

LÉLIA CRISTINA BUENO DA LUZ

A SEXUALIDADE DO DEFICIENTE MENTAL

TRABALHO PARA CONCLUSÃO DO CUR
SO DE ESPECIALIZAÇÃO EM EDUCA
ÇÃO ESPECIAL - UNIVERSIDADE FE
DERAL DO PARANÁ - SETOR DE EDU
CAÇÃO.

CURITIBA - PARANÁ

1986

A SEXUALIDADE DO DEFICIENTE MENTAL

Lélia Cristina Bueno da Luz.

LÉLIA CRISTINA BUENO DA LUZ

ORIENTADORA: _____

PROFESSORA ROSELI CECÍLIA R. DE CARVALHO BAUMEL

CURITIBA, OUTUBRO DE 1986.

AGRADECIMENTOS

À Professora Roseli Cecília R. de Carvalho Baumel, por que sempre facilitou o meu caminho para que essa pesquisa se concretizasse.

A todos que cooperaram para que este trabalho se realizasse.

À amiga Maria José, pelo apoio e pelo empréstimo de materiais que enriqueceram o trabalho.

INTRODUÇÃO

Uma das áreas mais conflitantes no que se refere à educacional do excepcional é a da sexualidade, uma vez que pais e educadores não raramente se vêem confusos diante de certos comportamentos sexuais que manifestam os deficientes mentais.

O que aconteceu ao longo de muitos anos e acontece ainda nas mais variadas esferas da sociedade é negar a sexualidade do excepcional como se ele fosse assexuado, desprovido de elementos libidinosos. A insegurança de pais e educadores em relação a este assunto pode até desequilibrar um ajustamento que esteja se processando com sucesso.

Atenta-se para as necessidades básicas de higiene, alimentação, psicológicas, sociais, pedagógicas, materiais, entre outras e pouco se considera a sexualidade que está presente no excepcional desde a infância até a idade adulta e está também muito vinculada ao afeto.

Segundo Lefèvre: "É necessário que os adultos estejam tranquilos em relação a sua própria sexualidade para que consigam interagir com o deficiente mental ajudando-o a lidar com seu impulso sexual de maneira que seja socialmente aceita e legalmente permissível."

Da sexualidade do excepcional é preciso falar com franqueza e sem rodeios, assim como também é preciso encará-la e saber lidar quando ela se manifestar.

Sabe-se que nesta área, o testemunho de tantos pais e professores está com frequência tingido de pequenos temores que envolvem as condutas sexuais.

Grunspun (1982) esclarece a questão da abordagem sexual em um de seus discursos:

"Enquanto na criança normal há uma preocupação constante de se fazer educação sexual, na criança excepcional há uma importância maior para a preparação sexual, e esta é fundamental que se inicie na família para ser depois transmitida a educadores especializados."

Grunspun (1982) refere à educação sexual dessa forma porque postula que jamais a sexualidade deve ser vivida, ensinada, preparada, sentida sem a participação muito estreita das pessoas mais ligadas ao excepcional, o que vale dizer que sexo na infância, adolescência ou idade adulta deve ser inerente à condutas de "ternura, acalentamento, amor e carinho" - e somente a família tem os elementos necessários para esta função, dada a grande importância do aconchego familiar no desenvolvimento da personalidade da criança, seja ela excepcional ou não.

Negar ao deficiente a sua própria sexualidade tem sido uma maneira de negar a nossa própria incapacidade de lidar com tal aspecto.

JUSTIFICATIVA

Este trabalho foi realizado tendo em vista a escassez de informações que se tem a respeito da sexualidade do deficiente mental, principalmente na área educacional. O assunto raramente adquire relevância na literatura onde a abordagem específica é o excepcional.

As referências que se tem sobre as condutas sexuais do deficiente mental estão presentes mais nas áreas médica e clínica - portanto, esta pesquisa pretende justificar-se pela defasagem no tema, na educação especial em geral, onde a consequência evidente é que pais e educadores têm poucas oportunidades de se embasarem para poder, no dia-a-dia, lidar com os impulsos sexuais existentes na clientela deficiente mental.

FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

Tendo em vista que a sexualidade do deficiente mental é uma das maiores áreas de conflito nas famílias e nas escolas, decorrente principalmente da falta de informação das pessoas que lidam com o deficiente, este estudo se fundamentou em uma abordagem teórica referente à questão:

Como lidar com as condutas sexuais do deficiente mental quando estas se manifestam?

OBJETIVOS

Esta pesquisa teve os seguintes objetivos:

Concentrar o maior número de informações possíveis a respeito da sexualidade do deficiente mental.

Disseminar, junto aos pais, técnicos, especialistas e docentes que trabalham com Educação Especial - deficiência mental - análise sobre a sexualidade do deficiente mental, no sentido de novas alternativas educativas e, preparo para trabalhar na área da sexualidade.

SUMÁRIO

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------|
| AGRADECIMENTOS | iii |
| INTRODUÇÃO | iv |
| JUSTIFICATIVA | vi |
| FORMULAÇÃO DO PROBLEMA | vii |
| OBJETIVOS | viii |
| SUMÁRIO | ix |
| I - OS NÍVEIS DE EXCEPCIONALIDADE | 01 |
| 1.1. RETARDAMENTO MENTAL LIMÍTROFE | 01 |
| 1.2. RETARDAMENTO MENTAL LEVE | 02 |
| 1.3. RETARDAMENTO MENTAL MODERADO | 03 |
| 1.4. RETARDAMENTO MENTAL SEVERO | 04 |
| 1.5. RETARDAMENTO MENTAL PROFUNDO | 04 |
| II - CARACTERÍSTICAS DOS DIFERENTES NÍVEIS DE EXCEPCIO <u>N</u> NALIDADE | 06 |
| III - POSSIBILIDADES EDUCATIVAS DOS DEFICIENTES MENTAIS | 08 |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 3.1. PROFUNDOS E SEVEROS | 08 |
| 3.2. AS DEFICIÊNCIAS MÉDIAS E LEVES | 10 |
| IV - CONSIDERAÇÕES A RESPEITO DO DESENVOLVIMENTO DA <u>SE</u> SUALIDADE HUMANA | 12 |
| V - PREPARAÇÃO SEXUAL E EDUCAÇÃO SEXUAL | 16 |
| 5.1. O ACALENTAMENTO | 16 |
| 5.2. AS CARÊNCIAS | 17 |
| 5.3. A IMPORTÂNCIA DO CORPO | 18 |
| 5.4. CONCEITOS BÁSICOS QUANTO À EDUCAÇÃO SEXUAL ... | 23 |
| VI - SEXO E EXCEPCIONAL DEPENDENTE E NÃO-DEPENDENTE ... | 28 |
| 6.1. SEXO E EXCEPCIONAL DEPENDENTE | 28 |
| 6.2. SEXO E EXCEPCIONAL NÃO-DEPENDENTE | 29 |
| VII - CONDUITAS MASTURBATÓRIAS | 33 |
| CONCLUSÃO | 38 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 40 |

I - OS NÍVEIS DE EXCEPCIONALIDADE

Cinco níveis de retardamento são descritos pelo manual da Associação Americana de Deficiência Mental (Heber,1961,) e cada nível abrange a extensão de um desvio padrão na curva normal. Descrições esquematizadas do ^{comportamento} apto de adultos em cada um desses níveis (Cassel,1961; Heber,1961; Sloan e Birch, 1955), indicam a extrema diversificação existente entre os indivíduos que pertencem ao grupo retardado.

1.1. RETARDAMENTO MENTAL LIMÍTROFE

(QI de Binet de 68 a 85)

Os adultos frequentemente são capazes de alcançar adequação social e vocacional, se tiverem treino apropriado e oportunidades de emprego. A maioria funde-se com a população normal, embora, tipicamente, não possa manter mais que uma existência sócio-econômica baixa. Uma porcentagem crescente carece de emprego, devido à automatização de trabalhos não qualificados. A maioria está apta para o casamento assim como para ter e criar filhos.

Durante os anos escolares, são encontrados nos grupos de capacidade baixa e são candidatos a programas para "apren

dizes lentos". Seu retardamento tende a dificultar, especialmente, a realização das metas escolares e uma porcentagem muito alta não consegue completar o curso secundário. Muitos indivíduos, e sobretudo adultos, cujos QIs se encontram dentro desses limites não são apropriadamente designados como "retardados"; tão somente quando há provas de danos no ^{apto} adaptativo, com o alcance de um desvio padrão ou mais, é que deve ser aplicado o diagnóstico de retardamento limítrofe (Heber, 1962). Mesmo assim, este grupo constitui, decididamente, a maior proporção da população retardada, reunindo, na verdade, muito mais elementos que todo o resto combinado. Deve-se observar que, para muitos propósitos (por exemplo, admissão em instituições ou classes especiais), é freqüente este grupo ser considerado insuficientemente retardado para obter serviços especializados destinados a suprir as necessidades dos que têm deficiências mais acentuadas.

1.2. RETARDAMENTO MENTAL LEVE

(QI de Binet de 52 a 67)

Retardamentos leves representam, quase 90% dos que estão neste nível e em todos os níveis inferiores (President's Committee on Mental Retardation, 1967). Os adultos são, provavelmente, capazes de manter-se em trabalhos não especializados, mas necessitarão, com freqüência, de supervisão no manejo de seus assuntos sociais e financeiros. Seu baixo nível de capacidade torna-os particularmente vulneráveis ao desemprego. Muitos de seus problemas devem ser mais propriamente atribuídos à situação étnica e sócio-econômica do que ao retardamento em si. As mulheres, mais que os homens, podem ser competentes em conduzir uma vida matrimonial adequada, porque as habilidades caseiras são menos exigentes que o trabalho públi

co. As oficinas protegidas são geralmente apropriadas, especialmente para o segmento mais retardado deste grupo. Crianças escolares levemente retardadas são em geral aptas para classes especiais destinadas aos retardados mentais educáveis. A maioria dos retardados leves é diagnosticada como familiar-culturais (Stein e Susser, 1963); eles não apresentam sintomas reconhecíveis de danos cerebrais e provêm de famílias de inteligência e situação sócio-econômica baixa. Entretanto, neste nível, que abrange um espectro sócio-econômico amplo, existem outros que apresentam perturbações emocionais ou danos no S.N.C.. Muitos dos retardados leves nem são identificados como deficientes, enquanto as exigências rigorosas da escola não tornam aparentes suas deficiências na capacidade de intelectual abstrato-verbal.

1.3. RETARDAMENTO MENTAL MODERADO

(QI de Binet de 36 a 51)

Os adultos geralmente levam uma vida dependente dentro do meio familiar, embora uma proporção considerável se ache, institucionalizada. Poucos se encontram empregados, exceto nos limites de oficinas protegidas ou de negócios mantidos pela família; a maioria pode realizar um trabalho doméstico útil e prescindir de supervisão por várias horas. O casamento é raro; a maioria tem contato sexual heterossexual reduzido e poucos amigos pessoais. Durante a infância, a maior parte está apta para classes especiais de retardados "treináveis"; dá-se mais atenção ao desenvolvimento de autonomia no cuidar de si próprio do que à realização escolar. Dano cerebral, mongolismo e outras condições patológicas são frequentes e a identificação do retardamento ocorre mais provavelmente durante o primeiro ano de vida ou no início da infância, quando da

nos claros no desenvolvimento motor, verbal e social são notados.

1.4. RETARDAMENTO MENTAL SEVERO

(QI de Binet de 25 a 30)

Muitos adultos e crianças nesta condição são institucionalizados, embora alguns permaneçam no meio familiar; em geral, requerem supervisão constante. A linguagem e as técnicas de cuidar de si requerem treino prolongado; o treino apropriado não é normalmente encontrado em classes para "treináveis" nos sistemas escolares, exceto quanto à ^{competência} ~~porção~~ superior deste grupo. Observa-se muito pouco apto independente; letargia e apatia são frequentes, mas podem ser, em grande parte, produto de circunstâncias de vida e de relações interpessoais não estimulantes (McKinney e Keele, 1963). Alguns dos adultos são amigáveis e afetivos, embora geralmente só consigam comunicar-se num nível momentâneo e concreto. Perturbações genéticas e danos provindos do ambiente, ocasionando prejuízos neurológicos e, talvez, perturbações emocionais graves são responsáveis por quase todo o retardamento mental neste grupo.

1.5. RETARDAMENTO MENTAL PROFUNDO

(QI de Binet abaixo de 20)

Estes indivíduos requerem uma supervisão total, pois geralmente são incapazes de se proteger ou se cuidar. Podem aprender a andar e a vocalizar um cumprimento e outras frases simples. Alguns podem ser treinados a usar o banheiro e a alimentar-se. Muitos, tendo sofrido danos neurológicos graves,

são confinados a uma cama ou a uma cadeira de rodas. Aparece pouca aprendizagem de qualquer tipo, mas o indivíduo não é, de modo algum, impermeável a seu meio. O índice de mortalidade durante a infância é muito elevado.

II - CARACTERÍSTICAS DOS DIFERENTES NÍVEIS
DE EXCEPCIONALIDADE

O que caracteriza a deficiência mental é sua natureza congênita, ou pelo menos extremamente precoce, associada a um déficit mais ou menos global. É sua instalação antes que a criança tenha tido o tempo de criar suas primeiras ligações ideomotoras.

Traduz-se por um desenvolvimento da inteligência mais lento e mais limitado que na criança normal com a mesma idade real. "As lesões que condicionam os estados de retardo, constituídas antes do nascimento ou durante a primeira infância, impedem profundamente o aparecimento e o progresso da inteligência. Daí sua oposição às outras psicopatias constitucionais, onde a predominância dos distúrbios afetivos e instintivos compõe o quadro do desequilíbrio psíquico". (Magnan, Lagache).

Os deficientes mentais são classificados em função de seu quociente intelectual (Q.I.), fornecido pelos diferentes testes de nível mental, uma vez que o retardo intelectual é uma das características fundamentais dos diferentes níveis de atraso mental.

Esta, abaixo relacionada, é a classificação adotada pelo V plano de equipamento social, que distingue:

a) os deficientes profundos (quociente intelectual inferior a 0,30);

b) os deficientes severos (quociente intelectual entre 0,30 a 0,50);

c) os deficientes médios (quociente intelectual entre 0,50 e 0,70);

d) os deficientes leves (quociente intelectual superior a 0,70).

Estas definições atualmente são admitidas para quase todas as pessoas; convém, entretanto, variá-las e completá-las:

- a criança deficiente tem uma estrutura mental diferente da da criança normal e sua evolução não se efetua da mesma maneira;

- no "déficit" das funções intelectuais é necessário considerar o papel agravante dos distúrbios sensoriais e motores;

- está comprovado que as técnicas educativas, aplicadas com conhecimento de causa e bem cedo, podem influenciar, às vezes de maneira significativa, a evolução dos indivíduos, mesmo os bem deficientes.

3.1. PROFUNDOS E SEVEROS

"Não existe doença da inteligência ou do desenvolvimento mental. A inteligência é apenas uma noção, um termo cômodo para definir uma atividade complexa; uma noção não pode estar doente", diz André Rey, que acrescenta: "Nas crianças excepcionais é o organismo físico e particularmente o sistema nervoso que apresenta uma anomalia ou uma doença, processo físico bem conhecido ou susceptível de sê-lo um dia".⁽¹⁾

Mas, infelizmente, admitindo-se que as lesões do sistema nervoso central ou medular, causas primárias do retardo mental, sejam perfeitamente definidas e localizadas, não nos parece, no estado atual das ciências, que a pedopsiquiatria ou a neuropsiquiatria possam intervir para modificá-las.

Os deficientes falharam em sua primeira infância, as lesões precoces, de qualquer origem que sejam, não lhes permitiam, através de uma maturação normal, as experiências básicas dos mecanismos mentais essenciais. Eles não superaram a angústia natural do bebê e da criança que acaba de nascer. Por

¹ André Rey: "Arriération mentale et premiers exercices éducatifs".

isto o esquema postural, (Pierre Bonnier, Head) imagem do corpo (Hean Lhermitte) deles, que simboliza a todo momento "em sua diversidade de modificações, a posição de cada parte do corpo em relação às outras, do corpo inteiro em relação às coisas e ao mesmo tempo nossas possibilidades de ação (Burloud) é neste ponto incompleto e fragmentado. A criança normal supera facilmente esta angústia "graças a sua extraordinária necessidade de ação intensa e ao prazer de superar os problemas impostos que fazem parte de sua natureza".(Goldstein: "La Structure de l'Organisur"); o deficiente, ao contrário, por qualquer razão que seja, não o pode.

Entretanto, a existência da angústia é inseparável desta necessidade profunda de superar, da qual fala Goldstein, e esta necessidade de ação não está justaposta à angústia, é um dos seus componentes. Suponha-se que a medicina possa suprimir completamente a ansiedade nos deficientes profundos através de uma terapêutica medicamentosa ou neurocirúrgica. Isto os tornaria ao mesmo tempo indiferentes e irrecuperáveis. Onde existe a ansiedade existe psiquismo latente, existe uma "coragem", segundo a expressão de Goldstein, pelo menos delineada.

"A coragem, em sua forma mais profunda, é simplesmente um sim dito ao abalo da existência, aceita como uma necessidade para que se possa concluir a atualização do ser que pertence a cada um". (Goldstein, id).

Assim, se os deficientes profundos e severos não possuem armas intelectuais, eles possuem, pelo menos, as armas efetivas, e qualquer que seja o nível aparente de inteligência, "a existência de reações emotivas sempre favorece uma

atitude otimista em relação à criança". (G.Henyer).

Uma vez que existe psiquismo existe a possibilidade de educação e os fatos comprovam que existe possibilidade de progresso até nos casos mais desfavoráveis. É certo que as diferentes técnicas educativas associadas à pedagogia nada podem fazer às primeiras causas. Porém, graças a estas técnicas, pode-se esforçar por refazer as etapas falhas do desenvolvimento motor e psicomotor da criança, apesar das condições desfavoráveis, e, com isso, as etapas falhas de seu desenvolvimento mental, ao menos em parte.

3.2. AS DEFICIÊNCIAS MÉDIAS E LEVES

Não importa quais sejam as origens do retardo mental, o deficiente profundo caracteriza-se distintamente em relação à criança normal; é um outro tipo de criança. Os deficientes médios, e sobretudo os leves, são, ao contrário, crianças de aparência normal ou subnormal na maior parte do tempo.

O deficiente profundo tem poucas ou nenhuma arma intelectual, enquanto que o deficiente leve, e mesmo o médio, é capaz de compreender determinadas relações e analisar situações concretas. Às vezes, uma certa facilidade de expressão verbal pode perfeitamente coincidir com a insuficiência mental, e até iludir e mascarar a deficiência.

O que permite a conclusão de um estado de debilidade é a inadaptação, as dificuldades encontradas diante dos problemas intelectuais e particularmente as que podem ser constatadas fora dos exames de teste de nível mental. O deficiente é

definido pelo déficit de seu comportamento mental.

Entretanto, o conceito de deficiência não é simples, diz A.L.Benton,⁽²⁾ que acrescenta: "é mesmo complexo, pois contém elementos de comportamento, da etiologia, de desenvolvimento e de prognóstico". Assim, o termo deficiência mental cobre quadros clínicos variáveis.

Para R.Zazzo, a heterocronia é a característica essencial do deficiente, ou seja, comparado com a criança normal, o deficiente desenvolve-se a uma velocidade diferente, segundo os diferentes setores do desenvolvimento psico-biológico. A estrutura psíquica, portanto semiologia, do deficiente é diferente da estrutura normal da criança de mesma idade. A heterocronia não é uma simples coleção de velocidades discordantes e, sim, um sistema, uma estrutura própria ao deficiente.

² A.L.Benton: "Vraie débilité mentale et pseudo débilité mentale", Bulletin de Psychologie, nº 194, 1960.

IV - CONSIDERAÇÕES A RESPEITO DO DESENVOLVIMENTO
DA SEXUALIDADE HUMANA

Abordar a temática sexual, coerentemente, torna-se cada vez mais importante, já que sua divulgação no mundo atual está tão comprometida e desvirtuada. Há uma perniciosa e má divulgação dos conhecimentos da área biológica, daquilo que é considerado como satisfação sexual no plano de sensações, erotismo, prazer, descargas orgásticas, satisfações físicas e daquelas consideradas da área das necessidades psicológicas, emoções desvinculadas dos afetos.

É sabido que a sexualidade humana está presente precocemente nas várias etapas do desenvolvimento de nossas crianças; sexualidade que deve ser compreendida no início da vida, desligada da genitalidade. É na família que a criança faz suas primeiras experiências, cria os primeiros contatos. Aos pais compete bem compreender a sexualidade para não temê-la, para não se furtarem nesta área de orientação e auxílio adequado a seus filhos. Para os pais tornou-se mais fácil lidar com determinados assuntos, no momento em que se transmitiu o conhecimento adequado e correto sobre as necessidades e significados dos elementos que envolvem inúmeras áreas do desenvolvimento de seus filhos: alimentação, sono, controle esfinteriano, desenvolvimento motor, intelectual e afetivo, escolar

dade, necessidades de proteção, amor, socialização, etc..

Data aproximadamente do início do século os trabalhos do médico vienense Sigmund Freud que desvendou não somente a sexualidade humana em seu desenvolvimento precoce, como também trouxe à tona a dinâmica da estrutura da personalidade que se organizou precocemente, também dentro do seio da família, onde as figuras parentais (pai-mãe) são de importância capital. O conhecimento dos dinamismos intra-psíquicos, que se organizam a partir das experiências familiares dos seres humanos, marcam o século XX, e a caracterização freudiana de que a sexualidade é um dado existente desde o nascimento tornou-se um assunto de conhecimento popular através de má divulgação e má compreensão.

A confusão vem se instalando nesta má compreensão do que foi postulado na psicologia como "prazer sexual" ou "prazer libidinal" e "sexualidade genital". Sabe-se que a criança ao nascer não só está provida da capacidade de sugar, mas é na boca que se situa o primeiro núcleo de sensações prazerosas que encontra-se frequentemente na linguagem psicológica, denominada de "libido oral". Há uma força instintual que determina a excitação local (lábios, língua, boca), que desencadeia o ato de sugar, este ato é prazeroso e é o núcleo original de sensações várias de prazer em outras zonas evolutivas do corpo e que denominou-se "zonas erógenas" que uma vez excitadas dão sensações agradáveis. O prazer é ligado a funções corporais que mantêm o homem: sugar para receber o alimento, evacuar para eliminar o que não pode ser aproveitado pelo organismo, urinar para expelir substâncias que também não podem ser retidas no corpo; estas áreas contêm fibras nervosas de sensações prazerosas.

Mais tarde, no desenvolvimento da criança, as zonas erógenas estarão se definindo em torno dos órgãos genitais.

Há bebês, masculinos, que têm, intidamente ereção do pênis ao serem manipulados na limpeza habitual, porém, isto não significa precocidade futura de capacidade para realização do ato sexual e nem é um elemento que deve preocupar os pais. Torna-se necessário, ainda, conhecer o conceito freudiano de "pulsão", que leva o indivíduo em cada etapa de seu desenvolvimento a buscar aquela satisfação peculiar à zona que está ativada para uma função determinada. O "sexual" ou "libidinal" no início do desenvolvimento da criança está desvinculado do genital e ligado tão somente às grandes necessidades ou às grandes funções indispensáveis à conservação.

Freud definiu também a "libido" como um elemento de sensação que estaria ligado à teoria da afetividade e chamou esta energia de uma grandeza quantitativa não mensurável das pulsões que se referem a tudo o que podemos entender sob o nome de "amor".

Freud tem a ousadia de pensar, em termos de sexualidade, como um componente humano existente desde o nascer, necessário à própria permanência da vida. Sexualidade ou sensações prazerosas como um sistema de busca de prazer em áreas específicas do corpo, a cada etapa do desenvolvimento humano, que finalmente vai se definir e se localizar nos genitais, como prelúdio do amadurecimento humano. Na medida em que a "pulsão sexual" se situa no limite psicossomático, a "libido" designa o seu aspecto psíquico. É a manifestação dinâmica na vida psíquica da pulsão sexual. Desde o nascimento, o excepcional passará por este dualismo: pulsão sexual, presente no limite psicossomático

mático e a libido designando o aspecto psíquico.

O processo de sensibilização para saber manejar a pressão dos impulsos eróticos e servir-se deles de forma adequada é que se torna difícil e às vezes impossível para a criança excepcional, e nisto é que ela mais do que as crianças normais precisam de ajuda.

Esta ajuda deverá vir basicamente da família - no entanto, os pais precisam de preparo para a possibilidade de fornecer o que o excepcional necessita desde o início da vida.

5.1. O ACALENTAMENTO

Winnicott, médico pediatra e psicanalista inglês, aceitando o conceito freudiano que leva à compreensão da satisfação das necessidades libidinais do ser humano, verificara em seu trabalho de observação infantil que havia uma necessidade básica que fora até então subestimada e que traduz-se como "acalentamento". Winnicott colocou também que as necessidades sexuais definidas por Freud como "libidinais" se traduziriam, na realidade, muito precocemente pela necessidade de se ser "acalentado".

O acalentamento visto como necessidade básica humana se traduz pelo agarrar, pela aproximação do corpo da criança ao corpo da mãe, pelo aconchego, pela necessidade de calor de um outro corpo receptivo, pela vibração de um outro corpo humano.

Sabe-se que o aprendizado do amor só poderá ser adequado se feito precocemente no estágio rudimentar da relação de acalentamento que o bebê necessita.

5.2. AS CARÊNCIAS

Segundo Grunspun (1982): "durante longo tempo tem-se reconhecido e tratado uma gama imensa de perturbações psicológicas decorrentes do que chamamos de agressões, traumas e conflitos. No entanto o que mais nos tem preocupado são as carências do ser humano e contra estas não há tratamento possível a não ser prevenção primária."

A carência é a falta de algo muito importante para o desenvolvimento do ser humano e que se não é fornecido na fase certa e no momento certo, posteriormente não pode ser suprido, porque mesmo fornecido em quantidades, não será aproveitado.

A criança excepcional tem maiores carências do que as outras crianças.

Para Grunspun, o programa maior que deve-se visar sempre é a prevenção para que a criança não tenha a carência do acalanto - a carência da presença de mãe e pai.

A sexualidade, como já se viu, está presente desde os primórdios do desenvolvimento do ser que nasce e cresce. Corresponde às necessidades presentes em toda corporalidade, que, satisfeitas a cada etapa por um outro ser, devem estar embasadas no sentido de proteção - satisfação e acalanto.

O excepcional com mais razão não deve ser afastado precocemente do contato com os pais, irmãos e familiares.

Enquanto na criança normal há uma preocupação constante de se fazer educação sexual, na criança excepcional deve haver uma importância maior para a preparação sexual.

Essa preparação é fundamental que se inicie nos pais e familiares para ser depois transmitida pelos educadores especializados. O fundamento da preparação é que a sexualidade do excepcional seja aceita. Ela não deve ser um tabu a ser evitado, negado e hostilizado, é, antes, uma sexualidade humana que, nos níveis em que se apresentar é superior à de qualquer outro animal e por isto deve ser respeitada.

O prazer que o excepcional auferir de sua sexualidade deve ser compreendido e concedido. Este prazer não é criminoso. Este prazer não é imoral e muito menos amoral. A preparação do ambiente é a de compreender e ajudar o excepcional nesta sexualidade prazerosa.

5.3. A IMPORTÂNCIA DO CORPO

Freud cunhou um termo importante e que foi, também, insuficientemente conhecido e divulgado dentro do âmbito da patologia, que é o narcisismo. O ser humano, obrigatoriamente passa por uma fase narcisista em seu desenvolvimento para que ele tenha uma imagem positiva de si mesmo.

Se se conseguir desenvolver no excepcional o narcisismo que é inerente ao ser humano, ele se dará valor como tal. É

através do narcisismo que ele, se aceitando, será capaz de aceitar os outros e amá-los.

No que diz respeito ao sexo, não é na adolescência que se vai ensinar algo sobre sexualidade. A sexualidade não é ensinada em termos de sua atuação; é sabido através dos séculos da existência humana que cada função, uma vez amadurecida, se desabrocha e se põe em manifesto para atuação no momento oportuno. Compete aos pais e educadores fazer este trabalho de prevenção das perturbações sexuais, fornecendo o cimento ideal para seu alicerce e acalentamento precoce, o acalentamento a partir do dia que um bebê nasce, a partir dos primeiros dias do relacionamento, através dos cuidados e atenção dispensada.

Somente a família tem os elementos necessários para esta função. Os bebês que nascem, os filhos que crescem, os agentes, o interjogo de dependência-interdependência, as necessidades de proteção mútua devem estar embasadas na dinâmica familiar.

Em casa, na escola ou na oficina abrigada pode haver problemas relacionados com o sexo, pela própria dificuldade de aceitação dos adultos que lidam com o deficiente. A maioria dos pais ou educadores se sentem perturbados diante de certas atitudes de exibicionismo sexual que a criança deficiente mental pode apresentar. A insegurança dos pais em relação a este assunto pode até desequilibrar um ajustamento que vinha se processando com sucesso.

A masturbação, a homossexualidade, heterossexualidade, casamento e contracepção são tópicos que necessitam ser avaliados e estudados pela família e eventualmente discutidos com o

médico ou outros profissionais.

Atualmente existem muitos estímulos sexuais provenientes do meio como revistas, televisão, jornais e mesmo conversas e brincadeiras dos adultos que as crianças ou adultos imaturos não sabem interpretar. Além disso a falta de lazer e ocupação apropriadas podem levar o deficiente a se masturbar frequentemente. Nesses casos deve ser feita uma orientação sistemática para que tanto educadores como pais possam detectar qual o melhor caminho a seguir. É um trabalho muitas vezes difícil, que necessita de muita compreensão.

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

Neste caso específico havia um distúrbio de comportamento com masturbação constante e exibicionismo dos órgãos genitais diante das visitas, familiares e irmãos pequenos. Verificou-se que este adolescente tinha sido solicitado por parentes e amigos a arranjar uma namorada, mas esta, na escola, se irritava com ele, não satisfazendo sua necessidade de ser valorizado. O rapaz tinha 15 anos e é natural que seus desejos sexuais estivessem sendo solicitados, mas de maneira inadequada pois a masturbação na frente de todos só lhe ocasionava reprimendas e castigos ineficazes.

Foram analisados seu lazer e seu horário de trabalho escolar, verificando-se que parte do dia ele passava sem saber o que fazer, sem ter de que se ocupar, sentando-se sozinho diante da TV. A escola lhe parecia difícil e ele se sentia infeliz na classe. Encontrava-se num estado depressivo, infeliz com ele mesmo e com os outros à sua volta. Foi tentado inicialmente um medicamento, o que veio a abrandar o comportamento mas não de maneira satisfatória.

A família estudou atividades variáveis que seriam possíveis de interessá-lo e uma tia idosa, no período da tarde, se prontificou a lhe ensinar jardinagem. A professora desenvolveu uma atividade simples em classe, onde ele pode ser valorizado e destacado diante dos colegas. Houve uma melhora no comportamento e sua masturbação continuou apenas de maneira ocasional e sem exibicionismo.

Em outros casos, muitos outros problemas podem aparecer e um sofrimento muito grande pode desajustar a família. A mudança do comportamento da criança, o tipo de recreação, todas as suas atividades diárias, o relacionamento com irmãos, tudo deve entrar num estudo aprofundado.

Para Lefèvre, (1981), a solução encontra-se num aspecto educacional onde deve ser abordado o aspecto sexual. Para a compreensão mais abrangente da sexualidade, alguns itens devem ser focalizados:

- * Os deficientes têm desejos, sentimentos e necessidades sexuais como todo ser humano;

- * É preciso verificar se a sexualidade daqueles que tratam do jovem (pais, familiares, irmãos, terapeutas, amigos) também está sendo conscientizada e considerada para que todas es

sas pessoas possam compreendê-lo e procurar soluções verdadeiras.

* Verificar quais os auxílios que podem ser procurados e que não impliquem na negação da sexualidade humana.

* Facilitar aos pais a oportunidade de aprenderem a utilizar métodos psicopedagógicos para tentarem na família conseguir mudanças de comportamento.

* Procurar junto aos médicos a indicação de medicamentos apenas quando o distúrbio for considerado de difícil controle.

* Verificar até que ponto os pais já abordaram a discussão da sexualidade com a criança ou jovem, tornando-se consciente dessas funções e das regras sociais pertinentes.

Para a autora cidade, na medida em que o adolescente ou adulto participa de uma vida normal em comunidade ele cria possibilidades de defesa contra agressões sexuais, aprender a se defender e agir adequadamente diante das dificuldades de sua vida diária. Seu ^{comportamento} ~~apto~~ será tanto mais normal quanto mais se procurou respeitar suas capacidades básicas, colocando-o sempre em atividades de acordo com seu nível de compreensão. Se ele entende o problema, é capaz de tomar iniciativa.

Na vida diária há muitos momentos simples onde ele deve ser solicitado a tomar decisões próprias.

Verifica-se que a compreensão pelos deficientes mentais do que é o sexo tem grande importância em sua evolução; erros e más informações fazem com que eles se sintam confusos. Assim, é necessário enfatizar-se a necessidade de pais e educadores darem uma orientação sexual adequada, através de informações claras e sem preconceitos, para que estes jovens também consigam falar sobre suas dúvidas.

Informações inadequadas ou em hora inoportuna podem dificultar o desenvolvimento do jovem; a omissão de informação, por sua vez, torna o jovem mais sujeito a sofrer pressões e explorações indevidas. Um programa familiar sobre educação sexual deve abordar o conceito de sexo, compreensão e identificação sexual, conhecimentos das partes genitais e funções do corpo, compreensão dos sentimentos e emoções entre homem e mulher, irmãos, pais e filhos; conhecimentos sobre gravidez e parto, menstruação e ejaculação.

A curiosidade sexual é natural. A sua ausência deve preocupar mais do que a sua existência. Os estudiosos neste assunto verificaram que a maior parte das pessoas que têm problemas sexuais começaram a ter dificuldade por falta de informação.

Não há dúvida alguma que é muito necessário responder às perguntas das crianças - de qualquer idade - sobre sexo, mas deve-se lembrar que a capacidade de compreensão varia com a idade e o nível intelectual da criança. Assim sendo, o tipo e a profundidade da informação dada devem também variar.

5.4. CONCEITOS BÁSICOS QUANTO À EDUCAÇÃO SEXUAL

O desconforto que muitos pais sentem é composto por falsos conceitos comumente mantidos referentes à sexualidade das crianças retardadas e também por influências de valores morais, sociais e religiosos amplamente diversos.

A maneira pela qual os pais escolhem tratar a sexualidade de seu filho excepcional é um reflexo de seus valores pes

soais e suas próprias atitudes em relação às questões sexuais.

As informações abaixo relacionadas, a respeito de vários aspectos da sexualidade, estão aqui expostas para que as pessoas interessadas possam ver a aplicá-las dentro de seus próprios sistemas de valores:

1. A sexualidade de uma criança excepcional não é diferente daquela de uma criança de inteligência normal na mesma idade de desenvolvimento. A crença de que os indivíduos deficientes apresentam um nível mais alto de interesse e atividade sexual do que as pessoas de inteligência normal foi provavelmente sustentada pelo fato de que os indivíduos deficientes frequentemente não aprendem que os comportamentos sexuais são inadequados em várias situações. Conseqüentemente, eles podem realizar comportamentos em locais públicos que seriam geralmente realizados em situação privada. A exibição pública de atividade sexual não reflete um impulso sexual anormal ou falta de controle do comportamento sexual. Refletiria sim, uma falta de treinamento com relação ao local e hora para tal comportamento.

2. As atitudes das crianças com relação à sexualidade são inicialmente aprendidas na infância. A maneira pela qual os pais trocam as fraldas, banham a criança, vestem ou entram em contato com o corpo da criança comunica as atitudes dos pais em relação à criança. Os pais que ficam embaraçados com a nudez, que sentem aversão a fraldas sujas, que ficam desconfortáveis ao tocar o corpo de seu filho ou que se sintam mal em tal situação podem comunicar sentimentos de vergonha à criança. Os pais podem ajudar seu filho a se sentir confortável com sua sexualidade sentindo-se confortáveis eles próprios.

prios. A área genital deve ser tratada como as outras áreas do corpo e não devem se transformar em uma fonte de medo, mistério, vergonha ou culpa.

3. Não há nada de errado com a criança tocar as partes de seu próprio corpo. As crianças descobrem seu corpo sentindo, explorando, olhando e observando sua mudança. A descoberta da estrutura e função das partes do corpo é uma das experiências de aprendizagem mais significativas da criança. A criança não deve ser impedida de fazer tais explorações.

4. As crianças também aprendem acerca de seu corpo comparando-o com o de outras crianças. Quando as crianças examinam entre si as partes do corpo, elas não estão se engajando em um prelúdio de relação sexual. Em vez disso, elas estão curiosas em saber como é o corpo das outras crianças ou se são iguais a elas.

5. A masturbação não é fisicamente prejudicial e é, na verdade, um meio apropriado de expressão sexual. A masturbação é tão apropriada para o indivíduo excepcional quanto para o indivíduo de inteligência normal. O deficiente não deve ser proibido de se masturbar ou sentir-se culpado por fazê-lo. Em vez disso, deve-se ensinar a ela que é inapropriado masturbar-se em público, mas apropriado fazê-lo na privacidade de seu quarto ou no banheiro.

6. A criança deve ter privacidade. A criança excepcional precisa de um período de tempo e um local onde possa ficar sozinha. Os pais que constantemente supervisionam as atividades de seu filho impedem que ele consiga essa privacidade.

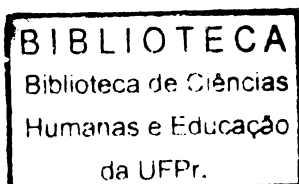
7. A curiosidade da criança sobre as questões sexuais é uma expressão de um interesse em aprender e deve ser tratada como tal. É de se esperar que quando uma criança veja coisas que não compreende ela queira descobrir mais sobre elas. Quando ela vê pessoas se beijando, ela vai querer tentar o mesmo. Quando ela observa os seios, ela pode querer tocá-los para ver como é. Se a criança tiver 3 ou 4 anos de idade quando começar a ficar furiosa e querer beijar ou tocar, os pais não dão muita importância a isso. Entretanto, a criança deficiente pode ter 10 ou 12 anos quando começa a ficar furiosa e os pais têm mais dificuldade em deixar a criança explorar sem ficarem embaraçados. Geralmente é melhor deixar a criança satisfazer sua curiosidade com uma ou duas experiências.

8. A linguagem que os adultos empregam para se referir às partes do ~~cor~~po ou funções orgânicas é a linguagem que a criança utilizará. Uma vez que a criança excepcional tenha aprendido um conjunto de palavras, pode ser difícil para ela aprender um vocabulário diferente. Seria útil para a criança que os pais utilizassem uma linguagem padrão adulta desde o início em vez de utilizar gírias ou conversa de criança.

9. A criança deve usar roupas adequadas à sua idade. Os pais às vezes tentam esconder ou negar a maturidade sexual da criança fazendo com que ela vista roupas destinadas a crianças muito menores.

10. É importante lembrar que é a idade de desenvolvimento da criança e não a idade cronológica que melhor representa o nível de maturidade de seus interesses sexuais. Uma criança de 12 anos pode parecer ter interesses sexuais maduros quando na verdade seu nível de sexualidade é mais próximo ao de uma

criança de 6 anos. Os pais não devem atribuir formas adultas de sexualidade aos comportamentos de uma criança além do que ela está realmente expressando.



VI - SEXO E EXCEPCIONAL DEPENDENTE E NÃO DEPENDENTE

Quando a criança não consegue compreender explicações mais profundas, o principal não é ensinar a ela os fatos fisiológicos, mas o importante é que ela sinta que o assunto "sexo" é natural.

Se a criança excepcional for capaz de compreender, mesmo que só superficialmente, deve-se incluir também informações sobre fatores de anatomia e biologia, mas o mais importante na educação sexual de crianças excepcionais é que a mesma faça com que a criança aceite a sua sexualidade de modo natural e não se sinta culpada por suas emoções.

6.1. SEXO E EXCEPCIONAL DEPENDENTE

Por excepcional dependente, Marilda Novaes Lipp se refere ao indivíduo que por razão de deficiência mental severa ou profunda não pode, nem poderá, jamais, viver sozinho. Algumas dessas pessoas não falam ou falam apenas algumas palavras, muitas não sabem se vestir sozinhas e algumas não podem ir ao banheiro. Não sabem ler e escrever, não têm noção de tempo e espaço e não entendem o que lhes dizem. Enfim, excepcional dependente é aquele que, não por razão física, depende totalmente de outros.

Entre essas pessoas há algumas capazes de grande relacionamento afetivo - e revelam uma capacidade de sentir que a falta de outros comportamentos não deixa que se imagine que exista.

Estas pessoas podem ser deficientes na área intelectual, mas não o são necessariamente na área sexual.

O excepcional dependente, como qualquer criança normal, descobre cedo na vida a satisfação que a área sexual lhes pode dar, e masturbação facilmente adquire significado especial para eles. É preciso compreender porque isto ocorre e o que se deve fazer quanto a isto, a fim de que conflitos e traumas possam ser evitados da parte do excepcional e dos seus pais ou professores.

Muitas vezes o modo como os pais e professores lidam com a masturbação do excepcional vem a constituir a única forma de orientação sexual recebida pelo mesmo.

Sobre essa questão, que faz parte ativa da sexualidade do excepcional não dependente, no seguinte capítulo, o tema será abordado mais detalhadamente.

6.2. SEXO E EXCEPCIONAL NÃO-DEPENDENTE

Por excepcional não-dependente Marilda Novaes Lipp refere-se àqueles que têm ou poderão vir a ter um dia, a habilidade de viver sob pouca ou nenhuma supervisão.

Não é quando o jovem excepcional começa a formular o de

sejo de constituir família que a educação sexual deve começar. Uma orientação baseada na realidade de que nem todo mundo se casa, nem todo mundo quer casar, é importante desde os 4 anos e meio de idade, a fim de que eles não se sintam frustrados por não se casarem.

Isto não quer dizer, todavia, que os jovens excepcionais não devem ter amigos do sexo oposto.

Muitas pessoas parecem pensar que, quanto menos o deficiente sabe sobre sexo, menor é a chance dele agir irresponsavelmente na área sexual. Educadores parecem pensar que eles já têm dificuldades suficientes tentando ensinar os deficientes a ler, por que "tocar em assuntos sensíveis?" No entanto, esses jovens experimentam as mesmas mudanças físicas e emocionais dos "normais", assim como toda ansiedade que normalmente acompanha a adolescência. Assim sendo, as crianças deficientes têm que aprender a lidar não só com os conflitos emocionais que outros adolescentes normais enfrentam, mas também com os conflitos emocionais produzidos pelas suas deficiências. O Dr. Jean L. Bloom diz: "... o controle dos impulsos sexuais e a necessidade de identificação sexual criam ansiedade até nos adolescentes normais... A combinação de ansiedades oriundas de várias fontes pode alcançar um nível tão alto que venha a interferir com os processos de aprendizagem e crescimento."

Não é possível negar informação sobre sexo a um deficiente. Os deficientes e suas famílias precisam se preparar cedo para tomarem decisões sobre assuntos, tais como contraceptivos e esterilização voluntária. É lamentável que os livros sobre educação sexual de deficientes mentais existentes concentram-se só em limpeza, moralidade e bons hábitos de saúde. Co

mo Medora S. Bass diz: "Hoje em dia 95% dos deficientes mentais vivem na comunidade e portanto torna-se mais difícil oferecer a eles informação sobre sexo e controle da natalidade. Muitos adolescentes deficientes mentais saem das escolas já grávidas... A sociedade espera que o deficiente adote um comportamento apropriado e que saiba controlar seus desejos sexuais, no entanto esta mesma sociedade não oferece a eles nenhum treino em como lidar com assuntos sexuais de uma maneira correta. Poucas escolas oferecem educação sexual para os deficientes.")

As estatísticas mostram que os jovens que tendem a ter experiências sexuais cedo na adolescência são os que, precisamente, menos sabem sobre contraceptivos e doenças venéreas.

A questão não é se deve oferecer educação sexual para os deficientes, mas se se pode considerar "educacional" a informação recebida através de televisão, pornografia, escritas de parede de banheiro e experiência sexual precoce. Os jovens excepcionais devem aprender os fatos sobre concepção, contracepção e doenças venéreas. Eles precisam aprender a discutir a sua sexualidade no contexto de suas vidas de modo amadurecido. Precisam aprender quanto aos riscos de uma gravidez fora do casamento, quanto ao perigo de contraírem uma doença e quanto aos problemas de se usar sexo para fins de exploração. Precisam formar um sistema de valores morais, de modo que possam tomar decisões amadurecidas. Precisam aprender que masturbação pode ser uma atividade saudável, mas que pode se tornar inapropriada se não for feita em lugares privados ou se for feita compulsivamente.)

Profissionais estão gradualmente "sendo forçados" a re

conhecer que pessoas com deficiências não são excepcionais nos seus impulsos sexuais. Eles têm o direito a receber educação sexual sem que esta seja dada com a idéia preconcebida de que somente a não expressão dos impulsos sexuais é válida.

O que os "normais" mais têm em comum com os deficientes são os tabus, sentimentos de culpa, fantasias e o desejo de expressão sexual. Mas, considerando a frequência com que os deficientes mentais são explorados sexualmente, a educação sexual deles torna-se ainda mais urgente.

VII - CONDUTAS MASTURBATÓRIAS

Apesar de que hoje em dia muitas pessoas já sabem que masturbação não causa acne, impotência e insanidade como antigamente se pensava, existe ainda muita ansiedade quanto a este assunto.

Até o advento da psicanálise, o problema das manipulações sexuais infantis tinha sido minimizado. Após as pesquisas de Sigmund Freud, descreveu-se, sob o nome de masturbação um certo número de atividades que, ou se referem ao aparelho genital, tendo valores diferentes conforme a idade, ou se confundem com um certo número de atividades eróticas, relativas às zonas erógenas não-genitais, mas consideradas como tendo um valor equivalente ao das zonas genitais.

A manipulação dos órgãos sexuais se constata em qualquer idade com ou sem prática masturbatória. É um gesto normal durante a vida, do bebê ao adulto. A sensibilidade particular dos órgãos genitais nos dois sexos convida naturalmente a estimulá-los. A masturbação é um fato "banal", quase fisiológico e deve ser aceito e interpretado como tal.

Não aceitar a masturbação como um ato normal por motiu

vos que se dizem morais ou religiosos, ou simplesmente porque ela inspira aversão, leva a culpabilizar perigosamente e sem utilidade.

Não é ruim, de modo algum deixar que a masturbação ocorra. Pais não devem se preocupar se por acaso encontrarem seu filho ou filha se masturbando. A maior parte das crianças crescem saudáveis e felizes. Não há razão para alarme.

A vida com que as crianças começam a se masturbar varia muito; até bebês de um mês já foram vistos se masturbando. A satisfação sexual é tão natural como a satisfação de comer quando se tem fome ou beber, que a criança toque no seu órgão sexual do mesmo modo que toca no seu pé ou rosto, mas o pé e o rosto não respondem com uma sensação boa ao serem tocados, enquanto que o órgão sexual o faz. Tendo descoberto, por acaso, que tocando no sexo dá prazer, é mais do que natural que a criança, excepcional ou não, o faça de novo, e de novo.

Provavelmente os excepcionais dependentes se masturbam mais do que as crianças normais, mas não porque eles tenham uma necessidade maior do que a de outras pessoas - o que ocorre é que enquanto a criança normal aprende a se masturbar, ela aprende também muitas outras coisas, tais como ler, sair, conversar no telefone, etc., assim o seu tempo é dividido entre várias atividades e, portanto, sobra menos tempo para que se masturbe.

O excepcional dependente tem um repertório de comportamentos muito restrito, isto é, há poucas atividades das quais os excepcionais se ocupam. Deste modo, com muito tempo desocupado, é natural que o excepcional, ao descobrir masturbação,

tente passar grande parte do tempo nesta atividade. Precisa-se compreender que isto é consequência do fato de que outras poucas atividades das quais ele se ocupa não trazem parte do prazer que a masturbação o faz.

No caso de excepcionais dependentes, dificilmente eles chegarão ao ponto de ter de fato sexo. De modo que masturbação, em geral, é a única forma de expressão sexual que eles têm.

Se o excepcional se masturba de modo discreto, isto é, em seu próprio quarto ou outro lugar privado, se o faz moderada e voluntariamente e parece estar derivando prazer desta atividade, mesmo que não chegue ao orgasmo, então é preciso que pais e professores não interfiram.

O problema surge em três situações:

1. quando eles, não sabendo se masturbar adequadamente, ~~eles~~ acabem se machucando;
2. quando se masturbam em público;
3. quando se masturbam excessivamente.

Se o excepcional passa a maior parte do seu tempo nesta atividade, o melhor modo de lidar com esta situação é tentar envolvê-lo em várias outras atividades que dêem a ele satisfação.

Os pais ou professores ao tentarem evitar que o deficiente se masturbe por tempo demasiado, não o devem punir nem verbalizar a sua preocupação. Quanto mais atenção se chama para o fato, mais difícil é eliminá-lo.

Não é recomendável envolver o jovem em outras atividades

des no momento que ele é visto se masturbando, é preferível que o seu envolvimento em múltiplas atividades seja feito de modo sistemático em horas que ele não esteja se masturbando. Por modo sistemático entenda-se o envolvimento diário espaçado em atividades agradáveis, pois pouco adiantaria envolver o jovem intensamente em atividades por um ou dois dias na semana e deixá-lo sem estimulação pelo resto da semana. É aconselhável um equilíbrio entre atividades e descanso que o mantenha interessado no meio ambiente e que o faça entender que há outras fontes de prazer além do seu próprio corpo.

Masturbação feita em público torna-se um ponto de vergonha e conflito para a família do excepcional, que não sabe o que fazer. O primeiro passo é evitar a culpa, ainda que se tenha que compreender que o público tem o direito de não estar exposto a esta atividade. Ao se masturbar, o excepcional não pretende ofender ninguém, no entanto, mesmo assim não é possível permitir que tal ocorra, para isso é necessário que o treino comece em casa, dizendo ao excepcional que aquele comportamento deve ser feito de forma privada. Caso o jovem não atenda, deve-se pegá-lo pelo braço, encaminhá-lo para um lugar privado e deixá-lo só.

Para que este treino surta efeito, é necessário que seja feito todas as vezes que o comportamento inadequado ocorrer.

No ato da masturbação, pode ocorrer que o deficiente se machuque, isto ocorre mais frequentemente quando ele utiliza objetos para se masturbar. Tentar eliminar a masturbação inteiramente não é possível. Deve-se falar sobre o perigo e afastar o objeto.

O excepcional dependente, de modo geral, não tem outros comportamentos sexuais voluntários além da masturbação, apesar de que muitas meninas engravidam, vítimas que são de abusos sexuais.

Determinadas medidas preventivas devem ser ensinadas desde a infância, especialmente no que se refere a estranhos.

"A masturbação torna-se um problema insolúvel se, tentando tratá-la como uma unidade clínica, esquecermos que ela pode representar a descarga de qualquer um dos componentes sexuais e de qualquer tipo de fantasias que podem originar estes componentes." (J.de Ajuriaguerra, 1980).

CONCLUSÃO

Ao concluir este trabalho de pesquisa sobre a sexualidade do deficiente mental, muitas questões antes duvidosas se encontram agora mais claras e precisas.

Foi possível compreender que o deficiente mental, quer se encontre em qualquer nível de deficiência, não é contudo nulo no que se refere à sexualidade, como muitos ainda pensam - e que estando defronte às mais variadas manifestações sexuais do deficiente, ainda assim é possível sempre se tomar alguma medida em benefício do próprio deficiente e das pessoas que o cercam.

É imprescindível que a educação sexual não mais seja relegada a um segundo plano, é mister que se dê a devida importância a essa questão que cada vez mais toma uma abrangência maior. Esclarecidos os preconceitos e mitos, pais e educadores terão em mãos um campo muito mais aberto para tratar das condutas sexuais dos deficientes.

As sugestões para educação sexual aqui apresentadas devem servir apenas como ajuda e referência no trato com a questão. Na verdade, muito mais se teria a dizer porque a temática é bastante subjetiva e individual, cada caso requer uma atitude

de e o que principalmente deve pesar no relacionamento com os deficientes é a base de amor e carinho que sustentarão toda e qualquer atitude ou técnica diante das manifestações sexuais do cliente deficiente mental.

Algumas "portas" foram abertas para que os adultos se posicionem diante dessa questão tão difícil de se lidar na prática, mas que se torna possível na medida em que se procura conhecê-la e enfrentá-la.

Finalizando, torna-se importante ressaltar que o que deve mediar todo o trabalho de educação sexual com o deficiente mental é um ambiente caloroso e permissivo até onde ele possa se sentir gente e capaz de exteriorizar seus sentimentos e necessidades sem medo das punições que poderão vir em consequência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AJURIAGUERRA, J. D. Manual de psiquiatria infantil. Ed. Masson do Brasil. 1980.
- CARMICHAEL, Leonard. Manual de psicologia da criança. Ed. da Universidade de São Paulo. EPU. Vol. 10. São Paulo, 1975. Organizador da edição original, Paul H. Mussen.
- DEBRAY-RITZEN, Pierre e MELEKIAN, Badrig. Perturbações do comportamento da criança. Ed. Nova Fronteira.
- JOHNSON, Vicki M, e WERNER, Roberta A. Um guia de aprendizagem progressiva para adolescentes retardados. Ed. Manole Ltda. 1984.
- LEFÈVRE, Beatriz Helena. Mongolismo - orientação para famílias. ALMED Editora e Livraria Ltda. São Paulo, 1981.
- LIPP, Marilda Novaes. Sexo para deficientes mentais - sexo e excepcional dependente e não-dependente. 2ª ed. Ed. Autores Associados.

PICQ, I, e VAYER, P. Educação psicomotora e retardo mental. 4ª ed. Ed. Manole Ltda. 1985.

X Congresso da Federação Nacional das APAES (anais). Tema: A participação da família no desenvolvimento do excepcional. Vários autores. 12 a 16 de julho de 1981.