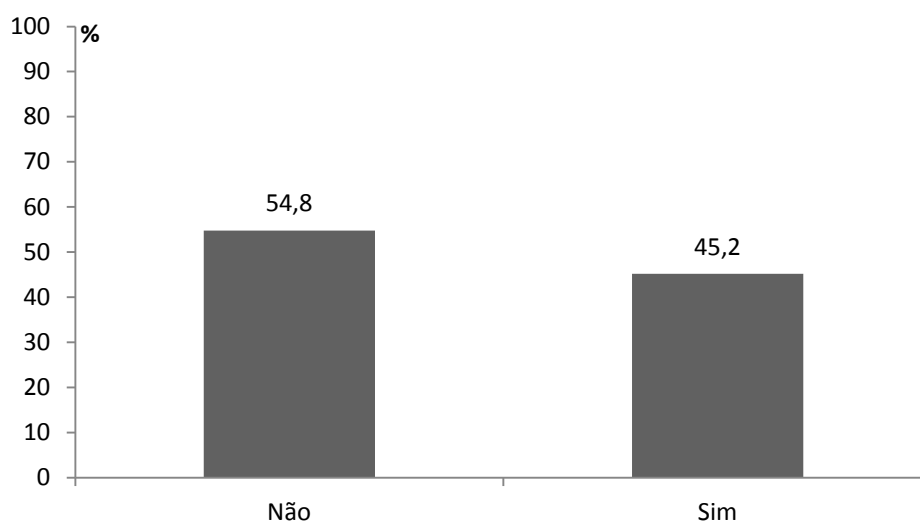
Ainda que o valor de 51,6% dos pesquisados deixe perceber que a maioria tem informação correta, não deixam de ter alguma significação os 48,4% que olvidam a associação entre as chamadas “doenças oportunistas” e a SIDA **(item17)**.

Uma ligeira maioria (54,2%) considera a afirmação verdadeira, são elucidativos do facto de que o uso do preservativo faz baixar as probabilidades de contrair as ISTs. No entanto uns 45,2% dos alunos, não veem as virtudes do preservativo na prevenção das ISTs **(item 24)**.

Os 3,2% que separa os inquiridos que tem conhecimento sobre a “democraticidade” do Vírus, ou seja não é a cor da pele a ditar quem pode ou não ser infetado (51,6%) e dos que afirmam o contrário 48,4% é de alguma forma desconfortável **(item 25)**.

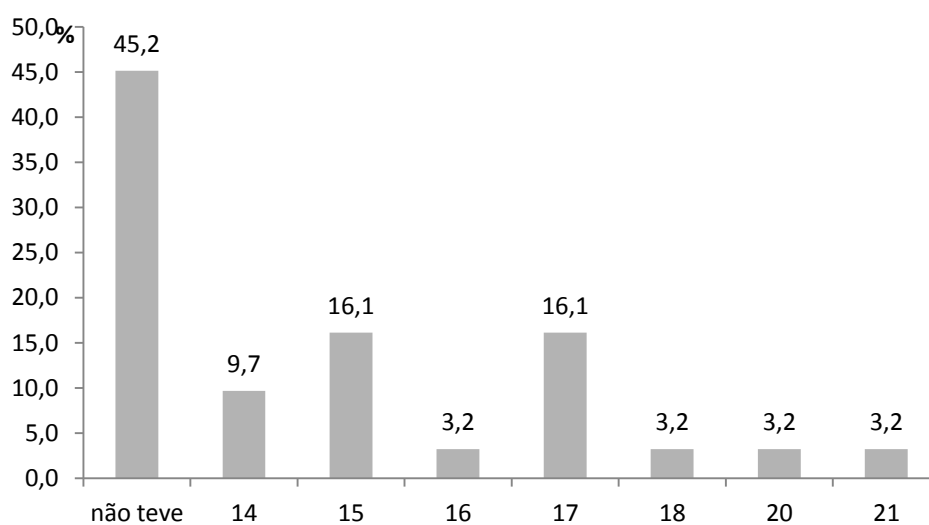
Não deixa de ser surpreendente que só 25,8% dos inquiridos esteja ciente da ausência de perigo quanto ao ato da masturbação, é inesperado que cerca de 74,2% acredita que este procedimento sexual encerra riscos de contração das ISTs **(item 29)**.

Gráfico 9: Já alguma vez teve relações sexuais?



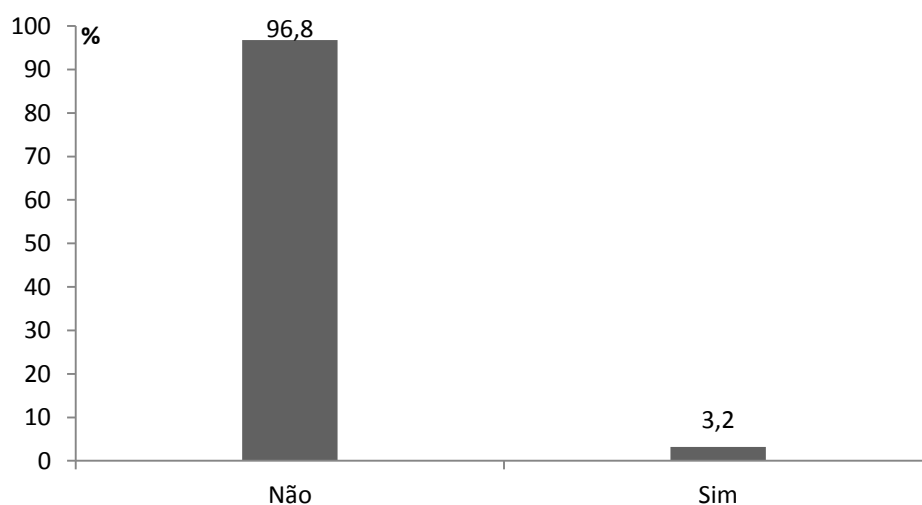
Dos alunos inquiridos, 54,8% ainda não tiveram relações sexuais, no entanto 45,2% já iniciaram a sua vida sexual.

Gráfico 10: Com que idade teve a sua primeira relação sexual?



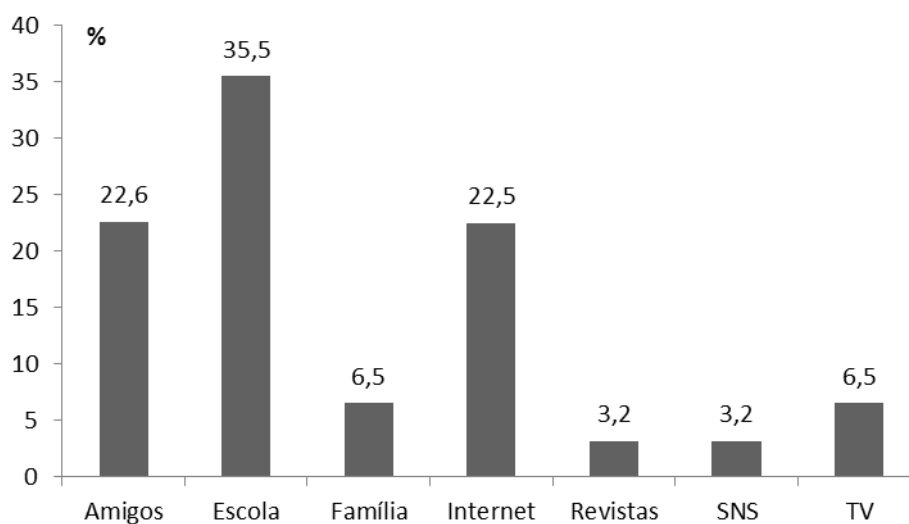
Do total de jovens cerca de 45,2% diz ainda não ter tido a sua primeira relação sexual, no entanto 16,1% respondeu ter tido a sua primeira relação com 15 e 17 anos de idade, com 3,2% seguem-se os alunos que tiveram o seu primeiro ato sexual aos 16, 18, 20 e 21 anos de idade.

Gráfico 11: Já alguma vez visitou um Centro de Acolhimento e Detecção do VIH/SIDA (CAD)?



Relativamente ao Centro de Acolhimento de Detecção do VIH/SIDA, a esmagadora maioria (96,8%) respondeu nunca ter visitado, só 3,2% é que já visitaram o Centro.

Gráfico 12: Através de que meio tem, com maior frequência, acesso a informação sobre as ISTs?



Podemos observar que 35,% dos jovens inquiridos tem na escola maior acesso à informação sobre as ISTs, seguido dos amigos, 22,6% e da internet

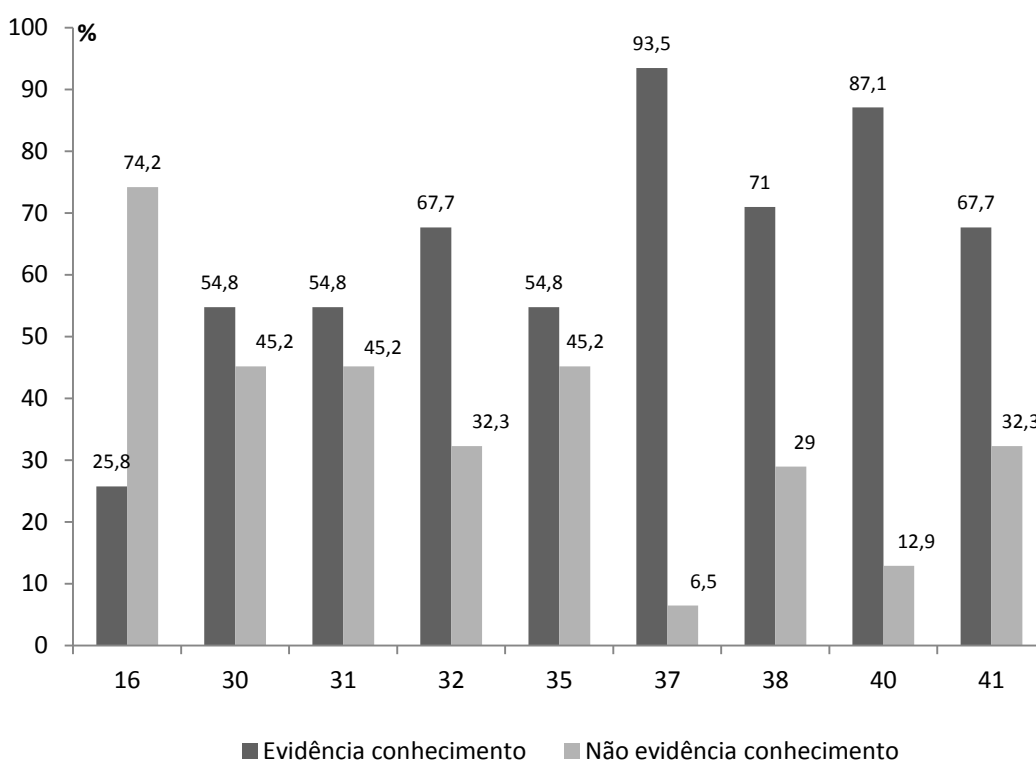
(22,5%), já com a mesma percentagem (6,5%) encontramos a família e a Televisão, com 3,2% verificamos as revistas e o Sistema Nacional de Saúde.

Os dados representados no quadro 2 referem-se às **atitudes** conhecimentos dos JAS face às ISTs/SIDA.

Quadro 2: Atitudes face às ISTs

| Itens: | Evidencia conhecimento | | | |
|--|------------------------|------|-----|------|
| | Sim | | Não | |
| | N | % | n | % |
| 16. Se um aluno estivesse infetado com o vírus VIH e manifestasse sintomas da doença, deveria ser-lhe permitido continuar a frequentar a Escola? | 8 | 25,8 | 23 | 74,2 |
| 30. Sinto-me desconfortável a comprar preservativos. | 17 | 54,8 | 14 | 45,2 |
| 31. Sinto-me embaraçado/a ao trazer um preservativo comigo, mesmo que o trouxesse escondido. | 17 | 54,8 | 14 | 45,2 |
| 32. Fico chateado/a se os outros gozam de mim por acreditar no sexo seguro. | 21 | 67,7 | 10 | 32,3 |
| 35. Se tiveres relações sexuais com o/a teu/tua namorado/a, consegues falar com ele/a sobre prevenção das ISTs? | 17 | 54,8 | 14 | 45,2 |
| 37. As ISTs/SIDA são doença assustadoras que eu levo muito a sério. | 29 | 93,5 | 2 | 6,5 |
| 38. Sou muito cuidadoso/a em relação às pessoas com quem vou ter relações sexuais. | 22 | 71,0 | 9 | 29,0 |
| 40. Preocupo-me com a prevenção de uma gravidez quando tenho relações sexuais com um/a parceiro/a do sexo oposto. | 27 | 87,1 | 4 | 12,9 |
| 41. Desagrada-me a ideia de limitar o sexo a um/a só parceiro/a para evitar ser infetado/a com alguma IST. | 21 | 67,7 | 10 | 32,3 |

Gráfico 13: Atitudes em percentagem face às ISTs



Atitudes face às ISTs

16. Se um aluno estivesse infetado com o vírus VIH e manifestasse sintomas da doença, deveria ser-lhe permitido continuar a frequentar a Escola?

30. Sinto-me desconfortável a comprar preservativos.

31. Sinto-me embaraçado/a ao trazer um preservativo comigo, mesmo que o trouxesse escondido.

32. Fico chateado/a se os outros gozam de mim por acreditar no sexo seguro.

35. Se tiveres relações sexuais com o/a teu/tua namorado/a, consegues falar com ele/a sobre prevenção das ISTs?

37. As ISTs/SIDA são doença assustadoras que eu levo muito a sério.

38. Sou muito cuidadoso/a em relação às pessoas com quem vou ter relações sexuais.

40. Preocupo-me com a prevenção de uma gravidez quando tenho relações sexuais com um/a parceiro/a do sexo oposto.

41. Desagrada-me a ideia de limitar o sexo a um/a só parceiro/a para evitar ser infetado/a com alguma IST.

Um total de 74,2% dos alunos respondeu que se um aluno estivesse infetado com o vírus VIH e manifestasse sintomas da doença, não deveria ser-lhe permitido continuar a frequentar a Escola (**item 16**). De referir que 54,8% dos alunos diz sentir-se desconfortável a comprar preservativos (**item 30**). Nesta linha de atitudes 54,8% refere sentir-se muito embaraçado/a trazendo um preservativo mesmo que fosse escondido (**item 31**). De referir que 67,7% diz ficar chateado/a se os outros os ridiculizam por acreditar no sexo seguro (**item 32**). Pouco mais de metade, 54,8% dos alunos diz conversar sobre a

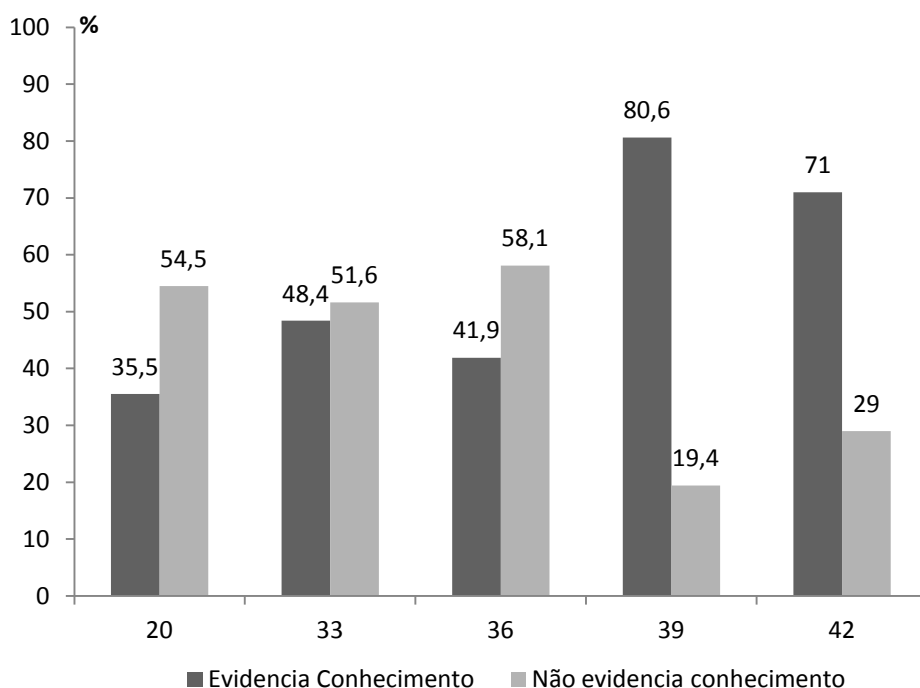
prevenção da SIDA e das ISTs antes de ter relações sexuais com o/a teu/tua namorado/a, já 45,2% diz não conseguir conversar **(item 35)**. A esmagadora maioria, 93,5% diz que a SIDA é uma doença assustadora e que levam muito a sério a epidemia **(item 37)**. Neste sentido 71,0% ser cuidadoso em relação às pessoas com quem tem sexo **(item 38)**. Quanto a uma possível gravidez, 87,1% respondeu ter todas as precauções com a prevenção de uma gravidez **(item 40)**. No entanto 67,7% demonstrou desagrado de limitar o sexo a um/a só parceiro/a para evitar ser infetado/a pelo VIH **(item 41)**.

Os dados representados no quadro 3 referem-se aos **comportamentos** dos JAS face às ISTs/SIDA.

Quadro 3: Comportamentos face às ISTs

| Itens: | Evidencia conhecimento | | | |
|--|------------------------|------|-----|------|
| | Sim | | Não | |
| | N | % | n | % |
| 20. Costuma usar o preservativo quando mantém relações sexuais? | 11 | 35,5 | 20 | 54,5 |
| 33. Se o/a meu/minha parceiro/a não quiser usar (ou não me deixar usar) preservativo, eu não tenho relações sexuais. | 15 | 48,4 | 16 | 51,6 |
| 36. Quando tens que tomar uma decisão acerca do teu comportamento sexual, costumavas discutir sobre isso com alguém? | 13 | 41,9 | 18 | 58,1 |
| 39. Antes de decidir ter relações sexuais, certifico-me se temos um preservativo. | 25 | 80,6 | 6 | 19,4 |
| 42. Se julgasse que estava infetado/a com VIH, iria fazer o teste para confirmar tal suspeita | 22 | 71,0 | 9 | 29,0 |

Gráfico 14: Comportamentos em percentagem face às ISTs



Itens:

20. Costuma usar o preservativo quando mantém relações sexuais?

33. Se o/a meu/minha parceiro/a não quiser usar (ou não me deixar usar) preservativo, eu não tenho relações sexuais.

36. Quando tens que tomar uma decisão acerca do teu comportamento sexual, costumavas discutir sobre isso com alguém?

39. Antes de decidir ter relações sexuais, certifico-me se temos um preservativo.

42. Se julgasse que estava infetado/a com VIH, iria fazer o teste para confirmar tal suspeita

Como podemos observar através do gráfico 13, cerca de 54,5% dos alunos inquiridos costuma usar o preservativo quando mantém relações sexuais (**item 20**). Se o parceiro não o quiser utilizar, 51,6% respondeu ter relações sexuais, contra os 48,4% que respondeu não ter relações (**item 33**).

De referir que 58,1% dos alunos inquiridos referem não praticar sexo seguro, contra 41,9% que respondeu positivamente, (**item 36**).

Surpreendentemente, 80,6% dos alunos dizem certificar-se ter um preservativo, antes de ter relações sexuais, (**item 39**).

Um elevado número de alunos, 71,0% respondeu afirmativamente, caso suspeitasse estar infetado com o VIH, (**item 42**).

2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este estudo empírico procurou responder ao tema enunciado a existência de “conhecimentos, atitudes e comportamentos dos Jovens surdos face às ISTs”, que constituem bons indicadores de virem a ter comportamentos saudáveis e isentos de riscos. Os resultados deste estudo, (apesar do seu caráter exploratório), refletem os conhecimentos dos jovens Surdos em relação às ISTs/SIDA..

Os jovens surdos participantes neste estudo são jovens estudantes que frequentam Escolas de Referência e Educação Bilingue para Alunos Surdos e direcionadas para o seu ensino enquadradas no DL 3/2008 de 7 de janeiro. São alunos pertencentes à comunidade surda, tendo como primeira Língua a Língua Gestual Portuguesa.

No que se refere aos conhecimentos gerais relacionados às ISTs, pudemos observar que esse tema é consideravelmente desconhecido pelos adolescentes deste estudo, contudo o conhecimento e desconhecimento se mesclam nas questões analisadas Esta constatação sobre conhecimento corroborou com outros encontrados de outros estudos (Barroso et al. 2001; Bento, 2005; Glat, 2004)

Quanto à fonte para obtenção de (in)formação em sexualidade foram consideradas uma diversidade de fontes formais e informais. Os resultados permitem destacar que os jovens adolescentes surdos buscam informação sobre as ISTs/SIDA com maior frequência na escola. Todavia, enfatizam também que o papel facilitador de acesso a essa informação desempenhado pelos amigos, pela internet, TV e a família. Os resultados referem assim que estes adolescentes contam com uma diversa e heterogénea rede de (in)formação.

Os jovens consideraram que é na escola que obtêm mais informação, assim, a escola enquanto instituição, foi citada pelos participantes como uma fonte de informação e educação no que se refere à informação sobre as ISTs/SIDA. Resultado que se aproxima dos obtidos por Pina (2011, p.65) num estudo recente com alunos surdos, com idades compreendidas entre os 18 e os 24 anos da zona do Porto, onde refere que, “os jovens atribuem importância

á escola como sendo uma fonte formal que transmite informação de qualidade e atua como agente de prevenção”. Vaz (1996), refere que é de extrema importância que na escola também se promova conhecimentos que englobem as formas de evitar as doenças sexualmente transmissíveis e a correta forma de utilização dos métodos contraceptivos. Estudos realizados Filho et al. 2010 e Ramos et al. 2008, com jovens ouvintes, obtiveram resultados semelhantes. (De notar que a referência a estudos com alunos ouvintes surge pelo facto de não existirem muitos estudos semelhantes com alunos surdos).

Ao desvendarmos as dimensões que estão intimamente relacionadas com o processo de informação sobre as ISTs/SIDA encontramos os amigos/pares como a segunda fonte de transmissão de conhecimentos. Mais referido pelos inquiridos do que a família, podemos dizer que os jovens surdos consideram que os pares constituem um canal privilegiado para a discussão e transmissão de informação sobre sexualidade, mais propriamente sobre as ISTs. Pina (2011, p.66) refere que “os jovens consideram os pares muito importantes nas aprendizagens do dia-a-dia também pelo tempo que passam juntos e pelos sentimentos de identificação” Entendemos que durante a adolescência é comum este afastamento da família, sendo assim, os adolescentes passam a conviver mais com os amigos, com os quais se identificam. Estes passam a ser confidentes e cúmplices dessa fase da vida. Pina (2011) concluiu no seu estudo que a maioria dos jovens adolescentes surdos considera os pares como uma fonte confortável e bastante acessível de informação dado o domínio do código comum dos jovens. Os participantes sentem-se mais à vontade para conversar sobre sexualidade/ISTs, partilhar experiências, ouvir conselhos, opiniões e esclarecer dúvidas com os seus amigos.

Acreditamos pois que os amigos têm uma significativa relevância na vida dos jovens, em todos os aspetos, inclusive quando falamos em sexualidade.

Os amigos, pensamos, são a principal fonte de informação utilizada pelos adolescentes para esclarecer dúvidas relacionadas a este tema, facto que legitima ainda mais a promoção da educação sexual no ambiente escolar, pois assim abordamos não só o individuo, mas também o seu grupo de relações, uniformizando informações, resolvendo dúvidas e especialmente,

orientando-os para uma vida sexual saudável e preventiva. Neste sentido Dias et al. (2007) apresenta resultados análogas, num estudo desenvolvido em adolescentes ouvintes.

No processo de educação sexual encontramos o grupo de amigos com expressiva relevância na vida dos jovens surdos, (em todos os aspetos), inclusive quando falamos (em sexualidade nomeadamente) nas ISTs. Pelos dados recolhidos os amigos são a segunda fonte de informação utilizada pelos jovens para esclarecer dúvidas relacionadas a este tema, facto que legitima ainda mais a promoção de educação sexual no ambiente escolar, pois assim abordamos o individuo e o seu grupo de relações, uniformizando informações, resolvendo dúvidas e especialmente, orientando para uma vida sexual saudável e preventiva face as ISTs. Os resultados obtidos comprovam uma preferência pelos amigos nas informações sobre sexualidade, estando de acordo com as ideias defendidas por, Borges et al. (2006); Reis et al. (2009) em estudos com jovens ouvintes.

Por isso, acreditamos que a educação sexual dos adolescentes torna-se cada vez mais necessária e importante para este grupo de jovens, e por isso deve ser discutida, questionada e reformulada constantemente.

Em terceiro e quarto lugares, os participantes referiram como fontes de informação a internet e a televisão. Os jovens utilizam a internet com regularidade sobretudo para procurar informação esclarecedoras sobre dúvidas e curiosidades, *hobbies*, para aceder a redes sociais, a salas de chats. Segundo Lopes (2006), citado anteriormente no capítulo IV, estudos recentes concluem que os jovens encontram na internet um espaço de interação social e até de contacto com os seus pares surdos através das salas de *chat* e redes sociais. Também Pina (2011), neste sentido, refere que na procura de informação em sexualidade os jovens surdos atribuem uma grande importância à internet, não só pela grande quantidade de informação, mas também pela interatividade que este meio propicia.

No que diz respeito a televisão de acordo com os resultados os inquiridos posicionam a televisão em quarta posição talvez pela acessibilidade e diversidade de programas transmitidos relacionados com sexualidade. Pina (2011, p.75) verificou que “ a utilização de legendas melhora a acessibilidade a

este meio de comunicação, assim como a tradução para LGP dos programas é também um aspeto valorizado pelos jovens”. Podemos também entender que a televisão pode no entanto transmitir a informação inadequada para a idade do telespetador, ou para a maturidade de suas ações. Portanto devemos atuar no sentido de esclarecer o adolescente que se torna necessário duvidar a informações que circule nos *média*. E que deve contar com pessoas adultas de confiança para falar sobre sexualidade e esclarecer as suas dúvidas. Outros estudos com adolescentes ouvintes chegaram às mesmas concepções (Brêta et al. 2009, Ribeiro et al. 2009).

A família aparece em quinta posição entre as fontes de informação sobre as ISTs escolhida pelos jovens surdos. De acordo com estes resultados pode concluir-se que os jovens surdos encontram parcialmente no seio familiar, uma fonte de informação sobre as ISTs.

Pina (op.cit, p.59) diz que “a maioria dos jovens refere a deficiente comunicação com os seus pais pelas barreiras que surgem da associação do desconhecimento ou baixa proficiência dos pais em LGP às dificuldades dos jovens em (obviamente) utilizar a Língua oral e também a escrita. Os jovens referem a escrita, a leitura de fala e a mímica como alternativas de comunicação que não permitem o estabelecimento de uma conversação efetiva”. A comunicação parental em torno da sexualidade é de extrema importância, a mesma investigadora (op.cit, p.59) refere “quando questionados especificamente na temática da sexualidade, a maioria dos jovens surdos refere que os pais não conversam com eles sobre questões relacionadas com este tema”.

Portanto, a família como grupo social responsável pela educação dos filhos, mais do que qualquer outra instituição, torna-se elemento fundamental no processo de aprendizagem dos jovens surdos, assumindo importante papel na educação sexual destes descendentes, principalmente em relação à sua sexualidade e às ISTs. Discutindo o assunto de maneira clara, aberta, sem preconceitos e sem constrangimentos, pois, assim, estará a garantir a orientação adequada para os conceitos, de um individuo em formação, que carrega muitas dúvidas e nem sempre sabe como esclarecê-las. Barroso et al.

2001, tem o mesmo entender assim como Borges et al. 2006, com estudos opostos Surdos/ouvintes.

Em relação às fontes de (in)formação, os inquiridos ainda citaram os meios de comunicação escritos “revistas” como meios de (in)formação procurados pra esclarecer dúvidas em relação á sexualidade. Pelos resultados obtidos conclui-se que este meio terá sido escolhido pelo facto de ser mais intimista. Pina (2011) refere que os meios de comunicação escritos (revistas e jornais) foram referidos várias vezes no seu estudo como meio de informação escolhido pelos jovens surdos sobre sexualidade. A mesma autora refere que “estes canais de informação são considerados pelos jovens como importantes no ensino sobre sexualidade uma vez que os libertam do “embaraço” gerado pelo contato pessoal, permitindo o colmatar de dúvidas” (Pina, op. cit. pp. 71).

Ainda relativamente aos conhecimentos e em análise das respostas dos jovens adolescentes surdos face às designações VIH/SIDA, permitiu-nos observar que estes desconhecem a diferença entre as duas siglas. Também a esmagadora maioria crê que a pluralidade das pessoas infetadas com o VIH está doente com SIDA. Das ISTs a mais conhecida é a SIDA, à mesma conclusão chegou Azevedo (2008) num estudo realizado com jovens “regulares”.

No nosso estudo é possível que exista uma grande percentagem de jovens surdos que confunde o Vírus da Imunodeficiência Humana com a Síndrome de Imunodeficiência adquirida, explicação que vai ao encontro dos estudos com adolescentes ouvintes realizados por Lopes (2006) e Souza et al. (2007).

Pensamos que esta confusão é, do nosso ponto de vista, alimentada por um lado pela comunicação social, onde os dois conceitos, muitas vezes, são usados de forma indiferenciada. Por outro lado, a barreira à comunicação que muitas vezes prejudica a correta informação a estes alunos.

Em relação à aparência e infeção com ISTs cerca de 53,2% dos alunos reconhece a “democraticidade” do VIH, isto é, tanto rapazes como raparigas podem ser infetados pelas ISTs sem apresentarem sintomatologia e que, de igual modo, uma aparência saudável nem sempre corresponde ao interior do corpo. Brêta et al. (2009) também conferiu esta reflexão.

Cerca de 46, 8% dos inquiridos mostram desconhecer a perfeita simbiose entre as ISTs e a sintomatologia. A falta de coerência na resposta a estes itens de conteúdos mais ou menos semelhantes poderá denunciar alguma confusão relativamente aos efeitos do VIH no organismo ao longo do tempo por estes alunos. Lopes (2006) refere que uma grande percentagem dos inquiridos demonstram conhecer o facto de que não são visíveis sintomas que façam o diagnóstico da SIDA. O mesmo investigador verificou que “um quinto dos inquiridos, parece desconhecer esse facto, levantando a questão se estes, mais uma vez, não confundirão os conceitos de VIH e SIDA; ou mesmo se não julgarão que os sintomas que fazem o diagnóstico da SIDA são desde logo manifestos (pp. 82)”. A confirmar-se esta última alternativa, existe o risco de que quem assim pensa-se encontrar numa situação vulnerável no que concerne a comportamentos de risco, porque, na ausência de sintomas visíveis, se julga, e julga o outro livre de infeção. Esta possibilidade ganha consistência se considerarmos a percentagem da nossa amostra em que as inquiridos confiam no aspeto saudável do/a seu/sua parceiro/a sexual, pois consideram que aparência saudável sinal de uma situação que envolve pouco ou nenhum risco. A conclusão que fomos fortalecendo enquanto educadores sexuais é que grande parte dos alunos só consegue identificar o VIH/SIDA como a única infeção sexualmente transmissível. Em estudos com jovens ouvintes Marques et al. 2006, Brêta et al. 2009, Camargo et al. 2009 também verificaram resultados idênticos, Barroso et al. 2001, Fernandes, 2008 obtiveram resultados idênticos com alunos surdos.

Quanto à forma de prevenção maioria dos alunos demonstra desconhecer o modo de proteção em relação às ISTs (66,6%). No entanto em relação ao uso do preservativo é de ressaltar que 67,7% dos inquiridos responderam que o uso correto do preservativo pode proteger das ISTs. Neste sentido, outros investigadores chegaram a conjunturas semelhantes (Souza et al. 2007, Fontes et al. 2010).

Mas se este resultado poderia indicar que a maioria dos inquiridos estão cientes dos efeitos preventivos do preservativo sobre os comportamentos, o facto de 32,2% dos estudantes inquiridos terem respondido de forma contrária indica que são mais propensos a praticarem sexo menos seguro. Se os

estudantes reconhecem a eficácia do preservativo, o mesmo não acontece em relação aos contraceptivos orais. Cerca de 80% dos inquiridos acreditam nas propriedades preventivas de tais métodos contraceptivos em relação as ISTs.

Estudos de Gomes (2009, pp.44) indicam que a “adoção do preservativo está associado à contraceção, ou seja, os parceiros estão mais preocupados com uma gravidez indesejada do que com as ISTs/SIDA, apesar de algumas vezes também relacionarem o seu uso á prevenção das mesmas”.

Relativamente aos conhecimentos dos métodos contraceptivos, os resultados demonstram que a maioria dos participantes não possui muitos conhecimentos, nem apresenta uma atitude muito positiva face aos métodos contraceptivos existindo, portanto, uma preocupação na prevenção dos riscos. Estes resultados estão de acordo com os encontrados por Belo e Silva (2004), Almeida et al. (2004), Silva et al. (2005) e Reis et al. (2007) em alunos ouvintes.

Um elevado número dos alunos desconhece os riscos do coito interrompido na transmissão das ISTs/SIDA, parecendo acreditar que é necessário ocorrer ejaculação para ser possível a ocorrência de infeção. Os estudos de Lopes (2006) e Fontes et al. (2010) deram indicações no mesmo sentido.

É com alguma surpresa que verificamos que a maioria dos respondentes parece não saber que o coito anal desprotegido é dos comportamentos sexuais que envolve maior risco de infeção pelo VIH, revelando assim alguma ignorância ou falta de informação, no entanto mais de um quarto dos inquiridos parece conhecer este risco. Lopes (2006, p:155) acredita que “alguns alunos recorram ao coito anal como meio, por exemplo, para evitar gravidez indesejada (em geral, é esta a preocupação maior entre os adolescentes), dessabendo o enorme risco a que, nessas circunstâncias, se expõem”.

Quanto às formas de contágio das ISTs e da SIDA, destacamos achados não menos preocupantes, pois, mais de metade acredita que ter um parceiro fixo não oferece risco à contração das ISTs/SIDA. O facto de ter um parceiro único elimina, em nível do “imaginário”, todos os riscos de se adquirir um IST. Este aspeto por si só não se constitui na forma de proteção das ISTs. Brêta et al. (2009) também partilha esta ideia.

Também se verificam diferenças significativas quanto aos conhecimentos sobre os modos de transmissão do VIH/SIDA. Acreditamos que a maioria dos alunos tem consciência de que deverão proteger-se, o que não quer dizer que o façam, porque, como já por diversas vezes sublinhámos, possuir a informação correta, por si só, não determina a assunção de comportamentos mais saudáveis.

Como já foi referido neste estudo, as atitudes refletem convicções, sentimentos e intenções para se agir de uma determinada maneira, pelo que a sua apreciação poderá deixar perceber indicações de uma maior ou menor vulnerabilidade às ISTs. Reis et al. (2007) já tinham verificado esta explicação.

Se em relação aos conhecimentos os jovens adolescentes surdos demonstram alguma fragilidade e debilidade no que diz respeito às ISTs o mesmo acontece quando falamos nas atitudes comportamentais que denunciam a mesma inclinação de delineamento perante as infeções sexualmente transmissíveis. Estas atitudes comportam algum desconforto em comprar preservativos e em transportá-los regularmente consigo, para uma vida sexual segura. O mesmo pode se verificar no desconforto em analogia à opinião do outro em relação a si. Reis et al. (2007) chegou a esta conclusão.

Podemos também constatar atitudes de alguma confiança na escolha do parceiro sexual e uma abertura para conversar sobre as ISTs com o parceiro/a sexual. No entanto é também de salientar que mais de um quarto dos inquiridos respondeu de forma contrária, denunciando atitudes contrárias, isto é, uma perceção de risco e infeção pelas ISTs. Surpreendentemente um elevado número dos inquiridos, respondeu de forma negativa ao item; de algum aluno estivesse infetado com algum IST deveria continuar na escola, demonstrando uma atitude pouco favorável, devido talvez a ignorância e desconhecimento das formas de contágio pelas ISTs, anteriormente já citados.

Tal como nos conhecimentos e nas atitudes também nos comportamentos verificamos alguma instabilidade por parte dos jovens adolescentes surdos quanto aos seus comportamentos e as infeções sexualmente transmissíveis. Igualmente Reis et al. (2007) conferiu esta análise.

Apuramos alguma inconstância nas respostas dadas pelos JAS em relação ao domínio dos comportamentos, nomeadamente, “costuma usar o

preservativo nas relações sexuais” / “faço sexo seguro mesmo que os outros se riam de mim”, onde mais de metade dos inquiridos respondeu de forma inversa, i.e., enquanto na primeira questão, a maioria dos inquiridos respondeu afirmativamente, na segunda, contrariou a resposta dada.

Diante do exposto, entendemos que os surdos detêm pouca informação acerca das formas de transmissão das ISTs, conclusões semelhantes chegaram Barbosa et al. (1999); Camargo et al. (2009). Além disso, essa carente informação torna os jovens surdos mais suscetíveis à infecção por essas infecções (Peinkofer, 1994).

A conduta dos entrevistados diante de uma suspeita e diagnóstico de uma IST, que para eles indicaria uma possível doença, foi também avaliados neste estudo. Respostas referentes a este item levam a concluir que a grande maioria estaria disposta a recorrer a uma consulta médica, para realizar de despiste.

Estes dados tornam evidente a necessidade de alertar os jovens adolescentes surdos sobre a importância não apenas de reconhecer alterações no corpo, mas também de procurar tratamento médico o mais breve possível.

Evidenciamos, que informações básicas relacionadas à forma de transmissão e prevenção das ISTs/SIDA não estão de modo algum a acerta a população surda de maneira eficaz, pois embatem em limitações inerentes à própria deficiência ou que surgem em decorrência de falhas de educação dos surdos (Filho, 2010).

CONCLUSÕES

Após a análise e a discussão dos resultados, e tendo em consideração as hipóteses definidas para a investigação, emergem como principais conclusões do nosso estudo:

- No que se refere ao conhecimento geral da população estudada sobre as ISTs, os jovens adolescentes surdos apresentam um baixo grau de conhecimentos dos fatores de risco da transmissão das ISTs. Todavia a Sida é a IST mais conhecida pelos Inquiridos.
- Em relação aos mecanismos de prevenção, os jovens adolescentes surdos não revelam conhecimentos relativamente aos meios de providência em relação às ISTs. Porém reconhecem o preservativo como o meio de prevenção mais eficaz.
- As atitudes comportamentais de um número elevado de JAS não os protegem relativamente face às ISTs.

Constatámos ainda que:

- Quanto à fonte de obtenção de informações sobre as ISTs, os alunos recorrem a um leque variado de fontes de informação.
- O maior número dos inquiridos ainda não iniciou a sua vida sexual.

A premissa básica deste estudo foi confirmada pelos resultados obtidos. Deprendemos que os Jovens Adolescentes Surdos necessitam de cuidados mais específicos em relação aos conhecimentos sobre sexualidade.

Pensamos que o seu grande problema na esfera da informação sobre as ISTs/SIDA é a falta de esclarecimento. Esta falha gera, por sua vez, um

problema de saúde, tanto físico como mental, pois o desenvolvimento sadio da sexualidade, sobre as precauções, transmissão e contágio das ISTs/SIDA é imprescindível para o bem-estar psicológico e orgânico de qualquer indivíduo, independentemente da sua condição.

Como referido no capítulo III, no que se refere à escola, nos últimos anos a temática da educação sexual tem sido objeto de medidas legislativas e políticas específicas. A recente Portaria n.º 196-A/2010, estabeleça a aplicação da Educação Sexual nos estabelecimentos do ensino básico e secundário para todos os alunos que os frequentam.

Assim, no plano escolar, o incremento da educação sexual deve ter em conta alguns vetores essenciais de modo a atingir os objetivos que a educação sexual nas escolas se propõe.

Torna-se pertinente um investimento no âmbito da formação dos agentes educativos (educadores, professores, profissionais de saúde, psicólogos escolares e auxiliares de ação educativa...)

Pensamos que a equipa de promoção à saúde escolar deverá desenvolver determinadas atividades junto dos adolescentes e com a sua participação, aproveitando as características próprias deste grupo de jovens surdos. Estas atividades só deverão ser desenvolvidas após o levantamento das necessidades e problemas expressos ou sugeridos pelos adolescentes, estabelecendo assim a formação de uma verdadeira equipa entre adolescentes e profissionais de educação e saúde.

Existe uma dualidade entre a família e a escola na tarefa de educar sexualmente o adolescente, então, o desenvolvimento orgânico, físico social da pessoa só acontece quando há esta interação.

O papel da escola no âmbito do apoio às famílias na educação sexual dos jovens, deve incidir principalmente, no seu envolvimento no processo de ensino/aprendizagem e/ou promoção de atividades específicas de formação dirigidas aos encarregados de educação.

É inquestionável a importância da família na educação sexual dos jovens, a vivência da sexualidade é um dos elementos do processo de desenvolvimento global da pessoa, no qual a família, como se sabe, é o primeiro e um dos principais agentes.

A família, como comunidade base da sociedade, deve ser a primeira responsável pela educação dos jovens. É, pois, consensual que a família tem, ou deve ter um papel ativo no que concerne, também, à educação sexual dos seus filhos.

Também neste estudo concluímos a partir das fontes anteriormente referidas que o acesso a grande parte da informação resulta da evolução tecnológica que caracteriza a sociedade atual. É fundamental que se dê crescente importância aos meios de comunicação social como fontes de informação na temática da sexualidade nomeadamente no campo das ISTs, e que se procure entender e perceber quais as repercussões que tem o acesso à informação destas fontes, nomeadamente nestes casos em que se observa a inexistência de adultos referenciais e de fontes de educação formal que possam realmente transmitir conhecimentos e atitudes que proporcionem ajudas na triagem da avalanche de (in)formações contraditórias de que são alvo os jovens surdos nos dias de hoje.

A desinformação e as orientações inadequadas podem colaborar para alguns comportamentos de risco dos jovens surdos face às ISTs.

Os adolescentes que têm deficiência auditiva encontram problemas em se apropriar das informações dos meios de comunicação e das conversas do quotidiano.

Acreditamos ser necessário investir na criação de contextos favoráveis que permitam o desenvolvimento dos recursos individuais dos jovens surdos. .

Parece-nos necessário o desenvolvimento de projetos intervenientes na área da sexualidade junto dos jovens surdos.

A partir do levantamento teórico, também foi constatado que são poucos os estudos que se atentam para as condições de vulnerabilidade da pessoa surda face às ISTs, sendo necessário que mais pesquisas sejam desenvolvidas, para que seja possível assim compreender melhor o contexto relacional em que estas pessoas estão inseridas.

O presente trabalho apresenta limitações, em particular, o tempo para recolha de dados, o tamanho da amostra e o não recurso a métodos probabilísticos na sua recolha. Assim, como a dificuldade de acesso aos estabelecimentos de ensino para a aplicação dos questionários e até a

algumas limitações de carácter científico não podemos dar este trabalho como fechado, daí não utilizarmos o termo conclusão e sim considerações finais, uma vez que consideramos que esta problemática não fica fechada.

Os resultados do presente estudo podem considerar-se resultados preliminares que necessitam ser confirmados por futuras investigações que se suportem em amostras de maior dimensão.

Trabalhos futuros poderão utilizar um desenho de investigação longitudinal, dada a importância de analisar os aspetos desenvolvimentais do comportamento sexual e, também a influencia das características pessoais e a influência da família, das relações entre pares e dos contextos sociais de aprendizagem formal e informal. A identificação destes fatores permitirá identificar os comportamentos problemáticos mais cedo, de modo a se poder intervir a nível primário.

Sugerimos, também, para estudos futuros, a medida dos conhecimentos dos métodos contraceptivos e ISTs sejam mais completas e mais adaptadas à população alvo, pois assim assegurará aos investigadores boa fidelidade.

Outro estudo pertinente poderá ser a averiguação sobre que aspeto influencia mais o comportamento sexual, se as atitudes, o conhecimento ou a motivação. Sugere-se, neste âmbito, um estudo que avalie as diferenças entre os sexos para a motivação na matéria sexual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, C. (2008). Reflexões sobre a surdez – A educação de surdos. Vila Nova de Gaia: Edições Gailivro.
- Alberoni, F. (2000). *Valores*. Venda Nova: Bertrand Editora.
- Alferes, V. R., (1997). Encenação e Comportamentos sexuais – para uma psicologia Social da sexualidade. Santa Maria da feira: Edições Afrontamento.
- Almeida, L. & Freire, T. (2003). *Metodologia de investigação em psicologia e educação*. Braga: Psiquilibrios.
- Almeida, M. I. (2006). “Zoar” e “ficar”: novos termos da sociabilidade jovem. In M.I. Almeida & F. Eugénio (Org). *Culturas jovens: novos mapas do afeto* (pp.139-157). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Alonso, L. (2000). Desenvolvimento curricular, Profissional e organizacional: uma perspetiva integradora da mudança. *Revista território Educativo*, 7, 33-42.
- Anastácio, Z. (2001). Educação sexual: *relacionamento entre pais e filhos adolescentes*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Vila Real: Universidade de trás-os-Montes.
- Antunes, A., (2000). A inclusão de crianças deficientes auditivas em escolas de ensino regular. In R. Nunes (coord.), *Perspetivas na integração da pessoa surda* (pp.131-147).Porto: Faculdade de Medicina do Porto.
- Associação Portuguesa de Surdos do Porto, (2004). Retirado de <http://www.asurdosporto.org.pt/>
- Associação Portuguesa de Surdos, (2012). Retirado de <http://www.apsurdos.org.pt/>
- Ariel, A. (1992). *Education of c.hildren and adolescents with learning disabilities*. New York: Merrill.
- Atouguia, J., Tavira, L.T. (2006). *Infecções sexualmente transmissíveis* (1ª ed). Lisboa: Universidade Aberta.

- Azevedo, M. J. (2008). *Educação sexual e Atitudes face à sexualidade em adolescentes à Saída do Ensino Secundário*. (Tese de Doutoramento não publicada). Universidade da beira Interior, Covilhã.
- Barraquán, F. , & Domínguez, C. (1996). *Niñas, niños, maestros, maestras: una propuesta de educación sexual*. Sevilla: Diada Editora.
- Barroso, M. G., Aguiar, M. I., & Oliveira K. F. (2001). *Educação na Prevenção das DST com Familiares de Portador de deficiência Auditiva*, 13 (2), 18-22. Retirado de <http://www.dst.uff.br//revista13-2-2001/Cap%202%20Educacao%20na%20prevencao%20das%20DST%20com%20familiares.pdf>
- Barroso, M. (2005). *Educação para a saúde – Formação pedagógica de educadores de saúde*. Coimbra: Formasau, formação e saúde, Lda.
- Bat-Chava, Y.; Martin, D.; & Kosciw, J.G. (2005). *Barriers to HIV Knowledge and prevention among deaf and hard of hearing people*. *AIDS care*, 17(5), 623-634.
- Baptista, J. B. ((2008). *Os alunos surdos na escola – a exclusão pela inclusão*. Vila Nova de Gaia: Fundação Manuel leão.
- Bautista R. (1997). *Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Dina Livros. 2ª edição.
- Benavente, A. (1995). Prefácio. In: P. Sanders & L. Swinden. (Ed.) *Para me conhecer. Para te conhecer – estratégias de Educação sexual para o 1º e 2º Ciclos do ensino Básico* (p.9). Lisboa: Associação para o planeamento da família.
- Bento, I.C. (2005). *Educação preventiva em sexualidade, IST/AIDS para o surdo através da pesquisa-ação*. (Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto). Retirado de <http://www.google.pt/#hl=pt->
- Bento, I.C., & Bueno, S.M. (2005). *A AIDS sob a ótica do surdo adulto jovem*. *Revista brasileira de educação especial* , 17(4): 288-294. Retirado de <http://www.dst.uff.br//revista17-4-2005/A-Aids-Sob-a-Etica.pdf>
- Berdún, L. (2001). *Na tua casa ou na minha*. Porto: Areal Editores.
- Bisol, C. A. (2008). *Adolescer no contexto da surdez: questões sobre a sexualidade*. (Tese de Doutoramento). Universidade federal do Rio Grande Sul, Porto Alegre. Retirado de

- <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/14290/000655768.pdf?sequence=1>
- Bonito, j., (2009). Educação para a Saúde no Século XXI – teorias, Modelos e práticas. Sexualidades e Infecções sexualmente Transmissíveis. Évora: universidade de Évora
- Borges, A.L., Nichia, L.Y.I., & Schor, N. (2006). Conversando sobre sexo: a rede sociofamiliar como base de promoção da saúde e reprodutiva de adolescentes. *Revista Latino-America de Enfermagem*. 14 (3) 422-427. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/v14n3a17.pdf>
- Botia F., & Catalán E. (2007). *Sexualidad, identidad y afetividad – Cómo tratarlas desde la escuela* (1ª edición). Caracas - Venezuela: Editorial laboratorio Educativo. Retirado de
- [http://books.google.pt/books?id=gV1PrLZddWIC&pg=PA4&lpg=PA4&dq=Botia+F.,+%26+Catalán+E.+\(2007\).](http://books.google.pt/books?id=gV1PrLZddWIC&pg=PA4&lpg=PA4&dq=Botia+F.,+%26+Catalán+E.+(2007).)
- Brazelton, T. B., & Cramer, B. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes.
- Brazenton, B. & kramer, B. (1993). *A relação mais precoce*. Lisboa: Terramar.
- Brêtas, J. R., Jardim, D. P., & Muroya, R. L. (2009). Conhecimento sobre DST/AIDS por estudantes adolescentes. *Revista Escola de Enfermagem USP* 43(3), 551-7. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a08v43n3.pdf>
- Brook, C. (1985). *All About Adolescence*. U.K.: Jonh Wiley & Sons, Ltd.
- Bruns, M. A. (1996). Deficiência visual e educação sexual: a trajetória dos preconceitos, ontem e hoje. In C. Goyos, M. Almeida & D. Souza, (org). *Temas em educação especial* 3 (pp 255-269). Lisboa: São Carlos.
- Cardoso, F. (1997). Sexualidade, promoção da saúde e processo educativo. *Revista sexualidade e planeamento familiar*, 28-30.
- Camargo, E. A. & Ferrari, R. A. (2009). Adolescentes: conhecimentos sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção. *Ciências saúde coletiva* 14(3),937-946 Retirado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000300030&script=sci_arttext
- Canavarro, L. (1999). *Adolescentes. Pragmáticas da abordagem psicoterapêutica*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Carmo, H., & Ferreira, M. (1998). *Metodologia da Investigação: Guia para Autoaprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carreras, L. & Eijó, P. (1997). Como educar em valores. *Materiales, textos, recursos e técnicas*. Madrid: Narcea, S.A., De ediciones.
- Carvalheira, A. A. (2003). Cibersexo em Portugal. In L. Fonseca, C. Soares, J. M. Vaz, (Coord.) *A Sexologia: Perspectiva Multidisciplinar* (Vol. II) (pp 44-52). Coimbra: Quarteto.
- Carvalheira, A. A. (2003). Cibersexo em Portugal, In Fonseca, L. Soares, C., Vaz, J. M., (coord.) *A sexologia: Perspectiva Multidisciplinar*, Vol. II. Coimbra: Quarteto.
- Carvalho, G.S. (2002). Literacia para a Saúde: Um contributo para a redução das desigualdades em saúde. In M.E. Leandro, M.M. Araújo, M.S. Costa (Org.), *Saúde: As teias da discriminação social - Actas do Colóquio Internacional: Saúde e Discriminação Social* (pp.119-135). Braga: Universidade do Minho.
- Carvalho, C. S. (2008). *Conversar com os filhos sobre sexualidade*. Lisboa: Fundação Secretariado Nacional de Educação Cristã.
- Carvalho, C. S. (2008). *Educação da sexualidade – Guia para educadores*. Lisboa: Fundação secretariado Nacional de Educação cristã.
- Carvalho, M. G., (2000). A história da vida de um surdo: análise da emergência de uma identidade e de uma cultura. In R. Nunes (Coord.), *Perspetivas na Integração da pessoa surda* (pp.255-283). Porto: Universidade do Porto.
- Cavalcanti, R. (1997). *Saúde sexual & reprodutiva, ensinado a ensinar*, Vitória: Artgraf Editora.
- Clément, P. (1994). Representations, conceptions, connaissances. In Giordan, A., Giraulty, P. Clément (Ed.) *Conceptions et Connaissances* (pp. 15-45). Berne: Peter lang.
- Coelho, O. (2005). *Perscrutar e Escutar a Surdez* (1ª ed.) Santa Maria da Feira: Edições Afrontamento.
- Coelho, O. (2010). *Um copo vazio está cheio de ar. Assim é a Surdez*. Porto: Livpsic.

- Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA. (S/D). SIDA – *Não lhe Confie a Sua Vida*. Lisboa : Ministério da saúde.
- Conferencia Mundial Sobre Necessidades Educativas Especiais: Acesso e Qualidade. (1994). *Declaração de Salamanca e Enquadramento da Ação – Necessidades Educativas Especiais*, Unesco.
- Conferencia Episcopal Portuguesa (2002). A educação da sexualidade deve integrar-se na formação da pessoa. Nota sobre a Educação da Sexualidade. Lisboa.
- Cordella, M. (2003). Los agentes en educación moral. In M. R. Corbella. (Ed.). *Educación moral: aprender a ser, aprender a convivir* (pp 145-166). Barcelona: Ariel Educación.
- Correia, L. (1999). *Alunos com Necessidades Educativas Especiais nas classes regulares*. Porto: Porto Editora.
- Correia, L. M. (2003). *Inclusão e necessidades educativas especiais – um guia para educadores e professores*. Porto: Porto Editora.
- Correia, L. M. (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. (2008). O Estado da arte da educação especial em Portugal: algumas considerações. Braga: Universidade do Minho.
- Correia, L. M. (2010). *Educação especial e inclusão – Quem disser que uma sobrevive sem a outra não está no seu perfeito juízo*. Porto: Porto Editora.
- Correia, L., & Martins, A. (2000). Uma escola para todos: Atitudes dos professores perante a inclusão, *Revista Inclusão*, 1, 33-53.
- Correia, L. (2002). Avaliação e dificuldades de aprendizagem, *Revista Inclusão*, 3, pp. 77-89.
- Cortesão, I., Silva, M., & Torres, M. (1989). *Educação para uma Sexualidade humanizada – guia para professores e pais*. Porto: Edições Afrontamento.
- Coyle, K. E, & Basen-Engquist, K. (1995). Key Elements in HIV Prevention Programs. In M. Quackenbush; K. Clark, & M. Nelson (Eds.). *The HIV challenge: Prevention Education for Young People* (2ª. Ed.) (pp 47-70). Santa Cruz, California: ETR Associates.

- Delins, P., & Glaser, C. (2002). Sexual socialization in South Africa: a Historical perspective. *African Studies*.
- Dias, A. M., Ramalheira, C., Marques, L., Seabra, M.E. & Antunes, M. I. (2002). *Educação sexual no dia-a-dia da prática educativa* (pp. 14-17). Braga: Edições casa do professor.
- Dias, S., Matos, M. G., & Gonçalves, A. (2007). Percepção dos adolescentes acerca da influência dos pais e pares nos seus comportamentos sexuais. *Análise Psicológica*, 4(25), 625-634. Retirado de
- http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S087082312007000400008&script=sci_arttext
- Dilorenzo, T. & Hein, K. (1995). Adolescents: The leading edge of new wave of the HIV epidemic. In J.L. Wallander e L.J. Siegel (Eds). *Adolescent health problems: behavioral perspectives* (pp.66 -71). New York. The Guilford Press.
- Dryfoos, J.G.(1990). *Adolescents at risk – Prevalence and prevention*. New York: Oxford University Press.
- Duarte, A. (1998). *A Tomada de decisões na escola*. Lisboa: Texto Editora.
- Egypto, A. (2003). *Orientação sexual na escola. Um projeto apaixonante*. São Paulo: Cortez Editora.
- Erickson, F. (1986). Qualitive methods in research on teaching. In Wittrock, (Eds). *Macmillian Handbook of research on teaching*. (pp.161-191). Lisboa: Associação para o Planeamento familiar.
- Farias, j. (2002). Atitude dos pais encarregados de educação face à educação sexual. (Dissertação de mestrado, não publicada). Covilhã: Beira Interior.
- Federação Internacional para o Planeamento familiar. (1988). *Manual de planeamento familiar*.
- Fernandes A. (Coord.) (2009). *Nascer diderente – Educação Especial/ apoios educativos*. Agrupamento vertical de escolas do Marco de canaveses: Grafinoite.
- Fernandes J.F. (2008). *Doenças sexualmente transmissíveis – Análise Psicossocial das representações de alunos surdos*. (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza). Retirado de <http://www.repositorio.ufc.br:8080/ri/handle/123456789/1747>

- Filho, T.R., Filho, J.C., Gonçalves E.R., Dantas, A.M., & Hyppólito, S. B. (2010). Análise do conhecimento sobre DSTs e planejamento familiar entre Deficientes Auditivos e Ouvintes de uma Escola Pública de Fortaleza. *Revista Brasileira de educação Especial*, 16 (1), 137 – 150. Retirado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-65382010000100011&script=sci_arttext
- Fontes, K. A., Alves, T. S., Oliveira, J. C., & Costa, I. G. (2010). Conhecimento de jovens universitários sobre doenças sexualmente transmissíveis. *Revista matogrossense de Enfermagem*, 1(1),63-77. Retirado de <http://www.portaldeperiodicos.uned.edu.br/index.php/REMENFE/article/viewArticle/409>
- Foucault. M. (2001). *Os Anormais*. São Paulo: Martins Fontes.
- França, W. (1991). Sexualidade na adolescência e a Mídia. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 5 (2), 127-133. Retirado de <http://pt.scribd.com/doc/34674121/REVISTA-BRASILEIRA-DE-SEXUALIDADE-HUMANA-2-2>
- Frade, A.; Marques, A. M.; Alverca, C., & Vilar, D. (1992). *Educação sexual na escola – guia para professores, formadores e educadores*. Lisboa: texto Editora.
- Frade, A.; Marques, A. M.; Alverca, C., & Vilar, D. (1996). *Educação Sexual na Escola, Guia para Professores, Formadores e Educadores* (2ª Edição) (pp 14- 25). Lisboa: Texto Editora.
- Frade, A.; Marques, A. M. ; Alverca, C. & Vilar, D. (1999). *Educação Sexual na escola – Guia para professores formadores e educadores*. (3ª Edição) (pp 29 - 32).. Lisboa: Texto editora.
- Frade, A.; Marques, A. M. ; Alverca, C. & Vilar, D. (2009). *Educação Sexual na escola – Guia para professores formadores e educadores*. Lisboa: texto Editora.
- Freire, P. (1993). Apresentação In M. Ribeiro (Ed.) *Sexual: Novas Ideias, Novas Conquistas* (pp. 33-48). Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.
- Glat, R, (2004). *Saúde sexual, deficiência & juventude em risco*. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- Gagnon, J.H. (1982). *Human Sexual Relations*. New York: Pantheon Press.
- Gamito, L. (1987). Sexualidade e Epistemologia. In allen Gomes, F.; Alburquerque, A., Silveira N. J. (Coord.) *sexologia em Portugal: Sexualidade e cultura – vol. II – Lisboa: Texto Editora*, 30-36.

- Gauquelin, M. & Gauquelin, F. (1978). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa/São Paulo: Verdo.
- Gerber, P. J. (2001). Learning disabilities: a life span approach. In D. P. Hallahan & B. K. Keogh (Eds.), *Research and global perspectives in learning disabilities: essays in honor of William M. Cruickshank*. (pp. 167-180). Nj: Lawrence Erlbaum.
- Giddens, A. (1996). *Transformações da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*. Oeiras: Celta Editora.
- Gil, A.C. (1995). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Editora Atlas.
- Gomes, D. M. (2009). *DST/AIDS e deficiência: um estudo sobre a vulnerabilidade de pessoas com deficiência visual*. (Dissertação de Curso em psicologia). Universidade do Sul de Santa Catarina. Palhoça.
- Gonçalves, V. T., (2005). A escola inclusive e a oportunidade do virar da página na educação dos alunos surdos. In O. Coelho (coord.), *Perscrutar e Escutar a Surdez*, Edições Afrontamento, pp.97-105.
- Hall, Stuart. (2003). Da diáspora: identidades e mediações culturais. In sovik, Liv(Org.). *Da diáspora: Identidades e mediações culturais*. Belo horizonte: UFMG, Brasília: UNESCO.
- Harrison, J. (2000). *Sex Education in Secondary Schools*. (1^o Published). U.K: St Edmundsbury Press.
- Hérbert, M. I., (1996). *Pesquisa em educação*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Huebner, A., & Howell, L. (2003). Examining the relationship between adolescent sexual risk-taking and perceiving of monitoring communication and parenting style. *Journal of adolescent health, 33*, 31-78.
- Hutchinson, K.; Jemmott, J.; Jemmott, L.; Braverman, P.; & Fong, G. (2003). The role of mother_daughter sexual risk communication in reducing sexual risk behaviours among urban adolescent females: a prospective study. *Journal of adolescent health, 33*, 98-107.
- Job, J. (2004). Factors involved in the ineffective dissemination of sexuality information to individuals who are deaf or hard of hearing. *American annals of deaf, 149*(3), 264 – 273.
- Kalichman, S. C. (1998). *Preventing AIDS: A sourcebook for behavioral interventions*. New Jersey: Lawrence Erlbaum, Associates, Inc.

- Kirby, D. (1984). *Sexuality education: Na evaluation of programs and their effects*. Santa cruz: Network publications.
- Kohlberg, L. (1973). The implications of moral stages for problems in sex education. In L. Kohlberg (Ed.), *Collected papers on moral development and moral education*. Cambridge.
- Kyman, W. (1998). Into the 21th century: Renewing the campaign for school-based education. *Journal of Sex and Marital therapy*, 24, 130-140.
- Laborit, E. (2000). *O grito da gaivota*, Lisboa: Editorial Caminho.
- Lambert, D. C. (1992). *O Custo Mundial da SIDA*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Lane, H. (1992). *A mascara da benevolência. A comunidade Surda amordaçada*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Learning Disabilities Association of Canada. (2002). Official definition of learning disabilities. Retirado de <http://www.ldac-acta.ca/en/learn-more/ld-defined.html>
- Lei de Bases do Sistema Educativo (1987). Lei nº 46/86 de 14 de Outubro. In Pires E. (Ed.). Porto: Edições Asa.
- Leiria, I. (2004). A educação sexual noutros países. In Público de 22 de fevereiro, 3.
- Lerner, J. (1997). *Learning disabilities: theories, diagnostic, and teaching strategies*. Boston: Houghton Mifflin.
- Lickona, T. (1991). *Educating for character: How our schools can teach respect and responsibility*. (1ª Ed.) New York: Bantam Books.
- Lickona, T. (1976). *Moral Development and Behaviour: theory, research and social issues*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Lopes, J.C. (2006). *Sexualidade dos adolescentes e VIH/SIDA: Conhecer para Educar*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Lopez, F., & Fuertes, A. (1999). *Para Compreender a Sexualidade*. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.
- Lucas, J. S. (1993). *Sida – A sexualidade desprevenida dos Portugueses*. Lisboa: Editora. McGraw – Hill da Portugal, Lda.

- Maclaren, Peter. (1997). *Multiculturalismo crítico*. São Paulo: Cortez.
- Magnani, J. G., (2009). Etnografia como prática e experiência. *Horizontes antropológicos*, Porto Alegre: 15(32),156-159. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/ha/v15n32/v15n32a06.pdf>
- Maia, A. C. (2006). *Sexualidade e Deficiências*. São Paulo: Editora Unesp.
- Mariano, M. M. (2006). *A educação sexual na escola. Um estudo com alunos e professores do ensino básico*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade do Minho, Braga.
- Marinis, D. & Colman, O. (1995). *Educación Sexual. Orientaciones Didácticas para la Educación Secundária Obligatoria*. Colección Aprendizaje. Madrid: Visor.
- Marques, A. M., Vilar, D. & Forreta, F. (2002). *Educação sexual no 1º ciclo: Um guia para Professores e Formadores*. Lisboa: Porto editora.
- Marques. A., Vilar. D., & Forreta. F., (2010). *Educação sexual no 1º ciclo – Guia para professores e formadores*. Lisboa: Texto Editora.
- Marques, E. S., Mendes, D. A., Tornis, N. H., Lopes, C. L. & Barbosa, M. A. (2006). *O conhecimento dos escolares adolescentes sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS*. Retirado de http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_07.htm
- Matos, M.G. e col., sd. (2008). *Programas de Promoção e Educação para a Saúde*. Lisboa : Ministério da educação.
- Martuccelli, D. (2002). *Grammaires de l'individu*. Gallimard: Folio Essais inédit.
- Mazzotta, M.J., (1993). *Trabalho Docente e Formação de Professores de Educação especial. Temas básicos de Educação e Ensino*. São Paulo: EPU.
- Melo, H. P. (2000). A Pessoa Surda e o Direito ao Silêncio. In R. Nunes (coord.), *Perspectivas na Integração da Pessoa Surda, Serviço de Bioética e Ética Médica* (pp.303-326). Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Melucci, A.; F., (1992). *L'età del l'oro. Adolescenti tra sogno ed esperienza*. Milão: Feltrinelli.
- Mendes, S.M. (2002). *Atitude dos Professores Face à Educação Sexual*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade da beira Interior, Covilhã.

- Mcneely, C.; Shew, M.; Beuhring, T.; Sieving, R.; Miller, B.; & Blum, R. (2002). Mothers influence on the timing of first sex among 14-and15 – year old. *Journal of adolescent health*, 31, 256-275.
- Miguel, N. S. (1990). *Os Jovens e a Sexualidade*. Lisboa: Instituto da Juventude, Comissão nacional de luta contra a Sida, Ministério da educação e projeto Vida.
- Miguel, N., & Gomes, A. M. (1991). *Só para jovens! Juventude, afecto e sexualidade*. (2ª Edição). Lisboa: Texto editora.
- Motta, E.; Vaz, A Vaz, A., Pereira, A.M., Pinto.; Bernardino, O., Melo, A., Pereira, A., Ferreira, J., Rodrigues, M.J., Medeiros, A., Bombas, T., Monteiro, S., Pinheiro, M.J., Carvalho, D. & Nossa, P. (2006). Educação para a saúde pelos pares: Intervenção em comportamentos de risco VIH/SIDA. In I. Leal; J.P. Ribeiro e S.N. Jesus (Orgs.), *Atas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da saúde (pp 673 -679)*. Faro: Universidade do Algarve.
- Ministério da Educação (1990), *Ensino Básico – Programa do 1º Ciclo*. Direção Geral do Ensino Básico e Secundário. Lisboa: Ministério da Educação.
- Ministério da Educação e Ministério da Saúde (2000). *Educação Sexual em Meio Escolar – Linhas orientadoras*. Lisboa: Editorial do Ministerio da Educação.
- Ministério da Educação (2001). *Currículo Nacional de Ensino Básico: Competências Essenciais*. Departamento de Educação Básica. Lisboa: Ministério da Educação.
- MINISTÈRIO DA EDUCAÇÃO, MINISTÉRIO DA SAÚDE, APF (2000), *Educação sexual em meio escolar – Linhas Orientadoras*, Lisboa, Ministério da Educação.
- MINISTÈRIO DA EDUCAÇÃO, DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE, (2001) *Promover a Saúde da Juventude Europeia*, Mem Martins, Editorial do Ministério da Educação.
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (2008), Decreto-Lei n.º 3/2008 de 7 de Janeiro, DR: I Série, nº 4, 08-01-07,p. 154-164, alterado pela Lei nº 21/2008, de 12 de Maio, DR: I Série, nº 91, 08-05-12, p. 2519-2521.
- Moraes, S. C. (2006), *As representações dos professores sobre a sexualidade dos alunos com Síndrome de Down*, retirado de www.cipedya.com/web/fileDownload.aspx?IDFile=162329

- Moore. S. & Rosenthal. D. (1995). *Sexuality in adolescence* (2^o edição). London and New York: Routledge.
- Muñoz, F. (1998). La educación afectivo-sexual en la escuela. In M. Isabel Serrano González (Coord-Editora), *La Educación para la Salud del Siglo XXI. Comunicación y Salud* (pp 355-364). Madrid: Ediciones Diaz de Santos.
- Nielsen. L. B. (1999). *Necessidades educativas especiais na sala de aula – Um guia para professores*. Coleção Educação Especial. Porto: Porto Editora.
- Nodim, N. (2001). *Os Jovens Portugueses e a Sexualidade em finais do Século XX*. Lisboa: Coleção Estudos APF.
- Nunes, R. (1998). *Controvérsias na reabilitação da criança surdam*. Universidade do Porto. Edição, Fundação Eng. António de Almeida.
- Nunes, R. (2000). *Perspetivas na Integração da pessoa surda*. (Coord.) . Serviço de Bioética e Ética Médica-faculdade de Medicina do Porto. Porto: Gráfica de Coimbra.
- OMS. (1986). Carta de Ottawa. Retirado de http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/internacionais/carta_ottawa.pdf
- Organização Mundial da Saúde (OMS). Retirado de http://pt.wikipedia.org/wiki/Organiza%C3%A7%C3%A3o_Mundial_da_Sa%C3%BAde
- O`Neal, A. (2004). *SIDA, flagelo e desafio mundial*. Público, 1 de Dezembro.
- Onusida/Oms (2004). *Informe sobre la epidemia Mundial de SIDA 2004. Resumen Analítico*. Ginebra: Onusida.
- Onusida/Oms (2005). *Situación de la epidemia de SIDA: Ginebra*. Onusida/Oms.
- Onusida/oms – (2006), Novembro). *Situação da epidemia da SIDA. Programa conjunto das nações unidas sobre o VIH/SIDA (ONUSIDA) e Organização Mundial de saúde (OMS)*. London: autor.
- Onusida/Portugal- (2010) Relatório Global da ONUSIDA - Epidemia da sida.

- Onusida/ - (2011) Relatório para o dia mundial de luta contra a aids/sida. Retirado de <http://www.slideshare.net/maria25/relatrio-unaid-2011>
- Ortega, J. (1994). *Educación de la Sexualidad*. Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra.
- Pardal, L & Correia, E. (1995). *Métodos e Técnicas de Investigação Social*. Porto: Areal Editores.
- Perlin, G. 2002(). História do surdo. Caderno pedagógico, Florianópolis: UDESC.
- Pereira, M. M. & Freitas, F. (2001). Educação Sexual – contextos de Sexualidade e adolescência. Porto: Edições Asa.
- Pereira, A. S. (2005). *Para obter sucesso na vida académica – Apoio aos estudantes pares*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Pereira, A. S. (2005). *Para obter sucesso na vida académica – apoio aos estudantes pares*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Pereira, M., (2006). *Guia de educação sexual e prevenção do abuso*. Coimbra: Pé de página Editores.
- Pina, A. R. (2011). *Fontes de informação em sexualidade. Perceções de jovens alunos surdos do Porto*. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade do Porto, Porto.
- Pinel, A.C. (1993). Restauração da Vênus de Milo: Dos Mitos à Realidade Sexual da Pessoa Deficiente In M. Ribeiro (Ed.). *Educação Sexual: Novas Ideias, Novas Conquistas* (pp 307-325). Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.
- Pires, M. (2001). *Pedagogia de Vinculações e Educação para os Valores*. (Dissertação de Doutoramento não publicada). Universidade Nova Lisboa, Lisboa.
- Quivy, R. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L.V. (2003). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Ramos, R. D.; Eira, C., Martins, A., Machado, A., Bordalo, M. & Polónia, Z. (2008). Atitudes, Comunicação e Comportamentos face à Sexualidade Numa População de Jovens em Matosinhos. *Arquivos de Medicina*, 22(1), 3-14 Retirado de http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0871-34132008000100001&script=sci_arttext

- Reis, M., Matos, M. G. (2007). Conhecimento e Atitudes face ao uso de Métodos Contracetivos e à Prevenção das ISTs em Jovens. *Revista Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde*, 4 (1), 23-35. Retirado de <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/2029/679-2436-1PB.pdf?sequence=1>
- Ribeiro, M. I. & Fernandes, A. J. (2009). Comportamentos sexuais de risco em estudantes de ensino superior público da Cidade de Bragança. *Psicologia, saúde & Doenças*. 10 (1) 99-113. Retirado de http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645-00862009000100008&script=sci_arttext
- Ribeiro, P. (1990). *Educação sexual além da informação*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária.
- Rocha, F., (1996). *Educar em valores. Coleção ciências da educação e desenvolvimento Humano*, (10). Aveiro: estante Editora.
- Roche Farmaceutica (2013a). *O que é a SIDA*. Retirado de http://www.roche.pt/sida/o_que_e_a_sida/
- Roche Farmaceutica (2013b). *A vida faz as perguntas - Nós buscamos as respostas*. Retirado de http://www.roche.com.br/fmfiles/re7193008/ROCHE_Internet.pdf
- Rodrigues D. (2006). *Inclusão e Educação – Doze olhares sobre a educação inclusiva*. São Paulo: Summus Editorial São Paulo.
- Rolf, J. & Johnson, J. (1993). Protected or vulnerable: the challenges of AIDS to developmental psychopathology. In J.E. Rolf; A. matsen; S. Cicchetti,. K.H. Nuchterlein e S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp.361-383). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Sá, N.R.L. (1999). *A educação dos surdos: A caminho do bilingüismo*. Niterói:
 - EDUFF.
- Sampaio, M. (1987). *Escola e Educação sexual*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Sanchez, L. 81990). *Educación sexual*. Madrid: fundacion Universidad-Empresa. p.11-14.
- Scriven, A. E. Stevenson, V. (1998). Psychological Development of Young Adolescents: Implications for Health Education Practice. *Health Education*, 3, 89-94.

- Serpa, A., Costa (1995). A educação sexual na escola: Avaliação das necessidades de formação, por parte das instituições e grupos sociais. *Revista sexualidade e planeamento familiar*, pp.7-10.
- Silva, T. T. (2002). *Documentos de Identidade: uma introdução às teorias do Currículo*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Silva, T. T. (2000). *Identidade e Diferença: a perspectiva dos Estudos Culturais*. Petrópolis: Vozes.
- Silva, I. (2006). *Educação para os valores em sexualidade: Um estudo com futuros professores e alunos do 9º Ano de escolaridade*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade do Minho, Braga.
- Sim-Sim, I. Lourenço. L., Santos. L., Silva. F., Baptista. M., & Nunes. C.. (2005). *A criança surda – contributos para a sua educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Textos de educação.
- Sim-Sim, I. (2005). *Necessidades educativas especiais – Dificuldades da criança ou da escola?* Porto. Texto Editora.
- Skuy, M.; Laughton, M., Fridjhon, P., & Dear, K. (1995). Designing an HIV/AIDS education programme for the hearing-impaired in South Africa. *International Journal of Special Education*, 10(1), 90-100.
- Soares, I. & Campos, B. (1986). Educação Sexual e Desenvolvimento Psicosexual. *Cadernos de Consulta Psicológica*. 1, 151-165.
- Sousa, A. B. (2000). *A Criança com Dificuldades de Audição – Livro de Apoio, Desenvolvimento Curricular*. Lisboa: Edição Escola S.E. João de Deus.
- Souza, F. G.; De Bona, J. C. & Galato, D. (2007). Comportamento de jovens de uma Universidade do Sul do Brasil frente à prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis. 19(1): 22-29. Retirado de <http://www.dst.uff.br//revista19-1-2007/4.pdf>
- Soveral, E. (2002). *Ensaio sobre a Sexualidade e outros estudos*. Lisboa: Imprensa Nacional – Casa da Moeda.
- Stoer, S. R., & Magalhães, A. (2005). *A diferença somos nós. A gestão da mudança social e as políticas educativas e sociais*. Santa Maria da Feira:
- Sousa, A. M. (2006). *Aparelho reprodutor: Concepções e obstáculos de aprendizagem em crianças do 1º CEB. Um estudo de caso em meio urbano*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade do Minho, Braga.

- Sprinthal, N. A. & Collins, A. (1999). *Psicologia do adolescente – Uma abordagem Desenvolvimentalista*. (2ª Edição). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Strasburger, V. (1985). *Adolescent and the media: Medical and psychological impact*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Strecht, P. (2011). *O vento à volta de tudo – Uma viagem pela adolescência*. Lisboa: Verso de Kapa.
- Strouse, J. & Fabes, R. (1985). *Formal versus informal sources of education: competing forces in the sexual socialization of adolescents*. *Adolescents*, 20, 251-263.
- Sulak, P. (2002). *Adolescent Sexual Health: providing Sexual Information*. Retirado de www.worththewait.org.
- Tamaskar, P.; Malia, T.; Stern, C.; Gorenflo, D.; Meador, H.; & Zazove, P. (2000). *Proventive Attitudes and beliefs of deaf and Hard-of-Hearing individuals*. *American Medical Association*, 9, 518-525.
- Teixeira, F. (1999). *Reprodução Humana e Cultura científica: um percurso na formação de professores*. (tese de Doutoramento não publicada). Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Tonks, D. (1996). *Teaching AIDS*. New York, NY: Routledge.
- Traffon, W. (2006). *(Reinventing HIV/AIDS public campaigns for the deaf community: Addressing the roles of barriers and stigmatisation*. Retirado de <http://hivdeaf.blogspot.com/2006/12/reinventing-hiv-aids-public-health.html>
- Ttukman, b. W., (2002). *Manual de Investigação em educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Unaid (2005). *Intensifying HIV prevention: Unaid policy position paper*. Geneva, Unaid, August. Retirado de http://data.unaid.org/publications/irc-pub06/jc1165-intensif_hiv-newstyle_en.pdf
- Unesco (1994). *Declaração de Salamanca e enquadramento da ação na área das necessidades educativas especiais*. Lisboa: Instituto de Inovação educacional.
- Vaz, J. M., Vilar, D., & Cardoso, S. (1996). *Educação Sexual na Escola*. Lisboa: Universidade Aberta.

- Veiga, L. Meliço-Silvestre, A.; Martins, I. & Teixeira, F (2000). *Nem Sempre o Silêncio é de Ouro – o caso da Sida*. Coimbra: Instituto Politécnico de Coimbra.
- Veiga, L.; Teixeira, F.; Martins, I. & Meliço-Silvestre, A. (2006). Sexuality and human reproduction: a study of scientific knowledge, behaviours and beliefs of portuguese future elementar school Teachers. *Sex Education*. 6 (1), 6 – 19.
- Vilar, D. (2003). Questões Atuais sobre a Educação Sexual num Contexto de Mudança. In L. Fonseca, C. Soares & J. M. Vaz, (Coord.) *A Sexologia: Perspetiva Multidisciplinar, Vol. II* (pp 33- 49). Coimbra – Quarteto.
- Vilar, D. (2003). Falar disso: A educação sexual nas famílias dos adolescentes. Porto: Edições Afrontamento.
- Wallon, H. (1979). Do acto ao pensamento: Ensaio de psicologia comparada, Lisboa: Morais Editora.
- Werebe, M. (1979). Estudos sobre a sexualidade do adolescente: análise critica. *Cultural*, 31, 373-381
- Woodroffe, T.; Goreflo, D. ; Meador, H. E.; & Zazove, P. (1998). Knowledge and attitudes about HIV/AIDS among deaf and hard of hearing persons. *AIDS Care*, 10(3), 377-386.

Legislação Consultada

- Lei nº 3/84 de 24 de Março. Diário da República nº71- I Série – pág. 981-983. (Educação Sexual e Planeamento Familiar)
- Lei nº 46/86 de 14 de Outubro. Diário da República nº237- I Série – pág. 3081. (Lei de Bases do Sistema Educativo)
- Decreto Lei nº 286/89 Diário da República nº. 198 – I Série de 29 de Agosto de 1998. Pág. 3638 - 44
- Decreto-Lei nº. 115-A/98 de 4 de Maio. DIÁRIO DA REPÚBLICA — I SÉRIE-A Nº102 MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
- Lei nº 120/99 de 11 de Agosto – Diário da Republica nº 186 – 1º Série – pág. 5232 – 5234. (Reforça as garantias do direito à saúde reprodutiva)
- Lei nº 259/2000 de 17 de Outubro. Diário da República - Série – A. (Promoção da educação sexual em meio escolar)

- Lei nº 60/2009, de 6 de Agosto
- Portaria nº 196-A/2010, de 9 de Abril
- Despacho nº 19 308/2008, de 21 de Julho
- Despacho nº 2506/2007, de 20 de Fevereiro
- Despacho nº 25 995/2005, de 16 de Dezembro
- Despacho nº 19 737/2005 (2ª série), de 15 de Junho

ANEXOS

QUESTIONÁRIO

No âmbito do Mestrado em Educação Especial, projetou-se desenvolver um estudo sobre: "No Xadrez da Sexualidade: **CONHECIMENTOS, ATITUDES E COMPORTAMENTOS DOS ALUNOS SURDOS FACE ÀS ISTs**" abrangendo a população de alunos surdos de várias escolas.

Este inquérito insere-se no âmbito do referido estudo e destina-se a todos os alunos surdos. Pela importância e seriedade do estudo, solicita-se a colaboração dos docentes na orientação dos referidos alunos no preenchimento deste inquérito, apelando-se simultaneamente para a honestidade das respostas dadas.

Este inquérito é de carácter confidencial e por isso, os alunos não deverão identificar-se. A sua devolução deverá ser feita em urnas próprias que acompanharão as pessoas responsáveis pela sua aplicação. Preencha o inquérito assinalando com um X a opção que melhor caracterizar a sua situação.

Lembre-se que para cada questão, apenas poderá assinalar uma única opção de resposta.

***Obrigatório**

1. Género: *

Masculino

Feminino

2. Idade: *

3. Ciclo em que se encontra: *

9º Ano

10º Ano

11º Ano

12º Ano

4. Localização da escola em que está integrado: *

Norte Litoral

Norte Interior

Centro Litoral

Centro Interior

Sul Litoral

Sul Interior

5. Existe alguma diferença entre o vírus VIH/SIDA *

Sim

Não

Não Sei

6. Já ouviu falar em alguma destas Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs): Clamídia, Gonorreia, Herpes Genital, Hepatite B, Vírus do Papiloma Humano, Sífilis. *

Sim

Não

Não Sei

7. As pessoas podem proteger-se do VIH/SIDA e de outras IST's usando corretamente o preservativo todas as vezes que tenham relações sexuais? *

Sim

Não

Não Sei

8. As pessoas podem proteger-se das ISTs tendo um parceiro sexual fiel (único)? *

Sim

Não

Não Sei

9. O uso da pílula evita a infecção com o vírus VIH/SIDA e de Outras IST`s? *

Sim

Não

Não Sei

10. As chances de se contrair alguma IST/SIDA através do sexo oral são menores do que sexo com penetração? *

Sim

Não

Não Sei

11. Uma pessoa com aparência saudável poderá estar infetada com alguma IST/SIDA? *

Sim

Não

Não Sei

12. Ter relações com mais do que um/a parceiro/a aumenta o risco de contrair alguma IST? *

Sim

Não

Não Sei

13. As Infecções Sexualmente Transmissíveis são doenças graves? *

Sim

Não

Não Sei

14. Através de que meio tem, com maior frequência, acesso a informação sobre as ISTs? *

Sistema Nacional de Saúde

Escola

Televisão

Amigos

Revistas

Internet

Família

Outro Meio

15. Com quem partilha as suas dúvidas sobre as ISTs/SIDA? *

Pais

Professores

Amigos

Outros

16. Se um aluno estivesse infectado com o vírus HIV e manifestasse sintomas da doença, deveria ser-lhe permitido continuar a frequentar a Escola? *

Sim

Não

Não Sei

17. As pessoas podem contrair outras doenças devido à SIDA? *

Sim

Não

Não Sei

18. Já alguma vez teve relações sexuais? *

Se responder NÃO, passe para a pergunta 23

Sim

Não

Não Sei

19. Com que idade teve a sua primeira relação sexual?

20. Costuma usar o preservativo quando mantém relações sexuais?

Sim

Não

Não Sei

21. Com que frequência usa o preservativo?

Sempre

Quase Sempre

Às Vezes

Nunca

Não Sei

22. Quem sugeriu o uso do preservativo? *

Eu Próprio

O meu parceiro/a

Decisão conjunta

Não me lembro

23. Já alguma vez visitou um Centro de Acolhimento e Detecção (CAD) do VIH/SIDA? *

Sim

Não

Não Conheço

24. Usar o preservativo faz baixar as probabilidades de contrair ISTs? *

Sim

Não

Não Sei

25. Pessoas de qualquer raça podem ser infetadas com ISTs? *

Sim

Não

Não Sei

26. O coito anal (penetração do pênis no reto) sem preservativo é uma das práticas sexuais mais seguras? *

Sim

Não

Não Conheço

27. Os rapazes e as raparigas podem ter infeções que foram transmitidas sexualmente sem apresentarem sintomas? *

Sim

Não

Não Sei

28. Retirar o pênis da vagina antes de ejacular (coito interrompido) elimina o risco de transmissão das ISTs? *

Sim

Não

Não Sei

29. Uma pessoa pode contrair algum tipo de IST enquanto se masturba? *

Sim

Não

Não Sei

30. Sinto-me desconfortável a comprar preservativos. *

Sim

Não

Não Sei

31. Sinto-me embaraçado/a ao trazer um preservativo comigo, mesmo que o trouxesse escondido. *

Sim

Não

Não Sei

32. Fico desconfortável se os outros gozam de mim por acreditar no sexo seguro. *

Sim

Não

Não Sei

33. Se o/a meu/minha parceiro/a não quiser usar (ou não me deixar usar) preservativo, eu não tenho relações sexuais. *

Sim

Não

Não Sei

35. Se tiveres relações sexuais com o/a teu/tua namorado/a, consegues falar com ele/a sobre prevenção das IST's? *

Sim

Não

Não Sei

36. Quando tens que tomar uma decisão acerca do teu comportamento sexual, costumavas discutir sobre isso com alguém? *

Sim

Não

Não Sei

37. As ISTs/SIDA são doenças assustadoras que eu levo muito a sério. *

Sim

Não

Não Sei

38. Sou muito cuidadoso em relação às pessoas com quem vou ter relações sexuais. *

Sim

Não

Não Sei

39. Antes de decidir ter relações sexuais, certifico-me se temos um preservativo. *

Sim

Não

Não Sei

40. Preocupo-me com a prevenção de uma gravidez quando tenho relações sexuais com um/a parceiro/a do sexo oposto. *

Sim

Não

Não Sei

41. Desagrada-me a ideia de limitar o sexo a um/a só parceiro/a para evitar ser infetado/a com alguma IST. *

Sim

Não

Não Sei

42. Se achasse que estava infetado/a com VIH, iria fazer o teste para confirmar tal suspeita. *

Sim

Não

Não Sei