



**ISPA**  
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

SEXUALIDADE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL –  
ATITUDES DE PAIS E PROFISSIONAIS

Carla Alexandra Costa Gabriel

Orientador de Dissertação

Prof. Doutor José Morgado

Coordenador do Seminário de Dissertação

Prof. Doutor Francisco Peixoto

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Educacional

2013

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de  
Prof. Doutor José Morgado,  
apresentada no ISPA – Instituto Universitário  
para obtenção de grau de Mestre na especialidade  
de Psicologia Educacional.

## AGRADECIMENTOS

Pela contribuição que fizeram neste caminho que agora está a terminar, estou eternamente grata:

Ao Prof. Doutor José Morgado pela paciência, confiança e disponibilidade que depositou em mim.

Ao Prof. Doutor Francisco Peixoto pela partilha de saberes e pela ajuda e dedicação que sempre teve para comigo.

À Professora Doutora Júlia Serpa Pimentel pela dedicação e paixão que a acompanham em tudo aquilo que faz e por ser um exemplo que sempre levarei comigo.

A todas as instituições, profissionais e pais que colaboraram neste estudo e que demonstraram a sua disponibilidade para a partilha.

À minha MÃE, mulher coragem que sempre foi mãe e pai, um grande, grande obrigado. Obrigado por todas as palavras que deste no momento certo, pelas horas sem fim ao telefone que sempre embalaram as minhas lágrimas nos momentos mais difíceis. Nem a distância abalou o nosso elo de ternura e de verdadeiro amor.

À minha avó, minha segunda mãe, eterna mulher que preenche e sempre preencherá o lugar mais carinhoso do meu coração.

Ao meu tio, meu verdadeiro pai, que sempre me deu garra e força para pontapear todas as pedras que iam aparecendo no meu caminho.

Ao meu avô, que com as suas palavras sábias sempre me demonstrou o carinho e confiança que tem em mim.

Ao David, pela paciência que sempre teve nos momentos em que a palavra desistir queria emergir, pelos gestos de amor e de dedicação que sempre me deu... Amo-te!

À Fernanda e ao Álvaro, que sempre me acompanharam neste percurso dando-me força e coragem para continuar e acreditar no meu trabalho.

A todos os amigos que fiz durante o meu percurso no ISPA, pela força, amizade e companheirismo. À Joana, Guiga e Andreia pelas confidências, conversas, horas de divertimento e de sinceridade que me uniu a elas num laço de grande amizade.

À Cíntia, pela amizade, partilha, força e amor que nos une há 14 anos.

A todos os meus outros amigos que, directa ou indirectamente, contribuíram para que este percurso fosse repleto de amizade.

A todos os colegas da CERCIOEIRAS, pelas palavras de força e coragem e pela partilha de saberes e de experiência.

Por fim, a todas as pessoas com deficiência que, com a sua alegria e potencialidades, me fazem dia após dia apaixonar-me ainda mais por aquilo que faço.

## RESUMO

Tendo em conta que as atitudes dos pais e profissionais face à sexualidade das pessoas com deficiência intelectual têm um papel preponderante na disponibilização de oportunidades de vivências e experiências sexuais e na passagem de informação correcta acerca da sexualidade (Brown & Pirtle, 2008), o presente estudo pretende conhecer e analisar as atitudes e necessidades que ambos têm, bem como verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre elas.

Tendo sido utilizada uma abordagem mista através da utilização do questionário ASQ-ID-Atitudes to Sexuality Questionnaire (Individuals with an Intellectual Disability) e de uma entrevista semi-estruturada, o presente estudo contou com uma amostra de 130 participantes (80 profissionais e 50 pais), dos quais três mães e três profissionais foram entrevistados.

Os resultados obtidos confirmaram a nossa hipótese de que existem diferenças estatisticamente significativas nas atitudes dos pais e profissionais, demonstrando que os profissionais têm atitudes mais liberais. Através das entrevistas, verificámos que os profissionais têm necessidades de formação no que toca à capacidade para intervirem de forma adequada nas várias manifestações sexuais dos seus clientes, tendo sido enfatizada a necessidade do envolvimento da família neste processo, a consideração das diferenças individuais e a promoção de contextos favoráveis nas instituições para as vivências e experiências sexuais desta população. Por fim, atestou-se ainda através do discurso dos inquiridos, a falta de um consenso dentro das instituições acerca daquilo que devem fazer em situações onde os clientes necessitam de resposta.

**Palavras – chave:** Sexualidade, deficiência intelectual, atitudes, pais, profissionais

## ABSTRACT

Given that the attitudes of parents and professionals towards sexuality of people with intellectual disabilities have a role in providing opportunities for experiences and sexual experiences and pass correct information about sexuality (Brown & Pirtle, 2008), this study seeks to examine and analyze the attitudes and needs that both have and see if there are statistically significant differences between them.

Having used a mixed approach by using the questionnaire ASQ-ID-Attitudes to Sexuality Questionnaire (Individuals with an Intellectual Disability) and a semi-structured interview, this study involved a sample of 130 participants (80 professionals and 50 parents), of which three mothers and three professionals were interviewed.

The results confirmed our hypothesis that there are significant differences in the attitudes of parents and professionals, demonstrating that professionals have more liberal attitudes. Through the interviews, we found that professionals have training needs in relation to the ability to intervene appropriately in various sexual manifestations of its customers, having emphasized the need to involve the family in this process, consideration of individual differences and promoting favorable contexts in institutions for sexual experiences and the experiences of this population. Finally, it is also attested by the discourse of the respondents, the lack of consensus within institutions about what they should do in situations where customers need to be answered.

**Key Words:** Sexuality, Intellectual disability, attitudes, parents, professionals

## ÍNDICE

I. INTRODUÇÃO .....	1
II. REVISÃO DA LITERATURA .....	3
1. Sexualidade .....	3
2. Deficiência Intelectual.....	5
3. Sexualidade na Deficiência Intelectual.....	9
4. Educação Sexual.....	15
5. Conceptualização de Atitudes .....	18
5.1. Atitudes face à sexualidade da pessoa com deficiência intelectual.....	19
III. PROBLEMÁTICA DO ESTUDO .....	25
1. Objectivos .....	25
2. Hipóteses .....	26
IV. METODOLOGIA .....	28
1. Design do estudo .....	28
2. Participantes .....	28
3. Instrumentos .....	29
4. Procedimento .....	33
4.1. Recolha de dados.....	33
4.2. Análise dos Dados .....	34
V. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	38
1. Resultados .....	38
2. Discussão dos Resultados.....	44
VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	52
VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55
VIII ANEXOS.....	60

ANEXO A: Questionário ASD-ID pais .....	61
ANEXO B: Questionário ASQ-ID profissionais .....	65
ANEXO C: Declaração de consentimento informado pais/profissionais .....	69
ANEXO D: Guião da entrevista.....	71
ANEXO E: Outputs dos resultados obtidos no programa SPSS .....	73
ANEXO F: Entrevistas .....	84

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: <i>Distribuição dos itens nas oito dimensões do questionário</i> .....	30
Tabela 2: <i>Alfas de Cronbach das oito dimensões do questionário</i> .....	31
Tabela 3: <i>Categorias e Subcategorias do Tema A (sexualidade)</i> .....	34
Tabela 4: <i>Categorias e Subcategorias do Tema B (Educação sexual)</i> .....	35
Tabela 5: <i>Categorias e Subcategorias do Tema C (Necessidades dos pais e/ou profissionais)</i> .....	36
Tabela 6: <i>Médias, desvio – padrão e Análise de Variância das atitudes dos pais e profissionais</i> .....	38
Tabela 7: <i>Mapa de categorias, subcategorias, unidades de sentido e frequência de respostas dos pais e profissionais ao tema A (sexualidade)</i> .....	41
Tabela 8: <i>Mapa de categorias, subcategorias, unidades de sentido e frequência de respostas dos pais e profissionais ao tema B (Educação sexual)</i> .....	42
Tabela 9: <i>Mapa de categorias, subcategorias, unidades de sentido e frequência de respostas dos pais e profissionais ao tema C (Necessidades dos pais e/ou profissionais)</i> .....	43

## I. INTRODUÇÃO

Com o decorrer do tempo, a sociedade tem deixado de ver a sexualidade como um assunto “tabu”. No entanto, quando abordamos esta temática tão complexa numa população como a das pessoas com deficiência intelectual, a existência de mitos e de informações incoerentes ainda pairam na nossa sociedade.

Várias concepções de deficiência intelectual foram sendo construídas ao longo dos nossos tempos com base no contexto histórico e nos valores culturais das diferentes sociedades, fazendo sempre a pessoa com deficiência intelectual ocupar o lugar da diferença e do desvio à norma quando o tema *sexo* emergia (Silva, 2007). Contudo, quando entendemos a temática da sexualidade, verificamos que a mesma se apresenta como um atributo do ser humano inerente a qualquer pessoa independentemente da existência de limitações incapacitantes de origem biológica, psicológica ou social (Maia & Camossa, 2002).

Tornando-se, desse modo, cada vez mais inquestionável que a sexualidade constitui a mais normal das características do ser humano sendo sentida de maneira idêntica quer por deficientes, quer por não deficientes, o desenvolvimento psicosssexual desta população resulta da sua interacção com os outros nos vários contextos onde estão inseridos (Félix, 2003). É nestes contextos que, ao se juntar a deficiência intelectual às crenças existentes sobre a sexualidade, ocorre um conjunto de atitudes por parte daqueles que interagem com esta população que acabam por favorecer muito mais a contenção da sexualidade do que a sua vivência plena e saudável (Kempton, 1980, cit. por Félix, 2003).

Ao incidirmos nesses contextos onde os jovens com deficiência intelectual se encontram inseridos, são os profissionais (professores, educadores, terapeutas, psicólogos, auxiliares e outros) e os pais que assumem o papel de figuras principais e de modelos uma vez que é nas instituições e em casa que estes jovens passam a maior parte do tempo (Félix & Marques, 1995). Por essa razão, as suas atitudes e respostas têm um papel preponderante na regulação sexual dos seus clientes ou filhos acabando por determinar o tipo de educação sexual que é providenciada aos mesmos e influenciando directamente nas suas vivências sexuais (Brown & Pirtle, 2008).

No entanto, alguns estudos revelam que, se por um lado a atitude da maioria dos pais

se baseia na negação da existência de sexualidade nos seus filhos e na não passagem de informações acerca da sexualidade para os mesmos, os profissionais têm uma visão mais abrangente, concordando com a implementação de programas de educação sexual para os jovens com deficiência intelectual (Pinheiro, 1996). Contudo, ainda existe muita incongruência no que toca à desmistificação e às diferenças existentes entre as atitudes que os pais e os profissionais têm face à sexualidade das pessoas com deficiência intelectual.

É nesta linha de base que pretendemos conhecer as atitudes que os pais e os profissionais têm acerca da sexualidade das pessoas com deficiência intelectual, para que nos permita entender a existência ou ausência de vivências, de experiências e de informação correcta sobre a sexualidade nesta população.

Numa primeira fase, procederemos ao enquadramento teórico com enfoque nas principais temáticas do nosso estudo: sexualidade, deficiência intelectual, sexualidade na deficiência intelectual, educação sexual e atitudes dos pais e profissionais face à sexualidade das pessoas com deficiência intelectual.

Após isso, serão enunciados os objectivos do nosso estudo, bem como as hipóteses que delineámos. Segue-se a metodologia utilizada na investigação, onde o enfoque vai para os participantes, os instrumentos utilizados e os procedimentos de recolha e análise de dados.

Por último serão apresentados os resultados e a discussão dos mesmos, acompanhadas pelas considerações finais onde o enfoque incidirá nas limitações do nosso estudo e sugestões para futuras investigações.

## II. REVISÃO DA LITERATURA

### 1. Sexualidade

Quando nos debatemos sobre uma temática tão complexa como a sexualidade, é primordial entendê-la como um conjunto de comportamentos complexos pelos quais se procura a satisfação pessoal (Albuquerque, 2007). Ao contrário do que a sociedade, na maioria das vezes, pensa, a sexualidade baseia-se numa realidade multidimensional que abrange as dimensões socioculturais e psicológico-afectivas, não envolvendo apenas questões do âmbito biológico, mas também as emoções, sentimentos, papéis sexuais, ética, costumes, valores e normas sociais (Ramos, 2005).

Neste sentido, podemos verificar que, actualmente, a ideia restritiva que afirmava que a sexualidade se encontra apenas ligada à genitalidade e ao sexo vem sendo superada, dando lugar às mudanças sociais e políticas que se vão impondo na sociedade relativamente ao conceito de sexualidade. De acordo com Albuquerque (2007), a sexualidade alude às formas de pensar, sentir, agir, amar e procura de prazer, encontrando-se estes aspectos indispensáveis presentes na condição de Ser Humano.

É fundamental ressaltar que, em vários contextos da sociedade, a sexualidade ainda se apresenta como um assunto “tabu”, existindo dificuldades na forma como se aborda e se lida com a mesma. O sexo ainda é entendido em diversas sociedades como algo complicado e arriscado dando, assim, lugar a diferentes formas de lidar com esta temática, sejam elas pela educação sexual, repressão, não orientação ou silêncio (Albuquerque, 2007).

Tal como qualquer outro aspecto inerente ao desenvolvimento humano, a sexualidade também passa por um processo complexo e subtil denominado de desenvolvimento afectivo – sexual (Ramos, 2005). Deste modo, torna-se indispensável abordar os conceitos de crescimento, maturação e desenvolvimento, de modo a colocar de forma mais clara esta temática. Segundo Félix e Marques (1995), quando nos referimos ao crescimento, este prende-se com o aumento quantitativo do organismo, seja ele o aumento de peso, de estatura ou até do volume dos órgãos internos. Por outro lado, tendo em conta que os primeiros movimentos que o bebé apresenta são insubordinados sendo que, apenas com o crescimento, ele vai conseguindo seleccionar e dirigir os

seus actos motores, a maturação pode ser entendida como a subordinação orgânica e aptidão funcional (Félix & Marques, 1995). Tendo por base as definições dos conceitos supracitados, podemos entender que o desenvolvimento se baseia no equilíbrio entre o crescimento e a harmonia da maturação, traduzindo o processo de adaptação por parte do sujeito aos estímulos externos e internos a que se encontram exposto (Félix & Marques, 1995).

Quando falamos de sexualidade, toma preponderância iniciar a abordagem pela infância visto que, quer sejamos idosos, adultos ou crianças, somos sexuados e, como tal, demonstramos manifestações e interesses sexuais. Segundo Loureiro (1995), o desenvolvimento afectivo – sexual da criança resulta da interacção da mesma com os outros nos contextos de vida em que se desenvolve, principalmente com os pais, se os mesmos forem as primeiras pessoas e as mais significativas. Na experiência relacional que a criança mantém com as figuras de apego, esta vai adquirindo a confiança e segurança que a permitem relacionar-se com o meio envolvente, expressando as suas formas de comunicação íntimas, formais e emocionais, demonstrando a sua capacidade de exprimir as suas necessidades bem como satisfazendo a necessidades dos outros (Ramos, 2005). Deste modo, podemos, desde já, verificar que as relações precoces que a criança mantém com as figuras de apego, apresentam-se como fundamentais na sexualidade infantil na medida em que estas são generalizadas para outras relações, originando o estabelecimento de vínculos afectivos (Félix & Marques 1995).

Segundo Félix e Marques (1995), nos dois primeiros anos de vida, ocorrem mudanças significativas na criança, quer seja a nível corporal, ou até mesmo na aquisição de competências, sendo que, por volta dos três anos e meio, a criança começa a afirmar o seu próprio sexo, iniciando a expressão verbal do seu interesse pelas diferenças fisiológicas entre os sexos. No entanto, é a partir dos cinco/seis anos, que a criança entra num processo gradual que pode ir até aos nove anos, onde a mesma toma consciência da permanência da sua identidade sexual, entendendo não só que a sua identidade não depende da sua vontade, mas também que se trata de algo estável no decorrer do tempo (Félix & Marques, 1995).

Relativamente á pré - adolescência, segundo Félix e Marques (1995), é nesta altura que ocorre a construção de uma nova identidade pessoal, num processo de autonomia face aos adultos e numa comparação com os seus pares. É, também nesta fase, que ocorrem as mais intensas modificações bio fisiológicas, a aquisição das capacidades reprodutivas, a intensificação do desejo e atracção sexual e as primeiras experiências de relações amorosas (Félix & Marques 1995).

No entanto, é de salientar que apenas nos últimos anos da adolescência o processo fisiológico de maturação de dá por concluído, dando origem a uma vivência sexual com traços de sexualidade adulta (Ramos, 2005).

Tal como já referido, a sexualidade engloba uma grande variedade de comportamentos e práticas a ela associadas. Uma das práticas sexuais que ainda se apresenta como muito contestada pela nossa sociedade é a masturbação. A prática da auto-estimulação aparece na infância e continua até à idade adulta sendo que, em algum momento das suas vidas, a maioria das pessoas a praticam ou praticaram (Katz & Lazcano – Ponce, 2007). Segundo Katz e Lazcano – Ponce (2007), existem pessoas que, por valores morais ou religiosos, consideram a masturbação como uma prática inaceitável e anormal. Deste modo, frequentemente, os pais e educadores possuem uma grande influência nas crianças no que toca a esta temática, levando as mesmas a criarem tabus, sentimentos de culpa e conflitos relativamente á prática da masturbação (Katz & Lazcano – Ponce, 2007).

Com efeito, como seres sexuais que somos desde a nascença, o desenvolvimento duma sexualidade saudável depende principalmente do amor e carinho que nos transmitem na infância (Silva, 2012). Segundo Silva (2012) o amor que o bebé recebe em muito vai contribuir para o desenvolvimento da capacidade de confiança, de receber e dar carinho e afecto aos outros.

Neste sentido, é de verificar que, sendo a sexualidade uma temática complexa que pressupõe um outro, é nesse outro que “*procuramos o que nos faz falta, o que nos (lbe) dá prazer, o que nos faz sentir desejados e amados*” (Ramos, 2005, p. 39).

## **2. Deficiência intelectual**

Se a sexualidade é inerente a todos os seres humanos como já referido anteriormente, torna-se relevante explicitar e desmistificar como a mesma existe e emerge nas pessoas com deficiência intelectual. Para isso, toma lugar de relevo conhecer essa deficiência e as necessidades e desejos que as pessoas com deficiência intelectual têm.

Segundo Silva (2007), várias concepções de deficiência intelectual foram sendo construídas segundo o contexto histórico e os valores culturais das diferentes sociedades, sendo

que a pessoa com deficiência intelectual sempre ocupou o lugar da diferença e do desvio à norma.

Tendo em conta que antes de se designar deficiência intelectual, denominava-se deficiência mental, esta nova definição actualmente aceite comporta os comportamentos adaptativos específicos, realçando a relação entre as capacidades adaptativas e intelectuais do indivíduo e o papel significativo do impacto do contexto ecológico onde os indivíduos se encontram inseridos bem como o tipo de apoio requerido para a potencialização e optimização das capacidades demonstradas por esta população (Mendes, 1995).

Relativamente a Portugal, estima-se que a deficiência intelectual prevalece mais nas faixas etárias mais envelhecidas, sendo, na grande maioria, mulheres. É de constatar que cerca de 60% das pessoas com deficiência intelectual são casadas, 37% concluíram o primeiro ciclo e 60% possuem incapacidades e/ou alterações nas funções físicas. Além disso, uma grande percentagem das pessoas com deficiência intelectual encontra-se desempregada sendo que, apenas 28% tem um trabalho onde os rendimentos se encontram abaixo dos 403 € (Centro de Reabilitação Profissional de Gaia [CRPG] & Instituto Superior de Ciências do Trabalho [ISCTE], 2007).

Segundo Albuquerque (2007), têm sido desenvolvidos diversos sistemas de classificação da deficiência intelectual sendo os mesmos baseados na severidade da condição (ligeira, moderada, severa e profunda), expectativas educacionais ou suporte necessário.

Foi a partir da década de 50 que a deficiência intelectual começou a ser conceptualizada com uma definição sócio – educacional publicada nos manuais da *American Association on Mental Retardation – AAMR*<sup>1</sup> (Silva, 2007). Segundo Luckasson et al (2002), na 10ª edição do Manual da AAMR é apresentada a seguinte definição para a deficiência intelectual: “*A deficiência intelectual é caracterizada por limitações significativas tanto no funcionamento intelectual como no comportamento adaptativo, expressos nas habilidades conceituais, sociais, práticas e adaptativas. Esta deficiência aparece antes de idade dos 18 anos*” (p.1).

Neste modelo teórico proposto pela Associação Americana de Retardo Mental (AAMR, 2006, *cit. por* Almeida, 2007) para a conceptualização desta deficiência, existem cinco dimensões que se consideram como afectadas nos indivíduos com deficiência intelectual: as habilidades intelectuais; o comportamento adaptativo; a participação, interacção e papéis sociais; a saúde (física e psicológica) e o contexto (ambiente e cultura).

<sup>1</sup> AAMR – maior organização internacional de profissionais de educação, medicina, psicologia, serviço social, assim como pais, alunos e outras pessoas preocupados com o estudo, tratamento e prevenção da deficiência intelectual.

Este tipo de deficiência, ao ser caracterizada como uma condição bio – psico – social onde o indivíduo apresenta um rendimento intelectual abaixo da média e um deficit nas habilidades sociais necessárias para a inserção satisfatória no ambiente (Albuquerque, 2007), insere-se também no modelo funcional, sendo definida segundo o contexto onde o individuo vive e tendo em conta o resultado da interacção entre as limitações existentes nas suas capacidades e das exigências impostas pelo meio (Fonseca *et al*, 2003).

Do mesmo modo, o DSM – IV (APA, 1994, *cit. por* Ramos, 2005) conceptualiza a deficiência intelectual como uma desordem diagnosticada normalmente na infância e adolescência, baseando-se a mesma no resultado de vários processos patológicos existentes no sistema nervoso central. Assim sendo, segundo o mesmo, existem três critérios fundamentais que devem estar presentes para ocorrer um diagnóstico de deficiência intelectual: existir um funcionamento intelectual geral significativamente inferior à média; presença de limitações em, pelo menos, duas áreas do comportamento adaptativo e ocorrência de um início antes dos dezoito anos de idade (Ramos, 2005).

Relativamente aos défices existentes no comportamento adaptativo Schliemann *et al* (2005) afirma que a deficiência intelectual ostenta uma relevante redução do funcionamento intelectual, sendo que o individuo apresenta limitações em, pelo menos, dois destes aspectos do funcionamento adaptativo: comunicação, autonomia, cuidados pessoais, competências domésticas, aptidões escolares, habilidades sociais, utilização dos recursos comunitários, saúde e segurança e lazer ou trabalho.

Tendo isto em conta, para Mendes (1995) a deficiência intelectual pode ser, então, entendida como:

Um funcionamento intelectual subnormal que se origina durante o período de desenvolvimento e está associado ao deficit no comportamento adaptativo. Aparece nesta definição, a questão do comportamento adaptativo, definido como a efectividade do indivíduo em adaptar-se às demandas sociais de seu ambiente (p.34).

De acordo com Ribeiro (2008, *cit. por* Almeida, 2009) as pessoas com deficiência intelectual exibem limitações ao nível do funcionamento intelectual, lógica de transferência dos

afectos, adequação dos comportamentos e sequência lógica das situações, défices de memória e incapacidade de dar sentido aos acontecimentos e actividades. Além disso, é ainda de evidenciar características presentes nas pessoas com deficiência intelectual tais como: inadaptação social e emocional, vocabulário reduzido, interesses simples e limitados, reacção lenta, atenção reduzida, incapacidade de generalizar e abstraírem-se, ausência de originalidade, iniciativa limitada, falta de capacidade de autocrítica, hábitos de estudo insuficientes, dificuldades ao nível da linguagem e, por fim, atraso e precariedade nas aquisições cognitivas (Ribeiro 2008, *cit. por* Almeida, 2009).

Por outro lado, no que concerne às causas da deficiência intelectual, Almeida (2007) refere que estas podem estar relacionadas com factores biomédicos (processos biológicos, genéticos ou nutricionais), sociais (interacção social e familiar), comportamentais (comportamentos prejudiciais para a saúde) ou educacionais (disponibilidade de apoios educacionais), sendo também relevante os momentos de ocorrência dos mesmos (estádio pré-natal, perinatal ou pós – natal).

É, ainda, fundamental ressaltar que a deficiência intelectual pode aparecer associada a outro tipo de deficiência ou como consequência da mesma pelo que se apresenta como deveras relevante a elaboração duma avaliação interdisciplinar relativamente aos aspectos do desenvolvimento, não esquecendo a possibilidade da influência de múltiplos factores, tais como os factores genéticos e ambientais (Ramos, 2005).

Do mesmo modo, não podemos esquecer que a deficiência intelectual apresenta também uma vertente social, determinada pelos padrões e normas da sociedade onde a pessoas se encontram inseridas. De acordo com Amaral (2004), o individuo com deficiência intelectual ainda é observado como um desvio à norma e um estigma, não dependendo o mesmo apenas do *deficit* intelectual mas também das consequências que as suas incapacidades originam perante a sociedade.

Assim sendo, como seres sociais que somos, é bastante relevante a existência de apoios e redes sociais para as pessoas com deficiência intelectual. Quando abordamos estes mesmos apoios, não nos podemos esquecer de ter em conta os recursos e estratégias que capacitam os indivíduos para o acesso à informação e às relações interpessoais e a utilização desses mesmos recursos de apoio para a melhoria da integração, do crescimento e do desenvolvimento da pessoa com este tipo de deficiência (Fonseca *et. al*, 2003). É de evidenciar que estes apoios podem ter origem humana (passando pela própria pessoa ou pelas pessoas que a rodeiam), dos técnicos (através das novas tecnologias e dos recursos terapêuticos existentes) ou através das instituições

(serviços sociais, educativos e de reabilitação) (Fonseca *et. al*, 2003).

De acordo com Fonseca *et. al* (2003), os apoios prestados a estas pessoas podem ser agrupados de acordo com a função que têm, podendo estar relacionados com o ensino, constituição e manutenção de redes de amigos, planeamento financeiro e acesso à informação relativamente aos benefícios e regalias sociais, assistência e ensino de competências adaptativas da inclusão social, assistência nas actividades domésticas diárias, acesso e utilização dos recursos da comunidade e assistência na saúde e bem-estar.

A conceptualização da deficiência intelectual pressupõe, então, que o processo de reabilitação decorra no contexto de uma relação, visando habilitar a pessoa para a relação, relação essa onde também se corporiza a sexualidade (Fonseca *et. al*, 2003).

### **3. SEXUALIDADE NA DEFICIÊNCIA INTELECTUAL**

Falar sobre a sexualidade nem sempre é fácil; o tema ainda está, por vezes, envolto em polémica e tabus, intensificando-se ainda mais quando nos deparamos com a sexualidade das pessoas com deficiência.

No entanto, sendo a sexualidade um dos aspectos inegáveis no que concerne ao equilíbrio psicossomático e ao desenvolvimento integral do ser humano, torna-se relevante enfatizar e desmistificar a existência da mesma nas pessoas com deficiência intelectual.

Maia e Camossa (2002) afirmam que a sexualidade do individuo com deficiência intelectual se apresenta como incontestável na medida em que, sendo a mesma um atributo humano, é inerente a qualquer pessoa independentemente da existência de limitações incapacitantes de origem biológica, psicológica ou social. Assim, cada vez mais se torna inquestionável que a sexualidade baseia-se na mais normal das características do ser humano, sendo sentida de maneira idêntica quer por deficientes, quer por não deficientes (Félix, 2003).

Apesar da existência de *deficits* cognitivos nas pessoas com deficiência intelectual, a sua maior problemática prende-se com o facto da existência de dificuldades por parte da sociedade em lidar com as suas manifestações sexuais e com a educação sexual (Maia & Camossa, 2002).

Importa referir que, segundo Félix (2003), de acordo com o grau de severidade da deficiência intelectual em que a pessoa tem, cada uma apresenta características específicas no seu desenvolvimento sexual. Deste modo, segundo a mesma autora, na deficiência intelectual severa e profunda (que abrange entre 4 a 6% dos casos de deficiência intelectual em Portugal) é de verificar que existe uma total dependência de uma terceira pessoa, uma pobre relação com o meio ambiente, uma baixa capacidade de adaptação, uma fraca estabilidade emocional, um nível reduzido de comunicação, o desenvolvimento de todos os caracteres sexuais secundários, a ocorrência de masturbação e, por fim, a existência de falta de condições para terem um relacionamento afectivo – sexual.

Por outro lado, na deficiência intelectual moderada (10% dos casos de deficiência intelectual), existem níveis razoáveis de autonomia e desenvolvimento motor, existe um domínio da linguagem verbal, diferenciação entre si e o outro, ocorrência de explorações corporais, elaboração de diferenciações anatómicas entre os sexos, compreensão dos papéis femininos e masculinos, utilização do corpo como fonte de prazer e ocorrência de dificuldades no reconhecimento das convenções sociais.

Por fim, na deficiência intelectual ligeira (85% dos casos de deficiência intelectual), os indivíduos desenvolvem competências sociais e da comunicação interpessoal; apenas têm deficiências mínimas nas áreas sensório-motoras; têm dificuldades na resolução de situações problema e em situações de stress; têm capacidade de autonomia pessoal, social e vocacional; podem apresentar instabilidade emocional e dificuldades na vinculação interpessoal; têm compreensão das suas potencialidades sexuais; podem masturbar-se com objectos concretos e intencionais; compreendemos diferentes papéis dos dois sexos; existe a utilização do corpo como fonte de prazer; podem ocorrer dificuldades no reconhecimento das convenções sociais, têm capacidade de atingirem a orientação sexual bem como conseguem eleger parceiros com os mesmos interesses; têm capacidade para iniciarem e manterem relações amorosas, para assumirem a maternidade e/ou paternidade e para a utilização de métodos contraceptivos.

Tendo isto em conta, é de referenciar que o funcionamento intelectual subnormal apresentado pela maioria dos indivíduos com deficiência intelectual não significa que estes não sejam capazes de terem uma conduta sexual aceitável e compatível com as exigências sociais (Maia & Camossa, 2002). É possível que estas pessoas aprendam a exprimir o seu desejo sexual de forma socialmente aceite, desde que tenham uma orientação cognitiva de forma a assimilarem esses conhecimentos (Glat & Freitas, 2002).

Relativamente aos mitos ainda existentes na sociedade actual que, para Maia e Camossa (2002):

A conduta sexual, as relações interpessoais e a convivência com parceiros são frequentemente relacionadas com o grau de atraso. Os comportamentos da sexualidade – dos mais simples como abraços, beijos e palavras aos mais íntimos como masturbação solitária, masturbação em grupo e relação sexual, parecem sempre processos complexos quando manifestados por uma pessoa com deficiência mental (p.208).

Actualmente, a sociedade ainda acredita que qualquer tipo de deficiência está associada a determinados extractos socioculturais e ao castigo divino pelos pecados humanos, o que origina uma visão negativa que leva à consideração das práticas sexuais por parte das pessoas com deficiência como algo intrinsecamente mau, originando, na maioria das vezes, a existência de mitos acerca da sexualidade das mesmas (Fonseca *et. al*, 2003).

No entanto, o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários são, também, desenvolvidos na maioria das pessoas com deficiência intelectual, embora necessitem de uma maior ajuda no sentido de entenderem as mudanças que ocorrem durante a puberdade e adolescência, bem como entenderem as emoções que acompanham essas mesmas mudanças (Ribeiro, 2001). Neste sentido, segundo Fonseca *et. al* (2003), a maioria dos adolescentes com deficiência intelectual vivenciam a puberdade da mesma forma que os seus pares, apesar de demonstrarem mais dificuldades em entenderem o que se está a passar com o seu corpo e emoções, sendo fundamental, por essa razão, que os técnicos e outros significativos lhes transmitam informações fiáveis acerca das mudanças fisiológicas e afectivas inerentes à adolescência. Contudo, é de verificar que a maioria das crianças com este tipo de deficiência, cresce num ambiente de convívio social onde lhes são transmitidas poucas informações acerca da sexualidade e, muitas vezes, deturpadas, originando uma ideia errada acerca da mesma (Maia & Camossa, 2002).

É nesta linha de base que verificamos que, tal como acontece nas pessoas ditas “normais”, durante o desenvolvimento das crianças e adolescentes com deficiência intelectual, estas também vão recolhendo informações acerca do sexo através daquilo e daqueles que as rodeiam (Fonseca *et al*,2003). Toma aqui lugar de destaque evidenciar que, as telenovelas faladas em língua portuguesa, o cinema e alguma literatura, apresentam-se como agentes de socialização importantes na passagem de informação acerca da sexualidade (Marques & Forreta, 2007).

Por outro lado, os amigos e colegas das pessoas com este tipo de deficiência são, tendencialmente, também eles portadores da mesma, pelo que possuem iguais dificuldades e carências de informação acerca da sexualidade, sendo, por essa razão, a troca entre eles envolta num nível pobre de saberes (Félix & Marques 1995).

É de referir que, segundo Félix e Marques (1995), a postura dos pais face à sexualidade dos seus filhos com deficiência intelectual é, na maioria das vezes, envolta numa negação da realidade sexual dos mesmos, visualizando-os como crianças para o resto da vida. Os pais são os primeiros educadores sexuais dos seus filhos sendo que, na maioria das vezes, têm medo de falar com os mesmos sobre sexo receando não saberem as informações adequadas para responderem correctamente às perguntas efectuadas pelos seus filhos e que, ao falarem, encontrem-se a encorajá-los para terem experiências sexuais (Isler et al, 2009).

No entanto, os adolescentes com deficiência intelectual têm desejos e interesses sexuais, quer alguém fale com eles acerca desses sentimentos ou não, pelo que reprimir a área da sexualidade nestas pessoas não faz com que a mesma desapareça, mas sim origina que as mesmas se tornem assexuadas, angustiadas e, muitas vezes, revoltadas e agressivas (Félix, 2003).

Assim sendo, sabendo que a maioria das informações acerca da sexualidade que lhes são transmitidas são poucas e deturpadas, é de verificar que a maioria destas crianças e adolescentes crescem com uma ideia errada acerca da sexualidade tendo, muitas vezes, poucos conhecimentos sobre a mesma.

Num estudo realizado por Glat e Freitas (2002), foram investigados numa amostra de jovens com deficiência intelectual de ambos os sexos, alguns assuntos acerca da sexualidade através de uma entrevista com linguagem adaptada aos participantes. Como resultado, os autores concluíram que existia pouca interacção social entre estes jovens sendo que as amizades e relacionamentos que existiam eram entre colegas da mesma instituição e as experiências de namoro que foram relatadas limitavam-se a contactos físicos restritos, evidenciando alguma intimidade sem relações sexuais. Além disso, os conhecimentos acerca da sexualidade, funções corporais, reprodução, nascimento e métodos anticoncepcionais demonstrados por estes jovens eram superficiais e precários, tendo os participantes dado respostas restritas, pouco detalhadas e descritivas, chegando mesmo ao absurdo. Neste sentido, para Glat e Freitas (2002) a pouca informação revelada por estes jovens relativamente aos aspectos básicos da sexualidade, reflecte uma educação repressora, proibitiva e com informações mal esclarecidas e deturpadas, atestando o facto da maioria das informações que lhes são transmitidas serem poucas ou erradas.

Ainda segundo Glat e Freitas (2002), considera-se a pessoa com deficiência intelectual como também deficiente nas áreas sexuais e afectivas, colocando de lado o seu desenvolvimento emocional, as suas características e as potencialidades. Desmistificando este mito, Anderson e Kitchin (2000) apontam que não existem diferenças entre os desejos, as necessidades e os interesses sexuais das pessoas com e sem deficiência mental, sentindo ambos sentimentos de amor e afeição e procurando as mesmas a gratificação sexual. Corroborando este facto, Ramos (2005) afirma que, nas pessoas com este tipo de deficiência, os fenómenos hormonais, físicos e psíquicos que ocorrem durante a puberdade aparecem na mesma fase e com a mesma intensidade do que nas pessoas ditas “normais”.

Outro aspecto relevante de ser abordado prende-se com o facto da falsa ideia de que os deficientes intelectuais são “*masturbadores compulsivos*”. No entanto, relativamente a este mito, aquilo que geralmente acontece é que os deficientes intelectuais têm dificuldades e não são ensinados a distinguir os locais em que se podem masturbar, podendo também utilizar a masturbação como forma de obtenção de prazer devido à ausência de situações interessantes e prazerosas na sua vida quotidiana (Ribeiro, 2001).

Segundo Pan (1997, p. 304), “*Não se podem exigir condutas apropriadas se não se proporcionamos indispensáveis referentes, através de um processo educativo pertinente*” pelo que se torna importante encorajar as pessoas com deficiência intelectual a exprimirem os seus sentimentos relativamente à masturbação, ajudando as mesmas a controlarem sensações negativas que possam advir desta prática (Katz & Lazcano – Ponce, 2007).

Um estudo conduzido por Haracopos e Pedersen (2006, *cit. por* Leutar & Mihokovic, 2007), efectuado com uma amostra de pessoas institucionalizadas e com idades compreendidas entre os 16 e os 40 anos com deficiência intelectual e autismo, demonstrou que aproximadamente 80% dos participantes tinham manifestações sexuais sendo a mais comum a masturbação seguida das mãos dadas, abraços e beijos. Foi também verificado neste estudo que o comportamento sexual dos participantes é frequentemente visto como socialmente inaceitável, alguns deles masturbando-se publicamente ou mostrando sinais de comportamento sexual para com pessoas erradas: pais, especialistas, profissionais, crianças e pessoas do mesmo sexo. Assim sendo, os autores do estudo apuraram que, em alguns dos participantes, verifica-se uma conexão entre o comportamento social inaceitável e a existência de problemas sexuais não resolvidos resultantes, na maioria das vezes, da passagem de pouca informação acerca da sexualidade para esta população (Leutar & Mihokovic, 2007).

Questionando-nos acerca de que conhecimentos têm, então, os jovens com deficiência intelectual acerca da sexualidade, torna-se pertinente evidenciar que, segundo Ramos (2005), as pessoas com este tipo de deficiência apresentam baixos níveis de conhecimentos e experiências sexuais. Dentro dos conhecimentos sexuais, é referentemente às doenças sexualmente transmissíveis, aos métodos contraceptivos, à gravidez, à menstruação, fertilidade e maneiras adequadas de reagir em situações de abuso sexual que as pessoas portadoras de deficiência intelectual apresentam conhecimentos mais deficitários (Ramos, 2005). Além disso, é evidenciado pela mesma autora que os deficientes intelectuais demonstram grandes necessidades sexuais principalmente no que concerne ao namoro, intimidade e interação social.

Um estudo realizado por Maia e Camossa (2002) que contou com a participação de cinco jovens com diagnóstico de deficiência intelectual ligeira com idades compreendidas entre os treze e os vinte e oito anos, teve como objectivo verificar quais os conhecimentos que esta amostra tinha acerca das diferenças entre os sexos. Como conclusão, os autores verificaram que, apesar dos jovens demonstrarem conhecimento acerca dos órgãos sexuais masculinos e femininos, não sabiam identificar as funções de ambos, limitando-se a descreverem as funções excretoras, não abordando as funções de procriação e relação sexual (Maia & Camossa, 2002).

Por outro lado, um estudo realizado por Gomes e Fávero (2011) com uma amostra de cinco adolescentes com idades compreendidas entre os catorze e quinze anos e com diagnóstico de deficiência intelectual, procurou avaliar os conhecimentos dos mesmos acerca dos aspectos biológicos da reprodução, da afectividade, do namoro e casamento e dos riscos inerentes à sexualidade. Assim sendo, como principais resultados, Gomes e Fávero (2011) concluíram que os jovens possuem insuficientes conhecimentos acerca do seu corpo, reprodução e contraceção e incorrectos conhecimentos acerca das doenças sexualmente transmissíveis.

Deste modo, tendo em consideração que a sexualidade é inerente a todos os seres humanos e pertence a uma dimensão da personalidade que acompanha o desenvolvimento global, ao reprimir-se, ignorar-se ou fornecer-se informações deturpadas acerca da sexualidade para as pessoas com deficiência intelectual, podem ocorrer dificuldades no seu crescimento e desenvolvimento enquanto pessoas que são (Loureiro, 1997). Sabendo que a maioria das informações acerca da sexualidade são transmitidas a estes sujeitos pelas pessoas mais significativas tais como pais, técnicos ou professores, toma lugar de destaque não só a intervenção na qualidade das interações entre os mesmos, como também a existência de uma educação sexual formal o mais precocemente possível (Loureiro, 1997).

Actualmente, encontra-se especificado que os indivíduos com deficiência intelectual necessitam de oportunidades para experimentarem o seu comportamento sexual de forma saudável, residindo a responsabilidade da criação dessas oportunidades nos pais e profissionais (Isler et. al, 2009). Por esta razão, torna-se pertinente a existência de um nível de informação adequado acerca da sexualidade nestes jovens e a presença de precisão nos pais na passagem dessas informações para os seus filhos adolescentes com deficiência intelectual (Isler et. al, 2009).

Segundo Brown e Pirtle (2008) o problema que se coloca quando nos remetemos para a temática da sexualidade na deficiência intelectual, não é a falta de actividade sexual nas suas vidas mas sim a falta evidente da existência de uma adequada educação sexual.

#### **4. EDUCAÇÃO SEXUAL**

Primeiramente, toma lugar de relevo referenciar que, segundo Sousa (2011) a passagem de informações incorrectas acerca da sexualidade para as pessoas com deficiência intelectual é “*deixá-los entregues á ignorância, ao acaso e assim, contribuir para o confinamento originado pela sua deficiência* (p. 23).

Neste sentido, é relevante efectuar uma distinção entre informação sexual e educação sexual na medida em que a informação sexual se baseia no conjunto de informações anatómicas, fisiológicas e psicológicas que têm como objectivo informar os rapazes e as raparigas acerca do seu corpo, do seu funcionamento sexual reprodutor, dos métodos contraceptivos e dos aspectos psicológicos da sexualidade (Ramos, 2005). Por outro lado, a educação sexual, além de contemplar os aspectos supracitados, inclui também um conjunto de actividades que têm como objectivo ajudar as pessoas a encararem a sexualidade como um elemento positivo do seu corpo, das suas vidas e das relações que estabelecem com o intuito de as auxiliar na escolha dos seus caminhos de forma informada e consciente (Almeida, 2009).

Incidindo na educação sexual, é também primordial diferenciar as três divisões conceptuais da mesma: a educação sexual informal, formal e não formal. No que concerne à educação sexual informal, é de notar que a mesma se baseia nas vivências diárias dos indivíduos e naquilo que acontece de forma espontânea através da observação dos exemplos dos pais, familiares, amigos, entre outros (Silva, 2012). Quanto à educação sexual formal, esta é gerada pelos professores de forma sistemática, assentando em pressupostos científicos e pedagógicos, tendo em conta o papel preponderante dos técnicos e pais (Silva, 2012).

Por fim, segundo Silva (2012), a educação sexual não formal ocorre nos contextos extra curriculares, sendo facultada por agentes que não sejam os professores. Segundo a mesma autora, aqui, a transmissão de conhecimentos ocorre de forma prática e superficial, tendo como objectivo a compensação e correcção de erros da educação sexual formal e informal.

Tendo isto em conta, podemos concluir que a educação sexual formal possui um papel preponderante no desenvolvimento da personalidade das crianças e jovens, compensando as possíveis falhas da educação sexual informal (Silva, 2012).

No que concerne às pessoas com deficiência intelectual, importa referir que os primeiros programas de educação sexual incidiam na prevenção, transmitindo os mesmos informações e conhecimentos sobre a vida sexual tendo como único objectivo a redução dos problemas relacionados com a sexualidade (Loureiro, 1997). No entanto, na década de 60, verificou-se também a necessidade da contemplação de uma vertente biológica (transmissão de informações acerca da anatomia e fisiologia da sexualidade, reprodução e resposta sexual humana), de uma vertente psicológica (identidade de género, orientação sexual, auto – imagem, construção da identidade sexual e relações afectivo – sexuais) e, por fim, de uma vertente social (discussão acerca dos valores e atitudes e dos modelos morais) nos programas de educação sexual para esta população (Ramos, 2005). Deste modo, inserindo-se estas vertentes em programas de educação sexual que seguem o modelo de desenvolvimento pessoal, o intuito é a construção de objectivos que sejam capazes de dar resposta à educação sexual para toda a população, visando a compreensão, aceitação e a vivência positiva da sexualidade (Almeida, 2009).

Deste modo, verificamos que a educação sexual é essencial no que toca ao enriquecimento de todas as crianças e jovens originando uma vivência da sexualidade mais positiva, gratificante e saudável (Félix, 2003). Tendo isso em conta, mais importante ainda se torna a educação sexual para quem possui limitações ao longo da vida, visto que têm menos experiências com os seus pares sendo, na maioria das vezes, superprotegidos pelos pais e profissionais (Félix, 2003). Contudo, importa referir que, na maioria das instituições, a única manifestação sexual permitida é a masturbação sendo todos os outros comportamentos sexuais, incluindo o contacto superficial, considerados como inaceitáveis (Silva, 2012).

Para a elaboração dos programas de educação sexual, os profissionais e as instituições são o ponto fulcral para a iniciação dos mesmos na medida em que toda a equipa técnica, auxiliar e administrativa deve estar envolvida na concretização do programa devendo a mesma informar, opinar, transmitir, comunicar, organizar, sugerir e intervir (Sousa, 2011).

Num nível inicial, torna-se relevante que a equipa multidisciplinar elabore um levantamento da definição de sexualidade tendo em conta o funcionamento das instituições, as necessidades dos clientes, os conhecimentos que os mesmos possuem, como os adquiriram e aquilo que pretendem e necessitam de saber (Sousa, 2011). Não obstante, segundo Sousa (2011), é relevante que os profissionais tenham, também, em conta cada individuo uma vez que cada um, com a sua deficiência particular, tem problemas característicos para enfrentar. Por essa razão, antes de toda e qualquer educação de cariz sexual, os profissionais devem conhecer cada tipo de deficiência e pessoa deficiente, bem como as suas limitações e potencialidades de forma a ajudar correctamente (Loureiro, 1997).

Neste sentido, toma agora lugar de relevo patentear um programa de educação sexual e os seus resultados aplicado por Ivone Félix em 1991 (Félix & Marques, 1995). Tendo sido o referido programa aplicado a jovens deficientes intelectuais na Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral em Lisboa, foram formados 2 grupos com 13 elementos cada onde foram elaboradas sessões que abordavam aspectos acerca da anatomia e fisiologia da reprodução, conceitos acerca da sexualidade, gravidez e parto e informações sobre os métodos contraceptivos e relações interpessoais. Como resultados, a autora verificou que ocorreram mudanças notórias na comunicação inter – pares e uma melhoria nos níveis de conhecimento acerca da sexualidade.

Por outro lado, é saliente evidenciar que a educação sexual das pessoas com este tipo de deficiência cabe não só à escola como também à família na medida em que os adolescentes têm atitudes e valores que adquiriram durante a infância no seio familiar (Ribeiro, 2001). Segundo Fernandes e Lima (2008), é relevante que os pais mantenham alguma distância mas também a necessária proximidade relativamente à educação sexual dos seus filhos na medida em que devem transmitir a vivência da sexualidade como uma relação interpessoal inserida no domínio dos afectos e no respeito pelo “outro”. Assim sendo, a escola deveria assumir o papel fundamental de auxiliar os pais que tenham dificuldades em orientar sexualmente os seus filhos com deficiência intelectual, tentando evitar, desse modo, a transmissão de informações deturpadas acerca da sexualidade (Ribeiro, 2001).

Sendo que o desenvolvimento psicosexual do individuo com deficiência intelectual resulta da interacção deste com os outros nos variados contextos de vida em que se insere e desenvolve (e.g. escola, família, colegas, vizinhos e comunidade em geral), todos eles podem fazer educação sexual, influenciando positivamente ou negativamente esse mesmo desenvolvimento e sendo, por essa razão, importante que ocorra uma intervenção junto dos pais, profissionais e

pares desmistificando as atitudes e representações que possuem acerca da sexualidade na deficiência intelectual (Fernandes & Lima, 2008).

## 5. CONCEPTUALIZAÇÃO DE ATITUDES

Quando nos debruçamos sobre o conceito de atitude, toma lugar de destaque compreender ao que o mesmo alude. Desse modo, segundo Ramos (2005, p. 56) *“a atitude é uma predisposição relativamente estável e duradoura do indivíduo para se comportar ou reagir de determinada forma em relação a pessoas, objectos, instituições ou acontecimentos”*.

Assim sendo, as atitudes tentam responder de forma positiva ou negativa às pessoas, instituições ou acontecimentos, tendo a sua origem em factores culturais, familiares e pessoais (Ramos, 2005).

Podendo a atitude ser observada como uma emoção e uma avaliação das situações com as quais os indivíduos se deparam no mundo que os rodeia, ela preestabelece um definido número de acções destinadas a um grupo específico de situações sociais (Chaplin, 1981).

É de notar que o ser humano não tem experiências directas com todos os objectos das atitudes, pelo que, maioritariamente, as suas atitudes formam-se na escola, família, ou através daquilo que os outros transmitem nos processos de socialização e de formação (Ramos, 2005).

Na sua forma mais negativa, a atitude é designada de preconceito, sendo definido como uma atitude que é formulada antes da existência de provas evidentes e que se conserva com resistência emotiva, predispondo o indivíduo a comportar-se e a pensar de certa forma para com os outros (Chaplin, 1981).

## 5.1. ATITUDES FACE À SEXUALIDADE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

As atitudes sociais, modeladas pelo preconceito e pela ignorância, pressupõem todo um conjunto de comportamentos que negam os direitos relacionados com a qualidade de vida dos indivíduos, nomeadamente no domínio afectivo – sexual (Félix & Marques, 1995).

É de salientar que, desde outrora e até aos nossos dias, os conceitos inerentes à deficiência intelectual encontram-se impregnados por um conjunto de crenças e valores que levam a atitudes negativas face às pessoas com deficiência intelectual (Félix, 2003). Até aos finais do século XIX, as pessoas com deficiência faziam parte da comunidade, sendo que a chegada da revolução industrial originou o aparecimento dos grandes asilos, a sua maioria localizada nos subúrbios rurais das grandes aglomerações urbanas. As pessoas com doenças mentais e com dificuldades de aprendizagem viviam protegidas e em segurança nestas instituições, analogamente à sociedade que era protegida dos mesmos (Jones & Miller, 1995, cit. por Félix, 2003).

Wolfensberger (1972, cit. por Félix, 2003) tipificou um conjunto de estereótipos em relação às pessoas com deficiência intelectual, denominando-as de “*eternas crianças*”, “*presentes de Deus*” ou “*Santos inocentes*”. Com estas expressões, as pessoas com deficiência intelectual eram desvalorizadas e marginalizadas, uma vez que as tornava dependentes e sem os mesmos direitos que as pessoas independentes (Félix, 2003).

Quando nos confrontamos com a problemática da sexualidade, a mesma apresenta-se como um assunto social polémico envolvido por atitudes que enviesam e complicam a vivência gratificante da mesma (Félix, 2003). É nesta linha de base que Kempton (1980, cit. por Félix, 2003) afirma que juntar deficiência intelectual e as crenças a ela associadas com sexualidade, dá origem a um conjunto de atitudes por parte dos pais e profissionais que favorecem muito mais a contenção da sexualidade nas pessoas com deficiência intelectual do que a sua vivência plena e saudável.

Os profissionais (professores, educadores, terapeutas, psicólogos, auxiliares e outros) desempenham um papel fundamental na formação das crianças e jovens com deficiência intelectual, uma vez que fazem parte das instituições onde estes passam a maioria do seu tempo (Félix & Marques, 1995).

Félix (2003) afirma que, aos profissionais, é pedido não só a tarefa de gerir os sentimentos e interesses dos jovens, como também gerir os dos pais, mediatizando as necessidades de ambos para que as mesmas não se tornem conflituais. Segundo a mesma autora, embora os profissionais sejam os agentes privilegiados para que a educação sexual chegue aos jovens e aos pais, os mesmos debatem-se na grande maioria das vezes com os seus próprios valores e atitudes respeitantes à sexualidade, nomeadamente, à sexualidade das pessoas com quem passam a maioria do tempo. Tendo isto em conta, verifica-se que as atitudes e respostas dos pais e profissionais possuem um papel importante na regulação sexual dos indivíduos com deficiência intelectual determinando o tipo de educação sexual que é providenciada aos mesmos e originando uma potencial influência directa na vivência da sexualidade por parte destes jovens (Brown & Pirtle, 2008).

Ao debruçar-nos numa temática tão controversa como a sexualidade da pessoa com deficiência intelectual, as atitudes pessoais perante a mesma podem traduzir-se em dois tipos: “a atitude conservadora” e a “atitude liberal” (Albuquerque, 2007). Na atitude conservadora, a sexualidade é observada visando a reprodução tendo os indivíduos que partilham esta atitude, opiniões contraditórias em temas como o aborto, a homossexualidade, a sexualidade na deficiência, entre outros (Albuquerque, 2007). Analogamente à atitude liberal, a visão da sexualidade é mais ampla, não se resumindo apenas à reprodução e abarcando outras valências da sexualidade tais como o prazer, a afectividade e a comunicação (Albuquerque, 2007).

É de denotar que existe uma grande variabilidade no que concerne às atitudes face à sexualidade dos indivíduos com deficiência intelectual, sendo a mesma originada por factores tais como a idade, sexo ou características dos prestadores de cuidados (Evans et al, 2009). No que toca às atitudes dos pais tendo em conta um factor tão forte como o género do filho, é de referenciar que, segundo Witt (1997), desde a infância que os pais têm um tratamento diferente para os seus filhos, consoante eles sejam meninas ou meninos. Neste sentido, à medida que as crianças se vão desenvolvendo, elas encontram-se expostas em casa aos estereótipos do género, sendo os mesmos reforçados por outros elementos do ambiente onde elas estão inseridas (Witt, 1997). Por essa razão, as mensagens acerca daquilo que é apropriado consoante o género da pessoa são tão marcantes na nossa sociedade, que mesmo que as crianças, aquando o seu desenvolvimento, estejam expostas a atitudes e experiências de carácter diferente, vão acabar por retroceder às escolhas estereotipadas (Witt, 1997).

Além da questão do género, segundo Evans et al (2009), as atitudes em torno da sexualidade destes indivíduos podem, também, variar consoante a severidade da deficiência intelectual na medida em que o nível de severidade da deficiência intelectual é, na maioria das vezes, percepcionado como um dos principais determinantes da capacidade dos indivíduos se envolverem em relações sexuais e construírem uma família.

Ideologicamente, a família e os profissionais geralmente reconhecem o direito à expressão dos aspectos relacionados com a sexualidade dos indivíduos com deficiência intelectual, sendo que, contrariamente, a existência de atitudes conservadoras por parte dos mesmos continuam a exercer uma influência directa nos comportamentos sexuais destes indivíduos (Evans et al., 2009). No entanto, segundo Brown e Pirtle (2008), estudos recentes apontam para o facto dos cuidadores dos indivíduos com deficiência intelectual revelarem atitudes negativas referentemente à actividade sexual dos mesmos, temendo a gravidez, o comportamento sexual inadequado e a incapacidade de cumprir as normas sociais do comportamento sexual por parte dos mesmos.

Segundo Silva (2012), existem estudos (Brown, 1994; Rose & Jones, 1994; Cuskelly & Bryde, 2004) que, ao considerarem as atitudes dos pais e profissionais face à sexualidade das pessoas com deficiência intelectual, verificam que os profissionais, tipicamente, apresentam comportamentos razoavelmente liberais, contrariamente aos pais que têm atitudes menos positivas e mais conservadoras.

Do mesmo modo, importa referenciar que maioria dos pais dos adolescentes com deficiência intelectual não recebem nenhuma informação acerca do desenvolvimento sexual dos seus filhos, evidenciando a grande carência da existência de uma educação de cariz sexual para os pais, de modo a reduzir as suas ansiedades no que toca à passagem de informação desadequada para os seus filhos (Isler et al, 2009).

Um estudo de carácter descritivo realizado por Albuquerque (2007) tinha como principais objectivos conhecer as atitudes de pais e profissionais face à sexualidade da pessoa com deficiência intelectual profunda. Tendo utilizado uma amostra de 43 pais e 45 profissionais de um Centro de Deficientes Profundos em Viseu, a autora constatou que a atitude dos pais é frequentemente baseada na negação da existência da sexualidade dos seus filhos. Relativamente aos profissionais, a autora atestou que 54% apresentaram “atitudes conservadoras” em relação à sexualidade dos indivíduos com deficiência intelectual profunda e 46% apresentaram “atitudes liberais”.

Por outro lado, Dupras e Tremblay (1975, cit. por Ramos, 2005) elaboraram um estudo que tinha como objectivo medir a maior ou menor aceitação por parte dos pais relativamente aos comportamentos sexuais dos seus filhos com deficiência intelectual. Como conclusões, os autores verificaram que os pais encontravam-se a favor da normalização sexual dos seus filhos mas tinham atitudes que incentivavam a “dessexualização”, transmitindo-lhes informações incompletas ou insuficientes acerca da sexualidade (Ramos, 2005).

É de evidenciar que, segundo Pan (1997), a grande maioria dos pais de jovens com deficiência intelectual adquirem uma atitude de superprotecção relativamente aos comportamentos sexuais dos seus filhos colocando restrições no que toca às conversas acerca da sexualidade com os mesmos. No que concerne às atitudes dos pais em relação à população portadora de deficiência intelectual em geral, os mesmos reconhecem a existência de desejo de contacto físico, de sedução e de relações sexuais dos mesmos, contrariamente à atitude face ao desejo de casar e de ter filhos (Ramos, 2005).

Incidindo nas temáticas mais concretas da sexualidade, segundo Ramos (2005) os pais referem que o melhor meio de contracepção para as pessoas com este tipo de deficiência é a esterilização. Por outro lado, no que concerne à homossexualidade, os pais assumem que esta é igualmente frequente na população com e sem deficiência intelectual evidenciando os mesmos que a educação sexual é necessária para ambas as populações (Ramos, 2005).

É relevante salientar, ainda sobre as temáticas mais concretas da sexualidade, a existência de estudos que demonstram que a questão que mais problemas levanta prende-se com as consequências da actividade sexual por parte das pessoas com deficiência intelectual (Silva, 2012). Dentro destas consequências, salienta-se a vinda de filhos que, do ponto de vista dos pais e profissionais, poderá ser um problema na medida em que pessoas com deficiência intelectual poderão gerar filhos também com deficiência intelectual (Silva, 2012).

No que diz respeito às atitudes dos profissionais face à sexualidade das pessoas com deficiência intelectual, é de realçar que, no campo da educação sexual, os mesmos sentem-se na maioria das vezes condicionados pelas políticas ou inexistência das mesmas na instituição onde trabalham (Ramos, 2005). É nesta linha de base que Marques e Forreta (2007) afirmam que a formação pessoal desempenha um papel crucial na formação dos profissionais de modo a que os mesmos reflectam sobre os seus valores e atitudes referentes à sexualidade.

No entanto, segundo Ramos (2005) a maioria dos profissionais concordam que é fundamental existir uma abordagem a questões relativas à sexualidade defendendo, desse modo, a existência de educação sexual para esta população.

Segundo Aizpurua (1985, cit. por Félix, 2003) os profissionais denotam uma predisposição para o conservadorismo, o que pode ser desencadeado pela sua percepção de responsabilidade pela implementação de programas de educação sexual delegada pelos pais. Na maioria das vezes, os profissionais temem a reacção dos pais ao saberem que são permitidas expressões afectivo-sexuais dentro da instituição, acabando por tomar o caminho mais fácil negando a sexualidade dos jovens com deficiência intelectual (Wilson, 2008). Além disso, os profissionais debatem-se, também, com a falta da estipulação de normas claras que definam que as actividades sexuais podem e devem ser permitidas no interior das instituições, o que origina que a educação sexual, quando existente, seja derivada das disposições pessoais ao invés das necessidades reais dos jovens (Félix, 2003).

Num estudo descritivo realizado por Wilson (2008) foram analisadas as atitudes acerca da sexualidade da pessoa com deficiência intelectual dos profissionais que trabalham com esta população e as diferenças existentes entre essas mesmas atitudes e as atitudes que os mesmos têm referentemente aos seus comportamentos sexuais com os seus pares. Tendo este estudo uma amostra de 87 indivíduos, o autor constatou que os profissionais demonstram incerteza no que toca à aceitação dos comportamentos sexuais das pessoas com deficiência intelectual, denotando atitudes completamente diferentes relativamente ao seu comportamento sexual com os seus pares. Neste sentido, Wilson (2008) atestou com o seu estudo que os profissionais consideram que os seus comportamentos sexuais com os seus pares são apropriados e adequados ao invés dos comportamentos sexuais que as pessoas com deficiência intelectual têm entre eles.

Sabendo, deste modo, de antemão, que a valorização da dimensão sexual da pessoa com deficiência intelectual e que a estipulação da educação sexual dentro e fora da instituição não é fácil, denotamos que os preconceitos e tabus misturam-se com todas as justificações para que nada seja feito (Félix, 2003). Vivemos numa sociedade que, por um lado, estimula e por outro reprime a sexualidade, corroborando Beach (1980, cit. por Félix, 2003) quando afirma que “*o que torna problemática a sexualidade humana são os processos de socialização do sexo e de sexualização da sociedade*”(p.23).

Para que seja possível o desenvolvimento das competências necessárias para trabalhar a sexualidade das pessoas com deficiência intelectual, toma lugar preponderante entender até que ponto podemos modificar conceitos e condutas parentais/profissionais relativamente à vida sexual dos seus filhos/clientes (Félix, 2003). Assim sendo, para Félix (2003), na aplicação de um programa de educação sexual, é fundamental ocorrer um aconselhamento aos pais/profissionais de modo a ser trabalhado o medo e a ansiedade quanto ao futuro sexual da pessoa com deficiência intelectual, esclarecer a variação das manifestações sexuais, diminuir o preconceito e incentivar a comunicação e auxiliar na compreensão da sexualidade como um direito da saúde sexual.

É neste sentido, que se torna tão importante continuar a desmistificar quais as atitudes que pais e profissionais têm relativamente à sexualidade das pessoas com deficiência intelectual com o intuito de desvendar quais as necessidades prioritárias que têm no que concerne à forma como lidam com a sexualidade dos seus filhos e/ou clientes.

### III. PROBLEMÁTICA DO ESTUDO

De acordo com a literatura, as atitudes face à sexualidade das pessoas com deficiência intelectual que os cuidadores (pais e profissionais) têm, possuem um papel preponderante na disponibilização de oportunidades de vivências e experiências sexuais, bem como na passagem de informação correcta acerca da sexualidade para as pessoas com deficiência intelectual (Brown & Pirtle, 2008).

Ao analisarmos as questões inerentes à sexualidade das pessoas com deficiência intelectual, deparamo-nos com a existência de uma grande variabilidade nas atitudes que as diferentes pessoas da sociedade têm perante uma temática tão complexa como esta (Evans et al, 2009).

#### 1. Objectivos

Conhecer as atitudes que os pais e os profissionais têm acerca da sexualidade das pessoas com deficiência intelectual, permitirá entender a existência ou ausência de vivências, de experiências e de informação sobre a sexualidade nesta população.

Além disso, tendo em conta o papel preponderante que os pais e os profissionais têm nas vivências das pessoas com deficiência intelectual, torna-se importante conhecer, também, se existem necessidades por parte de ambos relativamente à forma de lidar com a sexualidade dos seus filhos e/ou clientes. Isto permitirá constatar se existe emergência na criação de um programa que, tendo em consideração as necessidades dos pais e profissionais, capacite os mesmos para lidarem de forma adequada com a sexualidade dos seus filhos e/ou clientes.

Tendo isto em conta, foram equacionados os seguintes objectivos:

- Conhecer e analisar as atitudes face à sexualidade da pessoa com deficiência intelectual que os pais de jovens com este tipo de deficiência possuem;
- Conhecer e analisar as atitudes face à sexualidade da pessoa com deficiência intelectual que os profissionais que trabalham directamente com jovens com este tipo de deficiência têm;

- Verificar se existem diferenças significativas entre as atitudes de pais e profissionais face à sexualidade das pessoas com deficiência intelectual.
- Conhecer e analisar as necessidades que os pais e profissionais têm relativamente à forma de como lidar com a sexualidade dos seus clientes ou filhos;

## **2. Hipóteses**

- Hipótese Operacional: Existem diferenças significativas entre as atitudes de pais e profissionais face à sexualidade da pessoa com deficiência intelectual.

Tal como referido anteriormente, o estudo realizado por Maia e Camossa (2002) verificou que os participantes com deficiência intelectual não tinham conhecimentos acerca da sexualidade a não ser a denominação dos órgãos sexuais. Neste sentido, e tendo em linha de base que as informações que os adolescentes têm acerca da sexualidade são, na grande maioria, obtidas e influenciadas pelas atitudes dos pais e técnicos (Ramos, 2005), o enfoque desta investigação visa conhecer e analisar ambas as atitudes, com o objectivo posterior de verificar de que forma elas podem influenciar a vivência sexual das pessoas com deficiência intelectual.

Segundo Pinheiro (1996), os pais encaram a sexualidade dos seus filhos com deficiência intelectual como um problema, não passando informações para os mesmos acerca da sexualidade com receio que os estejam a incentivar a terem relações sexuais. Por outro lado, segundo o mesmo autor, os profissionais demonstram uma visão mais abrangente, estando a grande maioria de acordo com a implementação de programas de educação sexual para os jovens com este tipo de deficiência. Tendo isto em conta, partimos do pressuposto que as atitudes de pais e profissionais são significativamente diferentes contribuindo também de maneira diferente para as vivências sexuais das pessoas com deficiência intelectual.

Além disso, é ainda relevante referir que, tal como afirma Isler et al (2009), a maioria dos pais dos adolescentes com deficiência intelectual não recebem nenhuma informação acerca do desenvolvimento sexual dos seus filhos, o que sublinha de forma mais acentuada a carência de

informações e a não satisfação das necessidades de âmbito informativo que os cuidadores das pessoas com deficiência intelectual possuem. Ao ser-nos possibilitado conhecer e analisar as atitudes daqueles que passam a maioria do tempo com as pessoas com deficiência intelectual, é-nos também proporcionado o entendimento acerca das necessidades que eles possuem no que concerne à passagem de informações e à forma como lidam com esta temática com os seus filhos e/ou clientes.

## IV. MÉTODO

### 1. Design do estudo

O presente estudo baseia-se num estudo comparativo com uma abordagem mista.

Tendo em conta os objectivos propostos e a escassez de estudos relativamente a esta temática nomeadamente em Portugal, o presente estudo é comparativo na medida em que pretende explicar as semelhanças e diferenças existentes entre duas “*séries de natureza análoga tomadas de meios sociais distintos*” (Schneider & Schmitt, 1998, pp. 32). Assim sendo, pretende-se, através da comparação, conhecer, analisar e verificar se existem diferenças significativas entre as atitudes de pais e profissionais face à sexualidade da pessoa com deficiência intelectual.

Recorreu-se à metodologia mista, comportando o presente estudo a abordagem quantitativa com o uso do questionário de atitudes ASQ-ID- Atitudes to Sexuality Questionnaire (Individuals with an Intellectual Disability) e a abordagem qualitativa com a elaboração de uma entrevista semi-estruturada. Através do uso da metodologia da entrevista, é possível ultrapassar as limitações do uso de cada metodologia isoladamente (Bogdan & Biklen, 1994).

### 2. Participantes

Seguindo o método de amostragem não probabilístico por conveniência na selecção da amostra do nosso estudo, encontra-se implícita a selecção de participantes que representarão o fenómeno em estudo, visando a obtenção de uma amostra de elementos que reúnam determinadas características pertinentes para o estudo, identificadas pelo investigador (Anastasi & Urbina, 2000).

Deste modo, ma amostra de 130 participantes recolhida nas instituições CERCIOEIRAS (n= 20), APPCDM de Setúbal (n=16), Associação Pais-em-Rede (n=4), CECD Mira-Sintra (n=20), CERCI Lisboa (n=54) e nas redes sociais destinadas a profissionais e pais de pessoas com deficiência através da colocação *online* do questionário utilizado e posterior partilha do mesmo (n=16).

É de denotar que a amostra é constituída por 80 profissionais e 50 pais com idades compreendidas entre os 22 e os 77 anos de idade, sendo a média de idades de 45 anos. Incidindo no género dos participantes, no que toca aos profissionais, 67 são do sexo feminino e os restantes 13 do sexo masculino, contrariamente aos pais onde 41 são do sexo feminino e 9 do sexo masculino.

Relativamente ao género dos filhos, 19 pais têm filhos do sexo feminino e os restantes 31 têm filhos do sexo masculino, sendo que as idades dos filhos estão compreendidas entre os 5 e os 47 anos de idade, com uma média de 23 anos.

No que concerne às entrevistas, as mesmas foram elaboradas a três mães e a três profissionais, todos do sexo feminino.

### **3. Instrumentos**

Para a concretização do presente estudo foram utilizados como instrumentos o questionário de atitudes ASQ-ID- Attitudes to Sexuality Questionnaire (Individuals with an Intellectual Disability) (Anexo A e B) e o guião de uma entrevista semi-estruturada com questões abertas (Anexo D).

No que concerne ao questionário ASQ-ID- Attitudes to Sexuality Questionnaire (Individuals with an Intellectual Disability), o mesmo foi desenvolvido por Cuskelly e Bryde (2004) e traduzido por Calé (2008), não se encontrando aferido à população Portuguesa. Para efeitos da tradução, foi elaborado pela autora um pré – teste a 12 pessoas, entre eles técnicos, tutores e pessoas com deficiência intelectual, que afirmaram não ter qualquer dificuldade na compreensão deste instrumento (Calé, 2008).

O questionário original desenvolvido por Cuskelly e Bryde (2004) é constituído por um total de 33 itens que evidenciam oito dimensões da sexualidade na deficiência intelectual: Parentalidade (itens 1, 5, 19 e 33); Educação Sexual (itens 4, 14, 20 e 30); Esterilização (Itens 7, 16, 23 e 29); Masturbação (Itens 8, 11, 22, 27 e 31); Casamento (Itens 10, 12, 21 e 32); Relacionamentos Pessoais (Itens 2, 3, 6 e 18); Interação Sexual (Itens 17, 24, 26 e 28) e, por fim, a dimensão Sentimentos Sexuais (Itens 9, 13, 15 e 25).

Os itens do questionário estão distribuídos aleatoriamente sendo que cada dimensão inclui quatro itens, exceptuando a dimensão da masturbação que tem cinco itens (Tabela 1).

Tabela 1

*Distribuição dos itens nas oito dimensões do questionário*

Dimensões	Itens	Nº total de itens
Parentalidade	1,5,19,33	4
Educação Sexual	4,14,20,30	4
Esterilização	7,23,16,29	4
Masturbação	8,11,22,27,31	5
Casamento	10,12,21,32	4
Relacionamentos Pessoais	2,3,6,18	4
Interacção sexual	17,24,26,28	4
Sentimentos Sexuais	9,13,15,25	4
<b>Total</b>		<b>33</b>

As respostas ao questionário encontram-se assinaladas numa escala do tipo Likert de 5 pontos existindo, por essa razão, cinco respostas possíveis: discordo totalmente (codificada com 1 ponto); discordo (2 pontos); não concordo nem discordo (3 pontos); concordo (4 pontos) e, por fim, concordo totalmente (5 pontos). A resposta considerada como mais liberal é cotada com 5 pontos e a mais conservadora com 1 ponto sendo que os itens 4, 5, 7, 8, 9, 10, 15, 18, 19, 20, 24, 27, 28, 29 e 32, ao serem itens com conotação conservadora, são cotados de forma inversa.

É de evidenciar que os autores consideraram que as atitudes dos respondentes eram diferentes no que toca à dimensão da parentalidade relativamente a todas as outras dimensões, pelo que elaboraram uma análise factorial a esta dimensão, separando-a e elaborando uma outra análise aos outros itens todos juntos numa única medida (Cuskelly & Bryde, 2004). Tendo isto em conta, elaborámos uma nova análise factorial considerando as oito dimensões do questionário (Anexo E). Como resultado, verificámos que não se conseguia obter a separação dos factores,

não replicando desse modo as oito dimensões existentes no questionário. Tendo isto em conta, calculámos o Alfa de Cronbach para cada dimensão (Tabela 2).

Tabela 2

*Alfas de Cronbach das oito dimensões do questionário*

Dimensões	Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com itens retirados
Parentalidade	0,75	
Relacionamentos pessoais	0,54	Sem o item 6 $\alpha = 0,72$
Educação sexual	0,36	
Esterilização	0,63	
Masturbação	0,70	
Sentimentos sexuais	0,12	
Casamento	0,47	
Interacção sexual	0,40	Sem o item 26 $\alpha = 0,69$
Todas as dimensões	0,88	Sem os itens 6, 15, 26 e 30 $\alpha = 0,91$

Ao interpretarmos os Alfas de Cronbach obtidos e tendo em consideração que um instrumento pode ser classificado como sendo fiável quando o  $\alpha$  é de, pelo menos, 0,70 (Nunnally, 1978, cit. por Maroco & Garcia-Marques, 2006), verificamos que as dimensões da parentalidade e da masturbação obtiveram um  $\alpha$  aceitável.

Por outro lado, apesar da dimensão da esterilização ter obtido um  $\alpha$  de 0,63 ( $<0,70$ ), é relevante ter em conta que quanto mais itens tem o instrumento e, conseqüentemente, a dimensão, maiores os valores de  $\alpha$  pelo que os valores de  $\alpha$  devem ser interpretados tendo em conta as características da medida associada e não apenas o resultado obtido (Maroco & Garcia-Marques, 2006). Neste sentido, considerando que a dimensão da esterilização tem apenas quatro itens, decidimos considerar o valor de  $\alpha$  como aceitável.

Nas dimensões dos relacionamentos pessoais e da interação sexual, obtivemos um valor de  $\alpha$  de 0,54 e de 0,40, respectivamente. No entanto, verificámos que, ao retirarmos o item 6 da dimensão das relações pessoais e o item 26 da dimensão do interesse sexual, obteríamos um valor de  $\alpha$  de 0,72 para a primeira dimensão e de 0,69 para a segunda. Neste sentido, considerámos relevante retirar esses itens de modo a obter valores de  $\alpha$  aceitáveis.

No que concerne às dimensões dos sentimentos sexuais e do casamento, uma vez que os valores de  $\alpha$  obtidos foram de 0,12 e 0,47 respectivamente, decidimos retirar as dimensões uma vez que quando o valor de  $\alpha$  é muito baixo pode indicar-nos uma codificação errada dos itens ou uma mistura de itens pertencentes a diferentes dimensões (Maroco & Garcia-Marques, 2006). O mesmo acontece com a dimensão da educação sexual, onde o valor de  $\alpha$  obtido foi de 0,36.

É ainda de salientar que foi calculado o valor de  $\alpha$  para todos os itens. Inicialmente o valor obtido foi de 0,88 mas, ao retirarmos os itens 6, 15, 26 e 30, o valor obtido foi de 0,91 corroborando o valor encontrado pelos autores do questionário.

Neste sentido, para a análise dos resultados, não considerámos as dimensões dos sentimentos sexuais, do casamento e da educação sexual nem os itens 6 e 26 uma vez que o valor de  $\alpha$  obtido nos mesmos foi baixo.

Relativamente ao outro instrumento utilizado, a entrevista semi – estruturada permite, segundo Ghiglione e Matalon (2003), que a pessoa inquirida obtenha uma maior liberdade de resposta e uma maior riqueza nas informações recolhidas. Para a elaboração da entrevista foi estruturado previamente um breve guião que, servindo de quadro temático, auxiliou o entrevistador a orientar o relato, aprofundando, quando necessário, as questões que iam despontando ao longo da entrevista (Poirier *et al.*, 1995). O guião da entrevista focou-se em três linhas base: como o inquirido vê a sexualidade das pessoas com deficiência intelectual, qual a importância que atribui à existência de educação sexual para esta população e se tem necessidades no que toca à forma de lidar com a sexualidade do seu filho ou clientes.

Neste sentido, a utilização da entrevista semi – estruturada no presente estudo tem como finalidade a recolha de informação fina e mais detalhada acerca da sexualidade na deficiência intelectual, incidindo mais concretamente na educação sexual e no levantamento das necessidades que pais e/ou profissionais possam ter quando lidam com esta temática com os seus filhos ou clientes. Posto isto, através desta entrevista, pretende-se analisar a possível emergência da criação de um programa e/ou formação que responda às necessidades dos pais e profissionais.

## 4. Procedimento

### 4.1. Recolha de dados

Para a recolha de dados, procedemos, numa primeira fase, ao contacto com os responsáveis das instituições através de *e-mail* e de telefone de modo a, dando a conhecer o nosso estudo, pedir a colaboração dos mesmos. Posto isso, foi entregue um consentimento informado (Anexo C) onde constava toda a informação acerca do estudo de modo a que a mesma fosse distribuída pelos pais e profissionais com o objectivo de saber se aceitavam ou não colaborar.

Após ter conhecimento de quantos pais e profissionais aceitaram responder ao inquérito, dirigimo-nos presencialmente às instituições de modo a distribuir os questionários. Ficou acordado com os responsáveis das instituições que, quando tivessem os questionários preenchidos, contactar-nos-iam para que pudéssemos ir recolhê-los.

Importa salientar que, após a recolha dos questionários preenchidos, procedemos à selecção dos três pais e três profissionais para elaborar a entrevista semi – estruturada. Inicialmente, tínhamos pensado em seleccioná-los de forma aleatória. No entanto, tendo em conta o tempo que nos restava para a recolha de dados, decidimos seleccioná-los por conveniência. A marcação das entrevistas ocorreu de forma presencial visto que os inquiridos eram de fácil acesso. Desse modo, quatro das entrevistas (três profissionais e uma mãe) foram realizadas na biblioteca de uma das instituições uma vez que se baseava num sítio calmo, sem possíveis interrupções e de fácil acesso para todos. As restantes duas entrevistas (duas mães) foram realizadas na sua habitação.

## 4.2. Análise de dados

A informação recolhida com os questionários foi tratada numa base de dados e processada no programa de estatística SPSS *statistics* versão 20 (2011).

No que concerne à análise dos dados obtidos nas entrevistas, foi efectuada uma análise de conteúdo. Segundo Ghiglione e Matalon (2003), a análise de conteúdo baseia-se numa técnica de pesquisa que trabalha com a palavra com o objectivo de produzir inferências do conteúdo da comunicação de um texto de forma prática e objectiva com o objectivo de fazer uma interpretação. Através desta técnica, o analista procura categorizar as unidades de texto repetidas, sejam elas palavras ou frases, de modo a inferir uma expressão que as represente (Ghiglione & Matalon, 2003).

Numa primeira fase, as entrevistas foram transcritas na íntegra (Anexo F) tendo-se realizado uma leitura minuciosa de modo a permitir a análise das mesmas. Após isso, foram criados três temas principais tendo por base o guião da entrevista e a informação recolhida: SEXUALIDADE (Tema A), EDUCAÇÃO SEXUAL (Tema B) e NECESSIDADES DOS PAIS OU PROFISSIONAIS (Tema C). É de notar que foram dadas duas entrevistas (uma entrevista de uma mãe e de um profissional) a outro observador de modo a verificar o nível de concordância na elaboração da categorização e unidades de sentido, tendo sido encontrado um nível de concordância superior a 80%.

Assim sendo, segue-se a apresentação do mapa dos diferentes temas, com as respectivas categorias e subcategorias, de modo a ser justificada a pertinência dessa classificação.

Tabela 3

*Categorias e Subcategorias do tema A (Sexualidade)*

Tema	Categorias	Subcategorias
	A.1. – Natural	
	A.2. – Rara e insignificante	
SEXUALIDADE	A.3. – Nunca pensou nisso	A.3.1. – Género
		A.3.2. – Inexistência de manifestações
	A.4. – Manifestações sexuais	A.4.1. - Masturbação

Como se pode verificar através da Tabela 3, foram consideradas quatro categorias relacionadas com a opinião/attitudes dos inquiridos face à sexualidade das pessoas com deficiência intelectual: natural (semelhante à das pessoas ditas normais), rara e insignificante (ausência de sexualidade), nunca pensou nisso e manifestações sexuais.

Na categoria “nunca pensou nisso”, agrupámos dois critérios como justificação para esse facto: as questões de género e a inexistência de manifestações por parte do filho e/ou clientes. Por outro lado, na categoria das manifestações sexuais, considerámos o critério da existência de actos de masturbação por parte das pessoas com deficiência intelectual.

Tabela 4

*Categorias e Subcategorias do tema B (Educação Sexual)*

Tema	Categorias	Subcategorias
	B.1. – Importante	B.1.1. - Socialização
	B.2. – Envolvimento profissionais - família	
EDUCAÇÃO SEXUAL		B.3.1. – Homossexualidade
	B.3. – Considerar diferenças individuais	
		B.3.2. – Contexto

No tema B, como se verifica na Tabela 4, considerámos quatro categorias respeitantes à educação sexual: importante; envolvimento profissionais – família (existência de multidisciplinariedade na prática da educação sexual) e considerar diferenças individuais.

Na importância atribuída à existência da educação sexual, considerou-se um critério relativamente à atribuição desta importância por questões de socialização. Por outro lado, na categoria considerar diferenças individuais, distinguimos a questão da possibilidade da existência da homossexualidade e da consideração dos factores do contexto onde a pessoa com deficiência intelectual se insere.

Tabela 5

*Categorias e Subcategorias do tema C (Necessidades dos pais e/ou profissionais)*

Tema	Categorias	Subcategorias
NECESSIDADES DOS PAIS E/OU PROFISSIONAIS	C.1. – Necessidade de formação	C.1.1. – Intervenção face às manifestações sexuais
		C.1.2. – Promoção do equilíbrio emocional
		C.1.3. – Intervenção genérica
C.1.4. – Disponibilização de informação		
	C.2. – Não existem necessidades	
	C.3. – Contextos favoráveis	

No tema C, como podemos constatar na Tabela 5, considerámos três aspectos relativamente às necessidades dos pais e/ou profissionais no que toca a lidar de forma adequada com a sexualidade das pessoas com deficiência intelectual: a necessidade de formação, a não existência de necessidades e os contextos favoráveis (existência de contextos favoráveis para as manifestações da sexualidade das pessoas com deficiência intelectual).

As necessidades de formação foram organizadas em quatro subcategorias: a necessidade de saber como intervir face às manifestações sexuais; a necessidade de saber como

promover o equilíbrio emocional das pessoas com deficiência intelectual; a intervenção genérica (saber como intervir numa situação em que o filho ou cliente necessita de resposta face à sua sexualidade) e a disponibilização de informação para que possam, também, informar esta população de forma correcta sobre a temática da sexualidade.

## V. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 1. Resultados

Para a análise dos resultados obtidos com o questionário procedemos, numa primeira fase, ao cálculo das médias das respostas dos pais e profissionais dadas nas diferentes dimensões. Neste sentido, foi construída uma tabela (Tabela 6) com base nos outputs (Anexo E) onde constam as médias e o desvio-padrão das respostas dos pais e profissionais para cada uma das dimensões do questionário e para a totalidade das mesmas bem como os resultados obtidos na análise de variância efectuada.

Tabela 6

*Médias, desvio - padrão e Análise de Variância das atitudes dos pais e profissionais*

Variáveis	Profissionais		Pais		MANOVA	Valor - p
	Média (M)	Desvio – Padrão (SD)	Média (M)	Desvio – Padrão (SD)		
Interacção sexual	4,10	,53	3,65	,87	13,84	,000
Masturbação	4,22	,51	3,86	,63	12,18	,001
Relacionamentos pessoais	4,11	,68	3,53	,88	17,86	,000
Parentalidade	3,04	,81	2,88	,98	1,05	,307
Esterilização	3,67	,68	3,55	,80	,86	,354
Todas as dimensões	3,66	,41	3,43	,49		

Ao analisarmos os resultados obtidos (Tabela 6), é relevante ter em conta que quanto mais perto as respostas se encontram do valor 1, mais conservadoras são, contrariamente às que estão

perto do valor 5 que são consideradas como mais liberais. Tendo esta informação em linha de base, podemos verificar que na dimensão da interacção sexual, os profissionais apresentaram respostas mais liberais ( $M = 4,10$ ) do que os pais ( $M = 3,65$ ), pelo que podemos considerar que os profissionais concordam mais com a existência de interacção sexual entre as pessoas com deficiência intelectual do que os pais.

Na dimensão da masturbação, os profissionais deram, mais uma vez, respostas mais liberais ( $M = 4,22$ ) do que os pais ( $M = 3,86$ ), possibilitando-nos, por essa razão, atestar tendo em conta os itens desta dimensão, que os profissionais observam mais do que os pais a prática da masturbação como algo natural.

No que concerne à dimensão dos relacionamentos pessoais, a média de respostas indicadas que foram dadas, novamente, respostas mais liberais pelos profissionais ( $M = 4,11$ ) do que pelos pais ( $M = 3,53$ ).

Na dimensão da parentalidade, apesar de ser a dimensão em que ambas as médias são mais baixas denotando respostas menos liberais, foram os pais ( $M = 2,88$ ) que apresentaram respostas mais conservadoras relativamente aos profissionais ( $M = 3,04$ ). Tendo em conta que esta dimensão reenvia-nos para a possibilidade da pessoa com deficiência intelectual ter um filho, podemos verificar que, ao ser a dimensão em que ambas as médias de resposta são mais baixas, esta ainda é uma questão que pode ser considerada como mais conservadora do que as restantes.

Por fim, na dimensão da esterilização, a diferença entre as médias de resposta dos pais ( $M = 3,55$ ) e dos profissionais ( $M = 3,67$ ) não é muito significativa, denotando que a maioria dos participantes concorda ou não concorda nem discorda da possibilidade das pessoas com deficiência intelectual serem esterilizadas para que possam ter um relacionamento sexual sem a eventualidade de terem filhos.

Seguidamente, foram calculadas as médias e o desvio – padrão das respostas dos pais e profissionais na globalidade do questionário (Anexo E). Neste sentido, podemos verificar que, considerando todas as dimensões do questionário, as respostas dos profissionais ( $M = 3,66$ ), são mais liberais do que as dos pais ( $M = 3,43$ ). Por outro lado, considerando ambos os grupos (pais e profissionais), verificamos que as respostas dadas foram, na grande maioria, liberais ( $M = 3,57$ ) remetendo-nos para a possibilidade da sexualidade das pessoas com deficiência intelectual já não ser tanto considerada como um *tabu*, mas sim como uma realidade.

Com o intuito de verificar se existem diferenças entre os grupos (pais e profissionais) nas diferentes dimensões do questionário e tendo em conta a existência de duas variáveis dependentes, foi elaborada, primeiramente, uma análise de variância multivariada (MANOVA) (Anexo E). Como resultado, a análise de variância multivariada demonstrou que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (pais e profissionais) nas diferentes dimensões do questionário [ *Pillai's trace* = .166 ,  $F(5, 124) = 4.93$ ,  $p < .001$  ].

Tendo em consideração as diferentes dimensões do questionário, tal como se pode atestar através da tabela 6, nas dimensões da interacção sexual, dos relacionamentos pessoais e da masturbação existem diferenças estatisticamente significativas entre os pais e os profissionais. Contrariamente, nas dimensões da parentalidade e da esterilização não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, remetendo-nos para a possibilidade das atitudes dos pais e dos profissionais face a estas dimensões não divergirem.

Indo de encontro à análise anterior, é ainda de referenciar que foi feita uma Análise de Variância (ANOVA) de modo a verificar se a nossa hipótese que atesta que existem diferenças estatisticamente significativas entre as atitudes dos pais e dos profissionais face à sexualidade na deficiência intelectual foi rejeitada ou confirmada. Neste sentido, ao constatarmos que  $F(1, 128) = 8,41$  ,  $\alpha < 0,05$  (Anexo E), podemos concluir que a nossa hipótese foi confirmada.

Tendo em conta o que o referencial teórico nos indica, testámos a hipótese de existirem diferenças estatisticamente significativas nas atitudes dos pais face à sexualidade da pessoa com deficiência intelectual consoante o género dos seus filhos (Anexo E). No entanto, não foi confirmada essa hipótese [ *Pillai's trace* = .169 ,  $F(5, 44) = 1.79$ ,  $p > .001$  ].

Relativamente aos resultados obtidos através das entrevistas efectuadas, seguimos o mapa de categorização referido anteriormente, apresentando, desse modo, os resultados acompanhados de uma unidade de sentido que representa cada categoria e subcategoria, bem como a frequência de pais e profissionais que se referiram a determinado assunto.

Primeiramente, incidiremos nos dados obtidos referentemente ao tema A.

Tabela 7

*Mapa de categoria, subcategorias, unidades de sentido e frequência de resposta dos pais e profissionais ao tema A (Sexualidade)*

Categories	Subcategorias	Unidades de sentido	Nº de Pais (N=3)	Nº de Profissionais (N=3)
A.1. - Natural		<i>“ Como é que eu vejo a sexualidade dos meus alunos...como algo que é natural, que desponta na altura em que tem de despontar” (Entrevista 3)</i>	1	3
A.2. – Rara e insignificante		<i>“Numa fase inicial, aqui há alguns anos atrás, na altura da adolescência, digamos que ele tocava-se mais mas depois disso é uma questão rara e sem significado” (Entrevista 4)</i>	1	0
	A.3.1. – género	<i>“ Se fosse rapaz era capaz de demonstrar sexualidade, mas como é rapariga nunca pensei nisso”. (Entrevista 5)</i>	1	0
A.3. – Nunca pensou nisso				
	A.3.2. – Inexistência de manifestações	<i>“Mas realmente nunca lhe vi assim nada...Ela como só vê futebol e está sempre no Mundo dela, penso que nunca nada disso lhe passou pela cabeça” (Entrevista 5)</i>	1	0
A.4. – Manifestações sexuais	A.4.1. - Masturbação	<i>“As primeiras vezes talvez fosse pela masturbação...” (Entrevista 6)</i>	2	3

Relativamente ao tema A (sexualidade), como se pode verificar na tabela 7, constatou-se que todos os profissionais e uma mãe consideraram a sexualidade das pessoas com deficiência intelectual como algo natural. Contrariamente, apenas uma das mães inquiridas, referindo-se ao seu filho, destacou no seu discurso que, actualmente, a sexualidade do mesmo é rara e insignificante.

É relevante salientar que uma das mães entrevistadas, referiu que nunca tinha pensado acerca da sexualidade das pessoas com deficiência intelectual, justificando esse facto pela questão de ter uma filha do sexo feminino e não do sexo masculino e por a mesma não demonstrar manifestações sexuais.

Por fim, ainda incidindo no tema A, é pertinente evidenciar que todos os profissionais e duas mães referiram a existência de manifestações sexuais, nomeadamente a masturbação, por parte das pessoas com deficiência intelectual.

Tabela 8

*Mapa de categorias, subcategorias, unidades de sentido e frequência de resposta dos pais e profissionais ao tema B (Educação sexual)*

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Unidades de sentido</b>	<b>Nº de Pais (N=3)</b>	<b>Nº de Profissionais (N=3)</b>
		<i>“É muito importante, muito importante!”</i> (Entrevista 6)	2	3
B.1. – Importante	B.1.1. – socialização	<i>“Educação sexual é sempre importante, em termos de socialização ou de grupo”</i> (Entrevista 4)	1	0
B.2. – Envolvimento profissionais – família		<i>“Portanto a família também tem de estar envolvida, o técnico tem de ter essa sensibilidade e essa visão alargada”</i> (Entrevista 2)	0	1
	B.3.1. - Homossexualidade	<i>“...orientá-los no sentido de se relacionarem melhor consigo próprios e com os outros, sejam eles do mesmo sexo ou sexos diferentes (...) tanto podem estabelecer com um colega do sexo oposto como do mesmo sexo”</i> (Entrevista 2)	0	1
B.3. – Considerar diferenças individuais	B.3.2. - Contexto	<i>“Portanto, a educação sexual deve ter em conta o contexto onde está inserido o indivíduo, se lhe proporciona determinadas vivências e trocas afectivas (...)”</i> (Entrevista 2)	1	1

No que concerne ao tema B (educação sexual), como se pode atestar através da Tabela 8, todos os profissionais e duas das mães inquiridas referiram-se à existência da educação sexual como algo importante para as pessoas com deficiência intelectual. Não obstante, uma das mães entrevistadas salientou que a educação sexual é importante para as pessoas com deficiência intelectual por uma questão de socialização.

Considerámos, ainda, relevante destacar que um dos profissionais evidenciou que a educação sexual deve envolver não só os técnicos, mas também a família dos seus clientes.

Do mesmo modo, uma profissional e uma mãe, referiram que a prática da educação sexual deve ter em conta as diferenças individuais, nomeadamente a questão da homossexualidade e o contexto onde a pessoa com deficiência intelectual se encontra inserida.

Tabela 9

*Mapa de categorias, subcategorias, unidades de sentido e frequência de resposta dos pais e profissionais ao tema C (necessidades dos pais e/ou profissionais)*

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Unidades de sentido</b>	<b>Nº de Pais (N=3)</b>	<b>Nº de Profissionais (N=3)</b>
C.1.- Necessidades de formação	C.1.1.- Intervenção face às manifestações sexuais	<i>“(…) se um jovem tem necessidade de se masturbar, qual o procedimento que a equipa ou os vários técnicos desse local adoptariam”</i> (Entrevista 2)	0	3
	C.1.2.- Promoção do equilíbrio emocional	<i>“O organismo dela tem que estar equilibrado não é...e para o equilíbrio emocional dela tinha de aprender”</i> (Entrevista 5)	1	0
	C.1.3.- Intervenção genérica	<i>“o modo como lidar numa situação em que eles precisam de resposta”</i> (Entrevista 1)	0	3
	C.1.4.- Disponibilização de informação	<i>“E gostava de saber como lidar com essas coisas da forma correcta assim como informá-los a eles”</i> (Entrevista 4)	0	1
C.2. – Não existem necessidades		<i>“(…) e portanto não tenbo nada em que deva intervir especificamente ou ter algum cuidado em casa com ele ”</i> (Entrevista 4)	2	0
C.3. – Contextos favoráveis		<i>“E se houvesse já um método e um sítio em que eles soubessem que podiam ir e nós soubéssemos como é que podíamos encaminhá-los seria tudo mais fácil”</i> (Entrevista 1)	0	3

No que respeita ao Tema C (necessidades apontadas pelos pais e/ou profissionais), como se pode verificar na Tabela 9, todos os profissionais e duas mães mencionaram a necessidade da existência de formação para os mesmos no que toca à capacidade para lidar com a sexualidade dos seus filhos e/ou clientes.

Numa análise mais cuidada ao facto dos participantes terem mencionado a existência de necessidades de formação, constatámos que os três profissionais mencionaram que essa formação é importante para saberem como intervir de forma adequada face às manifestações sexuais (e.g. masturbação) dos seus clientes e como intervir numa forma genérica perante situações que ocorram com os seus clientes em que necessitem de dar resposta a questões ligadas à sexualidade.

Por outro lado, uma das mães inquiridas, referiu a necessidade de formação para aprender como promover o equilíbrio emocional na sua filha. Através do discurso de um profissional, o mesmo referiu a necessidade de aprender a informar de forma correcta as pessoas com deficiência intelectual.

Contrariamente, duas das mães entrevistadas referiram que não têm qualquer necessidade no que concerne a lidar de forma adequada com a sexualidade dos seus filhos.

Por fim, destaca-se ainda que todos os profissionais inquiridos referiram a necessidade da existência de contextos favoráveis onde os seus clientes possam exibir manifestações sexuais.

## **2. Discussão dos resultados**

Tendo em conta a literatura referida anteriormente, serão agora discutidos os resultados obtidos através dos questionários e das entrevistas.

Incidindo, numa primeira fase, nos resultados obtidos através dos questionários, verificámos que a nossa hipótese foi confirmada, uma vez que existiram diferenças significativas nas atitudes dos dois grupos, tendo os profissionais revelado atitudes mais liberais do que os pais face à sexualidade das pessoas com deficiência intelectual. Deste modo, corrobora-se o que Silva (2012) refere relativamente aos profissionais que, tipicamente apresentam atitudes mais liberais que os pais apresentando os mesmos uma visão mais abrangente relativamente à sexualidade das pessoas com deficiência intelectual. Contrariamente, não se verificou o que Aizpurua (1985, cit. por Félix, 2003) refere em relação aos profissionais denotarem uma predisposição para o

conservadorismo uma vez que as atitudes dos profissionais encontradas no nosso estudo foram maioritariamente liberais.

Por outro lado, apesar de terem sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, importa salientar que, numa forma geral, os pais apresentaram atitudes liberais contrastando o que Albuquerque (2007) refere relativamente aos pais apresentarem uma atitude de negação e conservadora face à sexualidade das pessoas com deficiência intelectual. Do mesmo modo, ao verificarmos o que Félix e Marques (1995) afirmam relativamente aos pais serem os primeiros educadores sexuais dos seus filhos, as atitudes liberais que encontramos remetem-nos para a possibilidade dos pais poderem influenciar de uma forma mais positiva o desenvolvimento sexual dos seus filhos (Fernandes & Lima, 2008).

Neste sentido, ao termos conferido atitudes liberais tanto dos pais como dos profissionais, não corroboramos os estudos recentes que Brown e Pirtle (2008) referem onde, como resultados, averiguaram que os pais e profissionais de pessoas com deficiência intelectual têm atitudes negativas face à actividade sexual dos seus clientes e filhos. Além disso, ao sabermos de antemão que as atitudes conservadoras exercem uma influência directa nos comportamentos sexuais das pessoas com deficiência intelectual (Evans et al., 2009), consideramos a possibilidade de que, ao termos encontrado atitudes liberais por parte dos pais e profissionais, a vivência da sexualidade e a regulação sexual dos seus clientes e filhos será mais positiva do que se as atitudes encontradas fossem conservadoras (Brown & Pirtle, 2008).

Contudo, torna-se saliente evidenciar que, no questionário utilizado, não considerámos as dimensões dos sentimentos sexuais, casamento e educação sexual uma vez que as mesmas obtiveram um alfa de Cronbach baixo. Tendo isto em conta, não sabemos afirmar se os resultados que obtivemos se manteriam se as atitudes dos dois grupos nessas dimensões tivessem sido analisadas, pelo que deixamos para investigações futuras, a sugestão da construção e utilização de um instrumento fidedigno que tenha em conta essas dimensões.

Ao analisarmos as várias dimensões do questionário, verificamos que os pais têm atitudes liberais na dimensão da esterilização. Segundo Ramos (2005), os pais consideram a esterilização como o melhor método contraceptivo para as pessoas com deficiência intelectual, contrariamente ao que constatámos, uma vez que os pais apresentaram atitudes liberais reflectindo que não defendem essa prática para esta população.

Importa salientar que, na dimensão da parentalidade, além de não terem sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os pais e os profissionais, foi, também, a dimensão onde atestámos atitudes menos liberais. De acordo com a literatura, tal como Silva (2012) refere, a questão da parentalidade nas pessoas com deficiência intelectual ainda é a temática que mais problemas levanta uma vez que, tanto os pais como os profissionais, argumentam que um individuo com deficiência intelectual pode gerar outro com as mesmas limitações. Assim, possivelmente, a parentalidade ainda continua a ser uma das questões que, tanto nos profissionais como nos pais, menos atitudes liberais gera.

Na literatura, encontramos ainda a influência que o factor do género dos filhos tem nas atitudes dos pais face à sexualidade dos mesmos. Segundo Witt (1997), as crianças encontram-se, durante o seu desenvolvimento, expostas a mensagens acerca daquilo que é apropriado consoante o género da pessoa podendo as mesmas acabarem por fazer escolhas estereotipadas. Contudo, não encontrámos diferenças estatisticamente significativas nas atitudes dos pais consoante os filhos fossem do sexo feminino ou masculino. Perante este facto, salientamos que a nossa amostra apenas contou com 50 pais, não sendo, desse modo, representativa da população. Por essa razão, sugerimos para investigações futuras, o aumento da amostra de pais de modo a analisar com mais minuciosidade a influência que o género dos filhos poderá ter nas atitudes dos pais face a esta temática.

Relativamente aos resultados das entrevistas efectuadas, organizaremos a discussão dos mesmos de acordo com os temas e respectivas categorias já definidas, de forma a permitir uma melhor compreensão.

No tema da *sexualidade*, verificámos que todos os profissionais inquiridos consideraram a mesma como algo que ocorre naturalmente nas pessoas com deficiência intelectual. Contrariamente, apenas uma mãe se referiu à sexualidade das pessoas com deficiência intelectual como algo natural. Tal como refere Félix (2003), a sexualidade é sentida de forma idêntica quer por deficientes como por não deficientes, pelo que o facto dos profissionais e uma mãe terem salientado que a sexualidade das pessoas com deficiência intelectual é algo natural, remete-nos para a realidade de que os jovens pertencentes a esta população também têm desejos e interesses sexuais. Não obstante, o facto de terem sido três profissionais a referirem a sexualidade como algo natural e apenas uma mãe permite-nos, mais uma vez, corroborar o que Silva (2012) refere

relativamente aos profissionais terem uma visão mais abrangente no que concerne à sexualidade nesta população.

Tendo em conta o que Albuquerque (2007) refere relativamente à existência de uma negação por parte dos pais face à sexualidade dos seus filhos, atestamos esse facto ao analisarmos a categoria “*rara e insignificante*” onde uma mãe salientou a ausência de sexualidade no seu filho.

Por outro lado, incidindo na categoria “*Nunca pensou nisso*”, uma das mães inquiridas justificou esse facto por ter uma filha do sexo feminino e não do sexo masculino e a mesma não demonstrar manifestações sexuais, salientando ainda que, se tivesse um filho rapaz, possivelmente o mesmo demonstraria manifestações de sexualidade. Deste modo, apesar de não terem sido encontradas diferenças estatisticamente significativas nos questionários face às atitudes dos pais consoante o género dos filhos, corroboramos através do discurso desta mãe a existência de um estereótipo de género. Tal como Witt (1997) refere, aquando o desenvolvimento das crianças, as mesmas encontram-se expostas em casa a atitudes envoltas em estereótipos de género podendo essa exposição dar lugar a escolhas estereotipadas.

Na categoria “*masturbação*”, verificámos que todos os profissionais e duas mães referenciaram-na no seu discurso como uma manifestação da sexualidade presente nas pessoas com deficiência intelectual. Indo de encontro com a literatura, Ribeiro (2001) refere que, na maioria das vezes, as pessoas com deficiência intelectual não são ensinadas a distinguir os locais em que se podem masturbar, podendo, também, utilizar a masturbação como forma de obtenção de prazer devido à ausência de situações prazerosas no seu dia-a-dia. Além disso, Silva (2012) referencia que, na maioria das instituições, a masturbação é a única manifestação sexual que é permitida, o que nos leva a crer a possibilidade de que a procura desta prática dentro das instituições substitui outros desejos que não são passíveis de serem realizados nas mesmas. É por estas razões que, para Katz e Lazcano – Ponce (2007), torna-se relevante encorajar as pessoas com deficiência intelectual a exprimirem os seus sentimentos e a controlarem as sensações negativas face à masturbação, sendo o primeiro passo para que isso aconteça o reconhecimento da existência desta prática nesta população.

No que concerne ao tema da *educação sexual*, todos os pais e profissionais inquiridos consideraram-na como importante para as pessoas com deficiência intelectual. Contudo, importa

salientar que, uma das mães considerou a existência de educação sexual importante para esta população, mas apenas por uma questão grupal e de socialização. De acordo com o referencial teórico, a educação sexual é importante para todos os indivíduos permitindo que os mesmos vivenciem a sexualidade de forma positiva, gratificante e saudável, mas para quem tem limitações ao longo da vida ainda mais essencial se torna (Félix, 2003). Conforme Ribeiro (2001) cita, a educação sexual dos jovens com deficiência intelectual cabe não só aos profissionais das instituições como também aos pais, sendo evidenciado que os adolescentes têm atitudes e valores que adquirem através das pessoas que se encontram nos contextos onde estes estão inseridos. Tendo isto em conta, ao comprovarmos que todos os pais e profissionais referiram-se à educação sexual como algo importante, verificamos o que Ramos (2005) refere relativamente à maioria dos cuidadores desta população concordarem que é primordial existir educação sexual para as pessoas com deficiência intelectual.

É de denotar que apenas uma das profissionais inquiridas referiu no seu discurso unidades de sentido que se inserem na categoria “*envolvimento profissionais – família*”, indo de encontro com o que Ribeiro (2001) salienta em relação à educação sexual das pessoas com deficiência intelectual dever ter não só o envolvimento da escola/instituição como também da família. Wilson (2008) salienta, também, que os profissionais temem muitas vezes a reacção dos pais ao saberem que são permitidas manifestações sexuais dentro das instituições pelo que se torna preponderante a existência deste envolvimento instituição/escola – família de modo a existir um consenso entre todos aqueles que fazem parte do contexto onde os indivíduos desta população se encontram inseridos.

Referentemente à categoria “*considerar diferenças individuais*”, é relevante salientar que os profissionais devem ter em conta cada individuo uma vez que cada um, com a sua deficiência particular, tem diferentes limitações e potencialidades (Sousa 2011). Neste sentido, foram enunciadas por uma profissional e uma mãe dois tipos de diferenças a ter em consideração aquando a prática da educação sexual: a homossexualidade e o contexto onde o individuo se encontra inserido. No caso da homossexualidade, Ramos (2005) apenas se refere aos pais, salientando que os mesmos assumem a existência de homossexualidade tanto na população sem deficiência como na população com deficiência. Todavia, apenas uma profissional se referiu à importância de ter em conta a homossexualidade na educação sexual.

Não obstante, a mesma profissional e uma das mães inquiridas, referiram a importância de ter em conta o contexto onde o indivíduo se insere e se o mesmo proporciona vivências sexuais a esta população. Tal como Fonseca et. al (2003) refere, as crianças e jovens com deficiência intelectual recolhem informações acerca da sexualidade através dos seus contextos e daqueles que estão inseridos nos mesmos. Deste modo, esta profissional e mãe ao referenciarem a importância de ter em conta o contexto do indivíduo, remetem-nos também para a importância de considerar na educação sexual as informações, vivências e experiências que esse mesmo indivíduo tem sobre a sexualidade. É neste sentido que toma preponderância ter em conta se o contexto onde o indivíduo se insere lhe transmite poucas ou deturpadas informações sobre a sexualidade (Maia & Camossa, 2002), se o indivíduo tem oportunidades no seu contexto para experimentar o seu comportamento sexual de forma saudável (Isler et. al, 2009) ou até se as atitudes e crenças das pessoas inseridas nos contextos destes indivíduos favorecem a contenção ou a vivência da sexualidade (Kempton, 1980, cit. por Félix, 2003).

Por fim, e não menos importante, debruçamo-nos sobre o tema das *necessidades dos pais e profissionais* no que toca a lidar de forma adequada com a sexualidade dos seus filhos e clientes.

É de denotar que todos os profissionais e uma mãe afirmaram no seu discurso ter necessidades de formação. Félix (2003) refere a importância de existir um aconselhamento aos pais e aos profissionais esclarecendo os mesmos sobre a variação das manifestações sexuais, diminuindo o preconceito, incentivando a comunicação e auxiliando a compreensão da sexualidade como um direito à saúde sexual. Do mesmo modo, Marques e Forreta (2007) afirmam que a formação pessoal desempenha um papel crucial para os profissionais de modo a que os mesmos reflectam sobre os seus valores e atitudes referentes à sexualidade.

Tendo isto em conta, verificámos que os pontos-chave identificados onde existem necessidades de formação por parte dos profissionais e desta mãe são a intervenção face às manifestações sexuais, a compreensão sobre como promover o equilíbrio emocional, a intervenção numa forma genérica e a disponibilização de informação.

Quando os profissionais se referiram no seu discurso à necessidade de saber como intervir face às manifestações sexuais dos seus clientes, enfatizaram também a questão de não existir um consenso na instituição onde trabalham sobre o que fazer e para onde encaminhar os clientes quando os mesmos estão a masturbar-se. Ao ponderarmos sobre este facto, verificamos a

veracidade daquilo que Ramos (2005) refere acerca dos profissionais se sentirem, na maioria das vezes, condicionados pelas políticas ou inexistência das mesmas nas instituições onde trabalham. Do mesmo modo, os três profissionais referiram necessidades de formação relativamente à intervenção genérica, incidindo no que fazer em situações onde os seus clientes necessitam de resposta. Mais uma vez, tal como Félix (2003) salienta, os profissionais debatem-se com a falta de estipulação de normas claras que definam as actividades sexuais que podem e devem ser permitidas dentro das instituições, remetendo-nos para a existência desta necessidade referenciada pelos profissionais. Se não existe, dentro das instituições, um consenso e normas relativamente à sexualidade dos clientes, maior será a dúvida dos profissionais sobre aquilo que devem fazer e ensinar.

Por outro lado, uma das profissionais mencionou a necessidade de disponibilização de informação sobre a sexualidade de modo a informar correctamente as pessoas com deficiência intelectual. Maia e Camossa (2002) referem que a maioria dos jovens com deficiência intelectual cresce num ambiente de convívio social onde lhes são transmitidas poucas ou deturpadas informações acerca da sexualidade. No entanto, de acordo com Loureiro (1997), ao reprimir-se ou dar-se informações deturpadas sobre a sexualidade às pessoas com deficiência intelectual, pode originar-se dificuldades no seu crescimento e desenvolvimento enquanto pessoas que são. Por essa razão, tal como referenciado pela profissional, é relevante a existência de intervenção e disponibilização de informação àqueles que proporcionam a educação de cariz sexual.

No que toca à categoria “*não existem necessidades*”, duas das mães inquiridas referiram-na no seu discurso. Este facto contrasta aquilo que Isler et al (2009) evidencia sobre os pais salientarem a grande carência de educação sexual para eles mesmos de modo a reduzir as suas ansiedades e evitar a passagem de informação desadequada para os seus filhos. No entanto, é pertinente evidenciar que apenas elaborámos entrevistas a três mães, pelo que não sabemos se tivessem sido elaboradas mais entrevistas se esta ausência de necessidades se verificaria por parte das mesmas.

Por último, os três profissionais revelam a necessidade da existência de contextos favoráveis às vivências e experiências sexuais dos seus clientes nas instituições. Na maioria das instituições, a masturbação é a única manifestação sexual permitida contrastando o que sabemos de antemão de que, cabe aos pais e aos profissionais das instituições, a promoção da ocorrência de vivências e oportunidades do âmbito sexual para estes jovens (Isler et. al, 2009). Além disso,

importa frisar que, alguns jovens, encontram-se internos nos lares residenciais destas instituições, pelo que, se não existe a criação de contextos e lugares favoráveis a que vivências e experiências sexuais ocorram então, mais facilmente, observar-se-á manifestações sexuais em locais desadequados (Ribeiro, 2001).

## VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tanto a sexualidade como a deficiência intelectual, são temáticas que despoletam diferentes atitudes por parte dos pais e profissionais que, na maioria das vezes, tendem a reprimir a sexualidade desta população (Félix, 2003). No entanto, ainda mais relevante, encontramos o facto da emergência da criação de um programa que capacite os pais e profissionais para a prática da educação sexual e que satisfaça as suas necessidades neste âmbito.

Marques e Forreta (2007) salientam a existência de formação pessoal para os profissionais como algo preponderante na sua reflexão acerca dos seus valores e atitudes sobre a sexualidade desta população. Contudo, esta existência de formação pessoal para aqueles que passam a maioria do tempo com os jovens com deficiência intelectual, é ainda escassa ou inexistente.

Aos profissionais é pedido a tarefa de, não só gerir os sentimentos e interesses dos jovens, como também os dos pais, mediatizando ambos para que não se tornem conflituais (Félix, 2003). Através do discurso dos profissionais, verificamos a falta de comunicação existente entre estes dois contextos, que acaba por originar reacções por parte dos técnicos de medo e receio referentemente à opinião que os pais possam ter em relação à possibilidade de existência de manifestações e educação sexual dentro das instituições (Wilson, 2008). Tal como Silva (2012) referencia, a interação e comunicação entre os profissionais e família é determinante no auxílio e entendimento por parte das pessoas com deficiência intelectual sobre a sua sexualidade o que sublinha de forma ainda mais carregada a pertinência desta ponte de comunicação entre estes dois contextos.

Por outro lado, verifica-se o facto da ausência de comunicação e estabelecimento de normas e parâmetros face à sexualidade dentro das próprias instituições. Todos os profissionais inquiridos, referiram em alguma parte do seu discurso, necessidades que têm em conta a própria instituição, os seus valores, atitudes e respostas face a questões que surjam. É neste sentido que surge a possibilidade dos profissionais acabarem por denegar a sexualidade dos seus clientes para segundo plano, uma vez que não existem normas claras estipuladas que definam aquilo que se pode e não se pode fazer dentro da própria instituição (Félix, 2003).

Conhecermos as atitudes e necessidades que os dois agentes privilegiados na educação desta

população têm face à sua sexualidade, permitiu-nos desenhar um ponto de partida para a criação de um programa de aconselhamento e formação aos pais e profissionais para que os mesmos não entreguem os seus filhos e clientes à ignorância e ao acaso (Sousa, 2011). Ao verificarmos as atitudes que ambos têm, recolhemos ainda informação que permitirá entender até que ponto se pode modificar conceitos e condutas parentais/profissionais relativamente à sexualidade nesta população (Félix, 2003). Todavia, há que ter em conta a possibilidade de que, se a amostra fosse maior, poderíamos ter obtido diferentes resultados pelo que não podemos considerar que este ponto de partida está já totalmente desenhado.

É neste sentido que verificamos que ainda existe um longo caminho a percorrer, pelo que deixamos a sugestão para investigações futuras que incidam de forma mais detalhada e profunda sobre essas necessidades urgentes que pais e profissionais ainda têm face a esta conturbada temática.

Uma das limitações do nosso estudo, prende-se com o facto de apenas terem sido efectuadas seis entrevistas, deixando de parte a dúvida sobre quantas mais necessidades existem por parte dos pais e profissionais que tão importantes serão para este caminho que ainda agora começou. Contudo, devido a restrições temporais, não se conseguiu elaborar mais entrevistas.

Além disso, outra limitação encontra-se ligada ao facto do questionário que utilizámos abordar a deficiência intelectual de uma forma geral, não distinguindo o grau de severidade da mesma (ligeira, moderada, severa e profunda). Tal como Evans et al (2009) enfatiza, as atitudes em torno da sexualidade das pessoas com deficiência intelectual podem variar consoante a severidade da mesma uma vez que esse nível de severidade é, maioritariamente, percepcionado como um dos factores principais na capacidade dos indivíduos terem relações sexuais e construir uma família. Adicionalmente, poderá ser interessante explorar as atitudes que os pais e profissionais têm face à sexualidade, tendo em conta o nível de severidade da deficiência intelectual.

Não menos importante, salientamos que não tivemos em conta três dimensões do questionário uma vez que as mesmas obtiveram um valor de alfa baixo. A escassez de instrumentos aferidos para a população portuguesa e que analisem as atitudes referentemente à sexualidade nesta população é enorme, pelo que também sugerimos para futuras investigações a construção de instrumentos que permitam ter em conta as várias dimensões da sexualidade.

Não obstante, sugere-se também para investigações futuras, o planeamento e elaboração de um plano de formação para os pais e profissionais tendo em conta não só as suas necessidades, mas também as necessidades, experiências, vivências e dúvidas que as pessoas com deficiência intelectual têm perante a sua sexualidade.

## VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, M. (2007). *A sexualidade na deficiência mental profunda – um estudo descritivo sobre atitudes de pais e profissionais*. Retirado em 19 de Dezembro de 2012 através de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0367.pdf>.
- Albuquerque, P. (2007). *A sexualidade como aspecto inclusivo: Proposta de intervenção para pais e professores de jovens com deficiência mental*. Tese de Mestrado apresentada à Universidade Federal de São Carlos.
- Almeida, G. (2007). *Deficiência mental: Avaliação e classificação do desenvolvimento motor*. Tese de mestrado apresentada à Universidade do Estado de Santa Catarina. Florianópolis.
- Almeida, P. (2009). *A educação sexual na deficiência mental*. Tese de Mestrado apresentada à Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti. Porto
- Amaral, M. (2004). *Sexualidade e deficiência mental: Impacto de um programa de orientação para famílias*. Tese de mestrado apresentada à Universidade Federal de São Carlos.
- Anastasi, A., & Urbina, S. (2000). *Testagem psicológica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Anderson P., & Kitchin R. (2000). Disability, space and sexuality: Access to family planning services. *Social Science & Medicine*, 51, 1163-1174.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Brown, R., & Pirtle, T. (2008). Beliefs of professional and family caregivers about the sexuality of individuals with intellectual disabilities: examining beliefs using a Q-methodology approach. *Sex Education: Sexuality, Society and Learning*, 8, 59-75. doi: 10.1080/14681810701811829

- Calé, C. (2008). *Deficiência mental e sexualidade: perspectivas e atitudes num centro ocupacional e de formação e inserção profissional*, Tese de Mestrado apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Centro de Reabilitação Profissional de Gaia [CRPG] & Instituto Superior de Ciências do Trabalho [ISCTE] (2007). *Mais qualidade de vida para as pessoas com deficiências e incapacidades: Uma estratégia para Portugal*. Vila Nova de Gaia: CRPG
- Chaplin, J. (1981). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Cuskelly, M., & Bryde, R. (2004). Attitudes towards the sexuality of adults with an intellectual disability: parents, support staff, and a community sample. *Journal of Intellectual & Developmental Disability, 29*, 255-264. Doi: 10.1080/13668250412331285136
- APA (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Evans, D., Mcguire, B., Healy, E., & Carley, S. (2009). Sexuality and personal relationships for people with an intellectual disability. Part II: Staff and family career perspectives. *Journal of Intellectual Disability Research, 53*, 913 - 921. Doi: 10.1111/j.1365-2788.2009.01202.x
- Félix, I., & Marques, A. (1995). *E nós...somos diferentes?: sexualidade e educação sexual na deficiência mental*. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.
- Félix, I. (2003). Sexualidade e a deficiência mental. *Integrar, 21*, 33-37.
- Félix, I. (2003). As atitudes dos profissionais face à sexualidade das pessoas portadoras de deficiência mental. *Sexualidade e Planeamento Familiar, 37*, 18-25.
- Fernandes, F., & Lima, M. (2008). *A sexualidade na deficiência mental*. Tese de Mestrado apresentada à Universidade do Minho, Minho.
- Fonseca, L., Soares, C., & Vaz, J. (2003). *A sexologia (perspectiva multidisciplinar)* (Vol. 1).Coimbra: Quarteto Editora.
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (2003). *O inquérito*. Oeiras: Celta Editora.

- Glat R., & Freitas R. C. (2002). *Sexualidade e deficiência mental: Pesquisando, refletindo e debatendo sobre o tema*. Rio de Janeiro: Editora 7 Letras.
- Gomes, D., & Fávero, M. (2011). Os conhecimentos dos adolescentes portadores de deficiência intelectual ligeira sobre a sexualidade. *Terapia Sexual: Clínica, Pesquisa e Aspectos Psicossociais*, 14, 41-66.
- Guimarães, R. (2009). *Programa de intervenção na deficiência mental: promoção cognitiva, social e sexual*. Tese de Mestrado apresentada à Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Isler, A., Beytut, D., Tas, F., & Conk, Z. (2009). A Study on Sexuality with the Parents of Adolescents with Intellectual Disability. *Sex Disabil*, 27, 229-237. Doi: 10.1007/s11195-009-9130-3
- Katz, G., & Lanzcano - Ponce, E. (2007). Sexuality in subjects with intellectual disability: an educational intervention proposal for parents and counselors in developing countries. *Salud Pública de Mexico*, 50, 239-254.
- Leutar, Z. & Mihokovic', M. (2007). Level of knowledge about sexuality of people with mental disabilities. *Sex Disabil*, 25, 93-109. Doi: 10.1007/s11195-007-9046-8
- Loureiro, M. (1997). *Agora que já não sou criança...* Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das pessoas com Deficiência.
- Maia, A., & Camossa, D. (2002). Relatos de jovens deficientes mentais sobre a sexualidade através de diferentes estratégias. *Paidéia*, 24, 205-214.
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4, 65-90.
- Marques, A. & Forreta, F. (2007). Educação Sexual: conceito, objectivos e estratégias. In A. M. Marques (Ed.). *Ser +: Programa de desenvolvimento e social para crianças, jovens e adultos portadores de deficiência mental* (pp. 45–58). Lisboa: Associação para o planeamento da família.

- Mendes, E. (1995). *Deficiência Mental: a construção científica de um conceito e a realidade educacional*. Dissertação de Doutorado apresentada no Instituto de Psicologia de São Paulo, São Paulo.
- Pan, J. (1997). *Afectividad y sexualidad en la persona con deficiência mental*. Tese de Mestrado apresentada à Universidad Pontificia, Madrid.
- Pinheiro, S. S. (1996). *Sexualidade do Adolescente Portador de Deficiência Mental Moderada: a Visão dos Pais e Profissionais envolvidos*. Tese de Mestrado apresentada à Universidade Católica de Pelotas, Rio Sul.
- Pinto, J. & Nobre, P. (2011). *Escala de conhecimentos, experiências, sentimentos e necessidades sexuais para pessoas com deficiência mental*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Poirier, J., Clapier-Valladonm, S., & Raybaut, P. (1995). *Histórias de vida – teoria e prática*. Oeiras: Celta Editora.
- Ramos, M. (2005). *Sexualidade na diversidade: atitudes de pais e técnicos face à afectividade e sexualidade da jovem com deficiência mental*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com deficiência.
- Ribeiro, H. (2001). Sexualidade e os portadores de deficiência mental. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 7 (2), 11-27.
- Schliemann, A., Duarte, D., Garcia, G., Guimarães, M., & Valdrighi, M. (2005). Sexualidade - adolescência - deficiência mental: Um desafio a pensar. *An. 1 Simp. Internacional do Adolescente*. Brasil: Faculdade de Psicologia da PUC/SP.
- Silva, N. (2012). *A sexualidade e a deficiência: uma visão sobre a educação sexual do adolescente com deficiência*. Tese de mestrado apresentada à Escola Superior de Educação Paula Frassinetti, Porto.

- Schneider, S., & Schimitt, C. (1998). O uso do método comparativo nas ciências sociais. *Cadernos de Sociologia*, 9, 49–87.
- Sousa, L. (2011). *A educação sexual na deficiência mental: práticas e percepções face à afetividade e sexualidade do indivíduo com deficiência mental*. Tese de mestrado apresentada ao Instituto Politécnico de Bragança, Bragança.
- Werebe, M. G. (1998). *Sexualidade, política e educação*. Campinas: Editora Autores Associados.
- Wilson, A. (2008). Caregiver perceptions and implications for sex education for individuals with intellectual and developmental disabilities. *Sex Disabil*, 26, 167-174. Doi: 10.1007/s11195-008-9081-0
- Witt, S. (1997). Parental influence on children's socialization to gender roles. *Health Publications*, 32, 253-259.

## **VIII. ANEXOS**

**ANEXO A – *Questionário ASQ – ID país***

## ASQ-ID Attitudes to Sexuality Questionnaire (Individuals with an Intellectual Disability)<sup>1</sup>

No âmbito da minha tese de mestrado intitulada de “atitudes de pais e profissionais face à sexualidade da pessoa com deficiência intelectual” peço a vossa colaboração para o preenchimento do presente questionário.

Após preencher o cabeçalho, vai encontrar várias frases às quais deverá colocar um X na resposta que considerar mais adequada: discordo totalmente; discordo; não concordo nem discordo; concordo ou concordo totalmente.

É de salientar que não existem respostas certas ou erradas e que a confidencialidade das respostas será mantida.

Idade: Género: F  M

Grau de escolaridade:

Idade do filho: Género do filho: F  M

		Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1.	Com o devido apoio, adultos com deficiência intelectual podem criar crianças normais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Desde que não nasçam crianças indesejadas e que não cause mal aos intervenientes, adultos com deficiência intelectual devem ser autorizados a viver uma relação heterossexual por mútuo consentimento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Por mútuo consentimento, adultos com deficiência intelectual devem ser autorizados a viver uma relação homossexual se assim o desejarem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	É melhor esperar que o indivíduo com deficiência intelectual levante questões sobre sexualidade antes de discutir esse assunto com ele.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<sup>1</sup> Questionário desenvolvido por Cuskelly e Bryde (2004) e traduzido por Calé, K. (2008)

		Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
5.	Adultos com deficiência intelectual casados, devem ser proibidos por lei de ter filhos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Adultos com deficiência intelectual deviam ser autorizados a ter relacionamentos românticos não sexuais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	A esterilização devia ser usada como meio de inibir o desejo sexual em adultos com deficiência intelectual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	A masturbação devia ser desencorajada entre pessoas com deficiência intelectual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Discussões acerca da interação sexual promovem a promiscuidade entre adultos com deficiência intelectual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Adultos com deficiência intelectual deviam ser autorizados a casar de um deles estiver esterilizado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	A masturbação em privado para adultos com deficiência intelectual é forma de expressão sexual aceitável.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	O casamento entre adultos com deficiência intelectual não apresenta à sociedade grandes problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	De uma forma geral, adultos com deficiência intelectual são capazes de fazer a distinção entre pensamentos sexuais e actos sexuais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	A educação sexual para adultos com deficiência intelectual tem um papel valioso ao salvaguardá-los da exploração sexual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	De uma forma geral, o comportamento sexual representa a maior área problemática na gestão e tratamento de adultos com deficiência intelectual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	A esterilização é uma prática indesejável para homens com deficiência intelectual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	A interação sexual com consentimento mútuo deve ser permitida a adultos com deficiência intelectual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Casas de acolhimento ou residências para adultos com deficiência intelectual deviam ser só para utentes masculinos ou femininos, e não mistos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Técnicos e familiares devem desencorajar os adultos com deficiência intelectual de terem crianças.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
20.	É melhor não discutir assuntos sobre sexualidade com pessoas com deficiência intelectual até que eles cheguem à puberdade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Adultos com deficiência intelectual têm o direito de se casar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	É uma boa ideia assegurar privacidade em casa para que os adultos com deficiência intelectual se possam masturbar se assim o desejarem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Sempre que possível, adultos com deficiência intelectual devem ser envolvidos na decisão sobre a sua possível esterilização.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	A interação sexual entre adultos com deficiência intelectual deve ser desencorajada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Apoio sobre contraceção deve estar completamente disponível para indivíduos com deficiência intelectual cujo nível de desenvolvimento torne possível a actividade sexual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Adultos com deficiência intelectual não são mais facilmente estimulados sexualmente do que pessoas normais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	A masturbação é moralmente incorrecta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	Adultos com deficiência intelectual geralmente têm menos interesses sexuais do que pessoas não deficientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	A esterilização é uma prática desejada em mulheres com deficiência intelectual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	A educação sexual para adultos com deficiência intelectual devia ser compulsiva.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	A masturbação devia ser ensinada em cursos de educação sexual a adultos com deficiência intelectual como uma forma aceitável de expressão sexual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.	O casamento não deve ser encorajado como uma futura opção para pessoas com deficiência intelectual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.	Devia ser permitido a adultos com deficiência intelectual terem filhos no casamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Muito obrigado pela vossa colaboração!

**ANEXO B** – *Questionário ASQ-ID profissionais*

## ASQ-IS Attitudes to Sexuality Questionnaire (Individuals with an Intellectual Disability)<sup>1</sup>

No âmbito da minha tese de mestrado intitulada de “atitudes de pais e profissionais face à sexualidade da pessoa com deficiência intelectual” peço a vossa colaboração para o preenchimento do presente questionário.

Após preencher o cabeçalho, vai encontrar várias frases às quais deverá colocar um X na resposta que considerar mais adequada: discordo totalmente; discordo; não concordo nem discordo; concordo ou concordo totalmente.

É de salientar que não existem respostas certas ou erradas e que a confidencialidade das respostas será mantida.

Idade:

Género: F  M

Grau de escolaridade:

Tempo de experiência profissional:

		Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1.	Com o devido apoio, adultos com deficiência intelectual podem criar crianças normais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Desde que não nasçam crianças indesejadas e que não cause mal aos intervenientes, adultos com deficiência intelectual devem ser autorizados a viver uma relação heterossexual por mútuo consentimento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Por mútuo consentimento, adultos com deficiência intelectual devem ser autorizados a viver uma relação homossexual se assim o desejarem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	É melhor esperar que o indivíduo com deficiência intelectual levante questões sobre sexualidade antes de discutir esse assunto com ele.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<sup>1</sup>Questionário desenvolvido por Cuskelly e Bryde (2004) e traduzido por Calé, K. (2008)

		Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
5.	Adultos com deficiência intelectual casados, devem ser proibidos por lei de ter filhos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Adultos com deficiência intelectual deviam ser autorizados a ter relacionamentos românticos não sexuais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	A esterilização devia ser usada como meio de inibir o desejo sexual em adultos com deficiência intelectual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	A masturbação devia ser desencorajada entre pessoas com deficiência intelectual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Discussões acerca da interação sexual promovem a promiscuidade entre adultos com deficiência intelectual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Adultos com deficiência intelectual deviam ser autorizados a casar de um deles estiver esterilizado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	A masturbação em privado para adultos com deficiência intelectual é forma de expressão sexual aceitável.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	O casamento entre adultos com deficiência intelectual não apresenta à sociedade grandes problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	De uma forma geral, adultos com deficiência intelectual são capazes de fazer a distinção entre pensamentos sexuais e actos sexuais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	A educação sexual para adultos com deficiência intelectual tem um papel valioso ao salvaguardá-los da exploração sexual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	De uma forma geral, o comportamento sexual representa a maior área problemática na gestão e tratamento de adultos com deficiência intelectual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	A esterilização é uma prática indesejável para homens com deficiência intelectual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	A interação sexual com consentimento mútuo deve ser permitida a adultos com deficiência intelectual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Casas de acolhimento ou residências para adultos com deficiência intelectual deviam ser só para utentes masculinos ou femininos, e não mistos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Técnicos e familiares devem desencorajar os adultos com deficiência intelectual de terem crianças.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
20.	É melhor não discutir assuntos sobre sexualidade com pessoas com deficiência intelectual até que eles cheguem à puberdade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Adultos com deficiência intelectual têm o direito de se casar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	É uma boa ideia assegurar privacidade em casa para que os adultos com deficiência intelectual se possam masturbar se assim o desejarem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Sempre que possível, adultos com deficiência intelectual devem ser envolvidos na decisão sobre a sua possível esterilização.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	A interação sexual entre adultos com deficiência intelectual deve ser desencorajada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Apoio sobre contraceção deve estar completamente disponível para indivíduos com deficiência intelectual cujo nível de desenvolvimento torne possível a actividade sexual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Adultos com deficiência intelectual não são mais facilmente estimulados sexualmente do que pessoas normais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	A masturbação é moralmente incorrecta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	Adultos com deficiência intelectual geralmente têm menos interesses sexuais do que pessoas não deficientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	A esterilização é uma prática desejada em mulheres com deficiência intelectual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	A educação sexual para adultos com deficiência intelectual devia ser compulsiva.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	A masturbação devia ser ensinada em cursos de educação sexual a adultos com deficiência intelectual como uma forma aceitável de expressão sexual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.	O casamento não deve ser encorajado como uma futura opção para pessoas com deficiência intelectual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.	Devia ser permitido a adultos com deficiência intelectual terem filhos no casamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Muito obrigado pela vossa colaboração!**

**ANEXO C** – *Declaração de consentimento informado pais/profissionais*



Caros pais/profissionais,

Eu, Carla Alexandra Costa Gabriel, aluna do 5º ano do Mestrado Integrado em Psicologia na área de Psicologia Educacional no ISPA- Instituto Universitário das ciências psicológicas, sociais e da vida, necessito da vossa colaboração no âmbito da elaboração da minha tese de mestrado intitulada de “Atitudes dos pais e profissionais face à sexualidade da pessoa com deficiência intelectual”.

Tendo como objectivo verificar se existem diferenças entre as atitudes dos pais e dos profissionais face à sexualidade da pessoa com deficiência intelectual, necessito da vossa colaboração para o preenchimento de um questionário acerca das atitudes face à sexualidade na deficiência intelectual.

É de notar que o trabalho será acompanhado e orientado pelo docente responsável Prof. Doutor José Morgado e que será mantida a total confidencialidade dos dados recolhidos.

Neste sentido, venho atenciosamente pedir-vos a vossa colaboração no preenchimento do questionário.

Agradeço antecipadamente a sua disponibilidade e colaboração,

Lisboa, 2012, o autor

(Carla Alexandra Costa Gabriel)

**Anexo D – Guião da entrevista**

Idade:

F

M

Profissão:

Habilitações Literárias:

Gênero do Filho/a:

Idade do Filho/a:

**Linhas base:**

- Como vê a sexualidade do seu filho (a)/ clientes e qual a importância que atribui à educação sexual.
- Maiores necessidades que sente que deveriam ser satisfeitas no que toca a lidar de forma adequada com esta temática com o seu filho(a) ou clientes.

**ANEXO E** – *Outputs dos resultados obtidos no programa  
SPSS*

Output 1

Factor Matrix <sup>a</sup>								
	Factor							
	1	2	3	4	5	6	7	8
INTSEX_17	,759	,651						
EDSEX_4	-,734	,678						
INTSEX_24	-,589	-,349	-,302					,254
RELPEX_3	,560	,258	,246		,313			
RELPEX_2	,524	,319	,416		,344	-,239		
CASA_21	,492	,323	,391					
EDSEX_20	-,457		-,368			-,209		,272
ESTIR_7	-,441		-,226		,400	,405		
CASA_12	,433			,388				
MASTURB_11	,430		,359				,231	
PARENT_19	-,372	-,285	-,345	-,312				
PARENT_5	-,315		-,230	-,249	,249			
EDSEX_14	,258			-,253	,244			,225
PARENT_1	,251		,614	,453				
PARENT_33	,318	,225	,562	,392				,225
MASTURB_27			-,538	,339				
ESTIR_29	-,226	-,236	-,527		,410			
MASTURB_22	,410		,472	-,436		,240	,249	
RELPEX_18	-,301		-,421	,214				
SENTSEX_9	-,358	-,222	-,417	,307			,263	
ESTIR_23	,397	,251	,413			,305		,233
ESTIR_16			,394		-,315			
INTSEX_28	-,234		-,353				,285	
MASTURB_31	,228	,251	,309				,309	
CASA_32	-,268		-,298			,269		
SENTSEX_25	,335		,360	-,382				,295
MASTURB_8	-,279	-,236	-,249	,350				
SENTSEX_13	,236	,238	,236	,328	,265		-,308	
CASA_10			-,421		,476			
RELPEX_6					,281	-,357		
SENTSEX_15						,243	-,435	
INTSEX_26							,232	
EDSEX_30								

Extraction Method: Maximum Likelihood.

a. 8 factors extracted. 9 iterations required.

Output 2

<b>Reliability Statistics</b>	
Cronbach's Alpha	N of Items
,751	4

Output 3

<b>Item-Total Statistics</b>				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
PARENT_1	8,96	7,557	,593	,669
PARENT_5	8,78	7,643	,412	,779
PARENT_19	8,98	7,604	,525	,705
PARENT_33	8,98	7,263	,698	,616

Output 4

<b>Reliability Statistics</b>	
Cronbach's Alpha	N of Items
,541	4

Output 5

<b>Item-Total Statistics</b>				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
RELPE\$2	11,36	4,450	,533	,293
RELPE\$3	11,48	4,236	,540	,273
RELPE\$6	11,67	5,882	,057	,716
RELPE\$18	11,11	5,570	,290	,499

Output 6

<b>Reliability Statistics</b>	
Cronbach's Alpha	N of Items
,362	4

Output 7

<b>Item-Total Statistics</b>				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
EDSEX_4	10,43	3,293	,256	,219
EDSEX_14	9,37	4,298	,189	,312
EDSEX_20	10,20	2,990	,343	,098
EDSEX_30	11,21	4,276	,021	,487

Output 8

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,631	4

Output 9

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ESTIR_7	10,39	5,942	,338	,609
ESTIR_16	11,29	5,303	,383	,583
ESTIR_23	10,56	5,920	,336	,611
ESTIR_29	11,22	4,316	,600	,403

Output 10

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,687	5

Output 11

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
MASTURB_8	16,31	6,137	,358	,673
MASTURB_11	16,34	5,683	,511	,607
MASTURB_22	16,10	5,889	,693	,562
MASTURB_27	16,05	6,354	,382	,661
MASTURB_31	16,81	5,335	,380	,683

Output 12

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,124	4

Output 13

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
SENTSEX_9	10,33	2,130	,334	-,347 <sup>a</sup>
SENTSEX_13	11,20	2,897	-,048	,263
SENTSEX_15	11,41	3,385	-,196	,485
SENTSEX_25	9,94	2,371	,327	-,264 <sup>a</sup>

a. The value is negative due to a negative average covariance among items. This violates reliability model assumptions. You may want to check item codings.

Output 14

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,471	4

Output 15

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
CASA_10	10,44	5,364	,089	,563
CASA_12	10,60	4,412	,286	,384
CASA_32	10,66	4,458	,299	,372
CASA_21	10,12	4,180	,442	,238

Output 16

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,390	4

Output 17

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
INTSEX_17	10,47	2,939	,459	,064
INTSEX_24	10,64	2,419	,548	-,114 <sup>a</sup>
INTSEX_28	10,68	3,562	,160	,377
INTSEX_26	11,81	4,579	-,143	,681

a. The value is negative due to a negative average covariance among items. This violates reliability model assumptions. You may want to check item codings.

Output 18

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,879	33

Output 19

<b>Item-Total Statistics</b>				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
INTSEX_17	114,58	210,880	,666	,871
INTSEX_24	114,74	208,988	,647	,870
INTSEX_28	114,79	216,978	,369	,876
INTSEX_26	115,91	228,705	-,056	,885
PARENT_1	115,69	208,341	,581	,871
RELPEX_2	114,80	205,847	,722	,868
RELPEX_3	114,91	208,651	,587	,871
EDSEX_4	115,32	219,443	,233	,879
PARENT_5	115,52	211,744	,383	,876
RELPEX_6	115,11	231,178	-,124	,889
ESTIR_7	114,54	214,013	,453	,874
MASTURB_8	114,54	216,742	,393	,876
SENTSEX_9	114,67	213,461	,547	,873
CASA_10	115,10	218,267	,275	,878
MASTURB_11	114,57	213,373	,546	,873
CASA_12	115,28	212,538	,444	,874
SENTSEX_13	115,56	217,153	,339	,877
EDSEX_14	114,28	220,265	,321	,877
SENTSEX_15	115,75	228,555	-,051	,885
ESTIR_16	115,45	217,567	,279	,878
RELPEX_18	114,53	213,092	,503	,873
PARENT_19	115,70	208,386	,546	,872
EDSEX_20	115,10	211,807	,481	,874
CASA_21	114,79	208,137	,665	,870
MASTURB_22	114,32	215,982	,606	,873
ESTIR_23	114,70	211,513	,549	,872
SENTSEX_25	114,28	217,217	,461	,875
MASTURB_27	114,27	217,928	,409	,875
ESTIR_29	115,38	208,539	,543	,872
EDSEX_30	116,13	230,905	-,126	,886
MASTURB_31	115,05	213,522	,406	,875
CASA_32	115,34	213,908	,417	,875
PARENT_33	115,72	208,423	,602	,871

Output 20

Descriptive Statistics				
PROF_P		Mean	Std. Deviation	N
	PROFISSIONAIS	4,1042	,53458	80
INTSEX	PAIS	3,6467	,86873	50
	Total	3,9282	,71526	130
	PROFISSIONAIS	4,2150	,51092	80
MASTURB	PAIS	3,8640	,63173	50
	Total	4,0800	,58381	130
	PROFISSIONAIS	4,1125	,67909	80
RELPE\$	PAIS	3,5333	,87547	50
	Total	3,8897	,80843	130
	PROFISSIONAIS	3,0375	,80750	80
PARENT	PAIS	2,8750	,98101	50
	Total	2,9750	,87816	130
	PROFISSIONAIS	3,6719	,67692	80
esteril_2	PAIS	3,5500	,80178	50
	Total	3,6250	,72687	130

Output 21

Descriptive Statistics				
Dependent Variable: TODAS				
PROF_P		Mean	Std. Deviation	N
	PROFISSIONAIS	3,6636	,40698	80
	PAIS	3,4326	,49292	50
	Total	3,5747	,45437	130

Output 22

Multivariate Tests <sup>a</sup>						
Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Intercept	Pillai's Trace	,982	1387,139 <sup>b</sup>	5,000	124,000	,000
	Wilks' Lambda	,018	1387,139 <sup>b</sup>	5,000	124,000	,000
	Hotelling's Trace	55,933	1387,139 <sup>b</sup>	5,000	124,000	,000
	Roy's Largest Root	55,933	1387,139 <sup>b</sup>	5,000	124,000	,000
PROF_P	Pillai's Trace	,166	4,929 <sup>b</sup>	5,000	124,000	,000
	Wilks' Lambda	,834	4,929 <sup>b</sup>	5,000	124,000	,000
	Hotelling's Trace	,199	4,929 <sup>b</sup>	5,000	124,000	,000
	Roy's Largest Root	,199	4,929 <sup>b</sup>	5,000	124,000	,000

a. Design: Intercept + PROF\_P

b. Exact statistic

Output 23

**Tests of Between-Subjects Effects**

Source	Dependent Variable	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	INTSEX	6,440 <sup>a</sup>	1	6,440	13,841	,000
	MASTURB	3,791 <sup>b</sup>	1	3,791	12,077	,001
	RELPESES	10,321 <sup>c</sup>	1	10,321	17,856	,000
	PARENT	,813 <sup>d</sup>	1	,813	1,054	,307
	esteril_2	,457 <sup>e</sup>	1	,457	,864	,354
Intercept	INTSEX	1848,474	1	1848,474	3972,785	,000
	MASTURB	2008,315	1	2008,315	6398,264	,000
	RELPESES	1798,731	1	1798,731	3111,845	,000
	PARENT	1075,620	1	1075,620	1395,370	,000
	esteril_2	1604,784	1	1604,784	3034,191	,000
PROF_P	INTSEX	6,440	1	6,440	13,841	,000
	MASTURB	3,791	1	3,791	12,077	,001
	RELPESES	10,321	1	10,321	17,856	,000
	PARENT	,812	1	,812	1,054	,307
	esteril_2	,457	1	,457	,864	,354
Error	INTSEX	59,556	128	,465		
	MASTURB	40,177	128	,314		
	RELPESES	73,987	128	,578		
	PARENT	98,669	128	,771		
	esteril_2	67,699	128	,529		
Total	INTSEX	2072,000	130			
	MASTURB	2208,000	130			
	RELPESES	2051,222	130			
	PARENT	1250,063	130			
	esteril_2	1776,438	130			
Corrected Total	INTSEX	65,997	129			
	MASTURB	43,968	129			
	RELPESES	84,309	129			
	PARENT	99,481	129			
	esteril_2	68,156	129			

a. R Squared = ,098 (Adjusted R Squared = ,091)

b. R Squared = ,086 (Adjusted R Squared = ,079)

c. R Squared = ,122 (Adjusted R Squared = ,116)

d. R Squared = ,008 (Adjusted R Squared = ,000)

e. R Squared = ,007 (Adjusted R Squared = -,001)

Output 24

**Tests of Between-Subjects Effects**

Dependent Variable: TODAS

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	1,642 <sup>a</sup>	1	1,642	8,410	,004
Intercept	1549,407	1	1549,407	7935,971	,000
PROF_P	1,642	1	1,642	8,410	,004
Error	24,991	128	,195		
Total	1687,875	130			
Corrected Total	26,633	129			

a. R Squared = ,062 (Adjusted R Squared = ,054)

Output 25

**ANOVA**

TODAS

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1,642	1	1,642	8,410	,004
Within Groups	24,991	128	,195		
Total	26,633	129			

Output 26

**Multivariate Tests<sup>a</sup>**

Effect	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.	
Intercept	Pillai's Trace	,961	217,126 <sup>b</sup>	5,000	44,000	,000
	Wilks' Lambda	,039	217,126 <sup>b</sup>	5,000	44,000	,000
	Hotelling's Trace	24,673	217,126 <sup>b</sup>	5,000	44,000	,000
	Roy's Largest Root	24,673	217,126 <sup>b</sup>	5,000	44,000	,000
GENERO	Pillai's Trace	,169	1,791 <sup>b</sup>	5,000	44,000	,135
	Wilks' Lambda	,831	1,791 <sup>b</sup>	5,000	44,000	,135
	Hotelling's Trace	,203	1,791 <sup>b</sup>	5,000	44,000	,135
	Roy's Largest Root	,203	1,791 <sup>b</sup>	5,000	44,000	,135

a. Design: Intercept + GENERO

b. Exact statistic

**ANEXO F – Entrevistas**

Por motivos ecológicos, as entrevistas elaboradas no presente estudo encontram-se são apresentadas apenas em suporte digital (CD).