

M

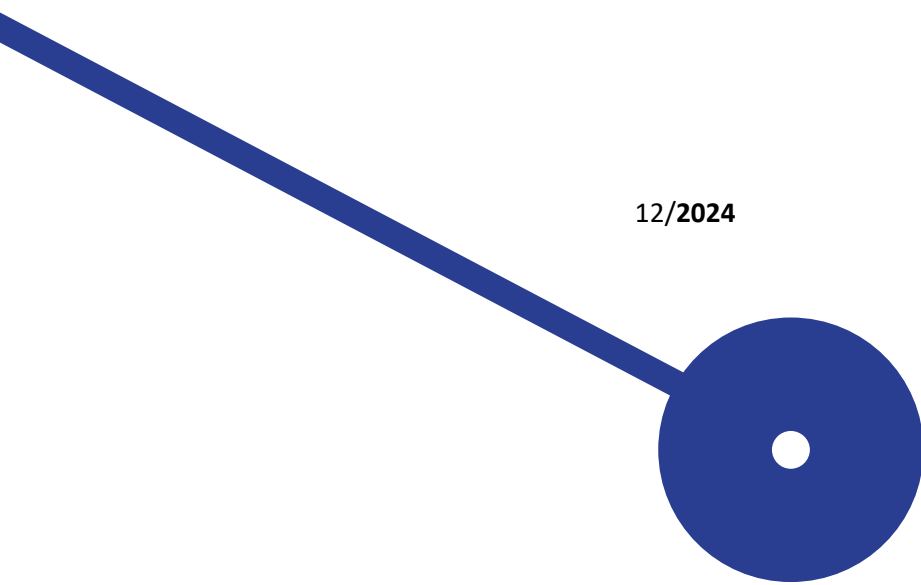
MESTRADO

Educação Especial: Multideficiência e Problemas de Cognição

Desenvolvimento de um programa de educação socio-sexual para um grupo de adultos com incapacidade intelectual

Alexandra Manuela Barbosa Costa

12/2024



Politécnico do Porto

Escola Superior de Educação

Alexandra Manuela Barbosa Costa

**Desenvolvimento de um programa de educação socio-
sexual para um grupo de adultos com incapacidade
intelectual**

Dissertação de Mestrado

Mestrado em Educação Especial: Multideficiência e Problemas de Cognição

Orientação: Prof.^(a) Doutor(a) Mónica Silveira-Maia

Porto, dezembro de 2024

Politécnico do Porto

Escola Superior de Educação

Alexandra Manuela Barbosa Costa

**Desenvolvimento de um programa de educação socio-
sexual para um grupo de adultos com incapacidade
intelectual**

Dissertação de Mestrado

Mestrado em Educação Especial: Multideficiência e Problemas de Cognição

Orientação: Prof.^(a) Doutor(a) Mónica Silveira-Maia

Porto, dezembro de 2024

AGRADECIMENTOS

A fase em que me encontro foi trilhada não só por mim, mas também pelas pessoas que, de algum modo, me apoiaram e caminharam ao longo do meu percurso.

Em primeiro lugar, queria agradecer à minha família, ao meu filho, e ao meu marido que esteve sempre ao meu lado nesta caminhada de vida, sonhos e ambições. Obrigada, Rui, por seres quem és e por fazeres parte de quem sou!

É com saudade e emoção que agradeço à minha mãe, uma mulher de sorriso fácil e de imensa sensibilidade. Ela foi e será uma referência, um exemplo de coragem, integridade, respeito e empatia. A figura que me mostrou que o amor, nem sempre se expressa em palavras, mas sim em gestos e ações.

No entanto, o meu crescimento foi também impulsionado pelas pessoas que cruzaram a minha vida no contexto académico. Deste modo, queria agradecer ao corpo docente do Mestrado em Educação Especial, e expressar a minha gratidão à minha orientadora, Professora Doutora Mónica Silveira-Maia, pela dedicação, orientação, disponibilidade e por me ter conduzido para que eu pudesse realizar o melhor trabalho possível. É uma pessoa extraordinária!

Queria agradecer a todas as pessoas do CACI que colaboraram neste estudo. Em especial, ao Fábio que foi incansável para me ajudar em tudo que fosse necessário.

E, por fim, a todas as pessoas com incapacidade intelectual, por quem sinto um grande carinho e a quem este trabalho é direccionado.

RESUMO ANALÍTICO

A sexualidade é uma componente integrante da vida humana, sendo um domínio de vida que precisa, tal como muitos outros, de apoio estruturado e intencional junto de pessoas em situações de vulnerabilidade a fim de promover uma vivência e participação plenas. Inserindo-se num dos grupos mais vulneráveis, as pessoas com incapacidade intelectual têm menos acesso a informação, instrumentos e oportunidades para estabelecer relações íntimas de forma segura e significativa. O presente estudo descreve o desenvolvimento e implementação de um programa de educação socio-sexual – doravante mencionado por PESS - dirigido a oito adultos com incapacidade intelectual, apoiados por um Centro de Atividades e de Capacitação para a Inclusão (CACI). Para avaliar a eficácia do programa utilizou-se, nos momentos pré e pós, a versão portuguesa da Escala de Conhecimentos, Experiências e Necessidades Sexuais para Pessoas com Incapacidade Intelectual (SexKen-ID) (Pinto & Nobre, 2011). O programa incluiu 19 sessões desenvolvidas ao longo de 6 meses e foi desenhado com base numa revisão não sistemática dos objetivos, conteúdos e estratégias descritos em oito estudos interventivos que apresentavam e avaliavam programas de educação sexual e socio-sexual dirigidos a indivíduos com incapacidade intelectual.

Os resultados mostram que o programa teve um impacto positivo no conhecimento em dimensões como a amizade, namoro e intimidade, casamento, e nos direitos fundamentais como o da parentalidade, família, privacidade e sexualidade. A capacitação dos participantes para responderem e tomarem decisões com base no seu juízo e vontade foi outro impacto importante do programa PESS. Com este estudo procuramos contribuir para o surgimento de mais PESS, para divulgar a importância de se abordar a educação socio-sexual junto deste público, educando-o, e contribuir para medidas políticas que apoiem o desenvolvimento destes programas nas nossas instituições.

Palavras-chave: Incapacidade intelectual; Sexualidade; Programa de educação socio-sexual.

ABSTRACT

Sexuality is an integral component of human life, and an area of life that, like many others, needs structured and intentional support for people in situations of vulnerability in order to promote their full experience and participation. As one of the most vulnerable groups, people with intellectual disabilities have less access to information, tools and opportunities to establish intimate relationships in a safe and meaningful way. This study describes the development and implementation of a socio-sexual education program - hereafter referred to as PESS - aimed at eight adults with intellectual disabilities, supported by a Center for Activities and Training for Inclusion (CACI). To assess the effectiveness of the program, the Portuguese version of the Scale of Sexual Knowledge, Experiences and Needs for People with Intellectual Disability (SexKen-ID) (Pinto & Nobre, 2011) was used in the pre- and post- phases. The program included 19 sessions developed over 6 months and was designed based on a non-systematic review of the objectives, contents and strategies described in eight interventional studies that presented and evaluated sexual and socio-sexual education programs aimed at individuals with intellectual disabilities.

The results show that the program had a positive impact on knowledge in dimensions such as friendship, dating and intimacy, marriage, and fundamental rights such as parenting, family, privacy and sexuality. The empowerment of participants to respond and make decisions based on their own judgment and will was another important impact of the PESS program. With this study we seek to contribute to the emergence of more PESS, to spread the importance of addressing socio-sexual education among this public, educating them, and contributing to policy measures that support the development of these programs in our institutions.

Keywords: Intellectual disability; Sexuality; Socio-sexual education program.

LISTA DE SIGLAS

AAP – Associação Americana de Psiquiatria

CACI – Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão

CDPD – Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência

CRP – Constituição da República Portuguesa

DI – Deficiência Intelectual

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder

LR – Lar Residencial

MAF – Medida de Avaliação Funcional

MIF – Medida de Independência Funcional

ONU – Organização das Nações Unidas

OMS – Organização Mundial da Saúde

PESS – Programa de Educação Socio-Sexual

PiEF – Programa Inclusivo de Educação Financeira

SIDA – Vírus da Imunodeficiência Humana

WHO – World Health Organization

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Análise da questão conhecimento na subescala amizade	36
Figura 2. Análise da questão conhecimento na subescala namoro e intimidade	36
Figura 3. Análise da questão conhecimento na subescala casamento	37
Figura 4. Análise da questão conhecimento na subescala identificação de partes do corpo	38
Figura 5. Análise da questão conhecimento na subescala sexualidade e educação sexual .	38
Figura 6. Análise da questão conhecimento na subescala menstruação	39
Figura 7. Análise da questão conhecimento na subescala interação sexual	39
Figura 8. Análise da questão conhecimento na subescala métodos contraceptivos.....	40
Figura 9. Análise da questão conhecimento na subescala gravidez, aborto e parto	41
Figura 10. Análise da questão conhecimento na subescala DST	41
Figura 11. Análise da questão conhecimento na subescala masturbação	42
Figura 12. Análise da questão conhecimento na subescala homossexualidade.....	43
Figura 13. Análise do grau de envolvimento dos participantes	44

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características sociodemográficas dos participantes.....	19
Tabela 2. Cronograma do desenvolvimento do PESS.....	24
Tabela 3. Programa de intervenção PESS	25
Tabela 4. Planificação da sessão	27
Tabela 5. Dimensão “conhecimento” avaliada pelo SexKen-ID, antes e após a intervenção	34
Tabela 6. Abuso sexual	35

ÍNDICE

1.	INTRODUÇÃO.....	1
2.	ENQUADRAMENTO TEÓRICO	4
2.1.	SEXUALIDADE DE PESSOAS COM INCAPACIDADE INTELECTUAL.....	4
2.2.	DIREITO À SEXUALIDADE, SAÚDE SEXUAL, FAMÍLIA E PARENTALIDADE.....	5
2.3.	DIFICULDADES / NECESSIDADES DE APOIO NA VIDA SEXUAL DE PESSOAS COM INCAPACIDADE INTELECTUAL	10
2.4.	ASPETOS SOCIETAIS	13
2.5.	PROGRAMAS EDUCATIVOS DIRIGIDOS AOS PROFISSIONAIS, ÀS PESSOAS COM INCAPACIDADE INTELECTUAL E ÀS FAMÍLIAS	15
3.	MÉTODO	18
3.1.	PARTICIPANTES	18
3.2.	INSTRUMENTOS.....	20
3.2.1	MEDIDA DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL (MAF).....	20
3.2.2	ESCALA DE CONHECIMENTOS, EXPERIÊNCIAS E NECESSIDADES SEXUAIS PARA PESSOAS COM INCAPACIDADE INTELECTUAL.....	21
3.2.3	AVALIAÇÃO DO PLANEAMENTO DAS SESSÕES	22
3.3.	PROGRAMA DE EDUCAÇÃO SOCIO-SEXUAL (PESS)	24
3.4.	ANÁLISE DE DADOS.....	29
3.5.	PROCEDIMENTOS.....	29
4.	RESULTADOS	31
4.1.	ANÁLISE GLOBAL.....	31
4.2.	ANÁLISE INDIVIDUAL	35
4.3.	AVALIAÇÃO DO PLANEAMENTO DAS SESSÕES	43
5.	DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	45
6.	CONCLUSÃO	50
	BIBLIOGRAFIA/REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
	ANEXOS.....	58
	ANEXO 1 – MEDIDA DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL (MAF).....	59
	ANEXO 2 – ESCALA DE CONHECIMENTOS, EXPERIÊNCIAS E NECESSIDADES SEXUAIS PARA PESSOAS COM INCAPACIDADE INTELECTUAL (SEX KEN – ID).....	60
	ANEXO 3 – FORMULÁRIO - AVALIAÇÃO DE CADA SESSÃO	61

ANEXO 4 – SISTEMATIZAÇÃO DOS ARTIGOS INCLUÍDOS PARA CONSTRUÇÃO DO PESS	62
ANEXO 5 – PLANIFICAÇÃO DAS SESSÕES	63
ANEXO 6 – PEDIDO DE COLABORAÇÃO PARA O ESTUDO.....	64
ANEXO 7 – CONSENTIMENTO INFORMADO REPRESENTANTES LEGAIS.....	65

1. INTRODUÇÃO

A sexualidade assume-se como uma componente integrante da vida humana. Está presente desde a nossa concepção até à morte (Aboim, 2016) e contempla dimensões físicas, emocionais e sociais, relacionando-se, por isso, com a realização pessoal, a forma de relacionamento com o outro, a formação de casal, a construção de família e os afetos (Dosch et al., 2016; Lamas, 2018).

Para os adultos com incapacidade intelectual o direito a uma vida sexual plena é, com frequência, confrontado com barreiras sociais e estruturais. Por isso mesmo, verifica-se que há um reconhecimento crescente da necessidade em apoiar a saúde sexual e os direitos à sexualidade e parentalidade destas pessoas, acompanhando o compromisso global com a promoção da igualdade, dignidade e liberdade plasmado na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) (Pérez Curiel et al., 2023).

A sexualidade pode ser definida como a forma pela qual o ser humano vivencia e expressa os instintos e sentimentos que despoletam a atração sexual por outros, fazendo parte da experiência humana. Esta é vivenciada de modo único por cada um de nós e é influenciada por fatores como a composição genética, a educação, a influência de outras pessoas e as posturas sociais. Apesar de fazer parte da experiência humana, é sublinhada a necessidade de se dar a devida importância educacional ao desenvolvimento da sexualidade, por forma a promover comportamentos e contextos saudáveis (Brown, 2023). A educação sexual é por isso um domínio de aprendizagem e desenvolvimento que merece oportunidades educacionais estruturadas e intencionais estendidas a todos, incluindo todos aqueles cujas diferenças possam restringir oportunidades de vida comuns (Sodelli, 2013). É neste contexto, que a educação sexual tem sido abordada como um campo de intervenção fundamental para as pessoas com incapacidade intelectual, reconhecendo-se que a expressão saudável de afeto e carinho é parte fundamental da qualidade de vida. São hoje vários os estudos que, ao abordar a qualidade de vida de pessoas com incapacidade intelectual, destacam a sexualidade como um dos alvos de intervenção prioritária, devido à falta de conhecimento e às poucas experiências positivas face à sexualidade deste público (Pinto & Morgado, 2023). Além disso, não se pode deixar de referir que o tema da sexualidade ganhou maior destaque, quando se começou a detectar maior prevalência de casos de SIDA (Vírus da Imunodeficiência Humana) e de abusos sexuais (Pinto & Morgado, 2023) nesta população. Conforme sublinhado por Brown-Lavoi (2014) as pessoas com incapacidades

neurodesenvolvimentais – onde se inclui as pessoas com incapacidade intelectual – são alvo de abuso sexual numa taxa significativamente superior às pessoas neurotípicas. Este risco aumentado, coloca em evidência a necessidade de promover mais oportunidades estruturadas de aprendizagem sobre a sexualidade, incluindo a capacitação para a identificação de situações/comportamentos potencialmente abusivas ou coercivas. Outros objetos de aprendizagem comumente focados neste campo de intervenção incluem também os riscos inerentes a uma atividade sexual desprotegida (Brown, 2023). Nesta linha, os programas de intervenção explanados na literatura têm incidido sobre componentes de conhecimento como: a família (Uçar et al., 2021), a saúde sexual, a informação e sensibilização (Hameed et al., 2020; Schaafsma et al., 2015; Schmidt et al., 2020); a prevenção de abusos sexuais e o desenvolvimento de relações (Black & Kammes, 2021). Os resultados globais têm apontado para uma melhoria do conhecimento, atitudes e competências face à sexualidade e à saúde sexual (Schaafsma et al., 2015; Black & Kammes, 2021; Hameed et al., 2020).

Este enfoque crescente nas dimensões de reconhecimento e prevenção dos abusos, por um lado, e o enfoque no desenvolvimento de relacionamentos saudáveis por outro, são aspetos específicos na abordagem à sexualidade nesta população que estão na base do uso do conceito de “programas de educação socio-sexuais” (PESS) e não apenas de programas de educação sexual.

Face ao menor acesso à educação e informação desta população os programas de educação socio-sexual têm vindo a visar a promoção do bem-estar, autonomia, inclusão social, e prevenção de abusos, bem como os direitos humanos básicos e o desenvolvimento de relações afetivas saudáveis. No plano afetivo e relacional os programas focam competências sociais cruciais, como a comunicação, a empatia, a resolução de conflitos, que são essenciais para a construção de relações afetivas saudáveis, assentes no respeito e na consciência. Deste modo, estes programas não só têm como alvo educacional a sexualidade, como também um maior conhecimento das emoções e sobre como as expressar de forma assertiva, o desenvolvimento de relações baseadas na confiança e no respeito mútuo, maior compreensão sobre a diferença entre afeto, amizade, amor e desejo sexual e o desenvolvimento da autoestima e da autoconfiança.

Os programas educativos sobre a sexualidade partem de uma perspetiva socio-ecológica assumindo que o conhecimento e a experiência que o indivíduo tem sobre o seu corpo e a sua sexualidade são determinados por fatores, não só, biológicos e psicológicos, mas

também, culturais, de género, de comunicação, políticos, éticos e históricos moldados pelo ambiente em que estão inseridos (Gagnon & Simon, 2017). Esta componente contextual e ambiental torna fulcral integrar a abordagem à sexualidade, à família, e à saúde sexual como uma das dimensões fundamentais de educação e apoio junto de pessoas com incapacidade intelectual, de forma a aumentar os seus níveis de literacia em saúde e, em particular, em saúde sexual.

Os programas de educação sexual têm sido explorados, não só ao nível da produção do conhecimento científico na área, elucidando o público-geral, incluindo profissionais, os próprios indivíduos e famílias acerca da sexualidade enquanto dimensão da vida do ser humano, mas também do ponto de vista social, no sentido de informar e educar a sociedade. O presente estudo descreve o desenvolvimento e implementação de um programa de educação socio-sexual desenhado para um grupo de adultos com incapacidade intelectual apoiados num Centro de Atividades e de Capacitação para a Inclusão (CACI), procurando avaliar a sua eficácia no domínio dos conhecimentos relacionados com a sexualidade.

Nesta senda, e através desta investigação, pretende-se contribuir para uma maior compreensão do modo como a educação socio-sexual pode capacitar adultos com incapacidade intelectual, bem como promover os seus direitos relativos à sexualidade.

Portanto, ao avaliar o impacto do programa socio-sexual desenvolvido, este estudo pretende contribuir para a prática dos profissionais (das mais diversas áreas) que, diariamente, desenvolvem a sua atuação profissional junto deste público, assim como para os decisores políticos, promovendo uma sociedade mais inclusiva.

Por último, este estudo é igualmente importante para colocar em evidência a emergência de programas de educação sócio-sexual especificamente concebidos para as pessoas com incapacidade intelectual e as suas famílias, e capacitá-los de conhecimento que podem aplicar na sua vida, aumentando a qualidade de vida destas pessoas e assegurando os seus direitos humanos.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. SEXUALIDADE DE PESSOAS COM INCAPACIDADE INTELECTUAL

A sexualidade constitui um aspeto complexo e multifatorial da vida do ser humano, traduzindo-se numa “busca por satisfação plena, em desenvolvimento contínuo, que envolve as questões biológicas, psicológicas e sociais” (Camargo & Neto, 2017, p. 165).

A sexualidade diz respeito às formas como o indivíduo experiênciava e se expressa enquanto ser sexual que é. Esta dimensão da vida humana, engloba sentimentos, comportamentos, identidades e papéis relacionados com a atração sexual, intimidade e reprodução. Deste modo, a sexualidade é vivida e experienciada por cada indivíduo de forma única, pois está relacionada com a forma como cada um compreende os seus próprios sentimentos, atrações e identidades sexuais e como opta por expressá-los. Conforme é sublinhado pela Organização Mundial da Saúde, “a sexualidade é vivenciada e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos. Embora a sexualidade possa incluir todas essas dimensões, nem todas elas são sempre vivenciadas ou expressas. A sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, legais, históricos, religiosos e espirituais” (WHO, 2006, p. 10).

Além disso, importa também referir que a sexualidade é uma dimensão do ciclo vital humano que se desenvolve ao longo da sua vida (desde que nasce até à idade adulta), sofrendo a influência das experiências pessoais e das mudanças sociais (Associação para o Planeamento da Família, 2024).

Enquanto parte substancial do ser humano, a sexualidade é influenciada por inúmeros fatores: biológicos (anatomia e fisiologia sexual, ciclo de resposta sexual e hormonas); psicológicos (orientação sexual, identidade de género, preferências e fantasias); socio-culturais (normas e expectativas sociais, atitudes culturais, direitos sexuais); e aspetos relacionais (intimidade, comunicação, parcerias). Ela cruza-se com outros aspetos da identidade humana, como a etnia, o estatuto socioeconómico e a incapacidade, os quais influenciam a forma como o indivíduo acede a oportunidades para vivenciar e expressar a sua sexualidade.

Nesta ordem de ideias, defende-se que para uma total compreensão da sexualidade humana, é necessário reconhecer-se a sua diversidade, bem como os fatores que a influenciam e a moldam. Esta deve ser pensada a partir de uma abordagem holística, não só para uma compreensão global, mas também para ajudar a promover um diálogo mais inclusivo e reconhecedor das diferenças existentes entre cada ser humano (apesar de ser uma dimensão da vida humana comum a todos os seres humanos) e que respeita os direitos sexuais, o direito à educação, o direito à saúde e o direito à família.

2.2. DIREITO À SEXUALIDADE, SAÚDE SEXUAL, FAMÍLIA E PARENTALIDADE

O direito à sexualidade e a uma vida emocional para pessoas com incapacidade intelectual tem vindo a ser reconhecido pela generalidade dos países e por diversas organizações e entidades como a Organização das Nações Unidas (ONU) e apesar da evolução, notória, da defesa por uma vivência positiva da sexualidade e da saúde sexual, a verdade é que a implementação destes direitos está ainda longe de ser plenamente cumprida (Guenoun et al., 2022; Schaafsma et al., 2015).

A este respeito, e no contexto nacional, importa fazer referência à Constituição da República Portuguesa (CRP) que, no seu artigo 12.º, faz referência ao princípio da universalidade, referindo que “todos os cidadãos gozam dos direitos”, ou seja, todos os indivíduos têm os mesmos direitos, independentemente das suas características pessoais ou sociais, com incapacidade ou não, e todos são tratados de igual forma. Em seguida, no seu artigo 13.º, é estabelecido o princípio da igualdade, o qual coloca todos os cidadãos em igualdade perante a lei e que todos eles usufruem da mesma dignidade social. Por isso mesmo, à luz deste artigo, “ninguém pode ser privilegiado, beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever em razão de ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual” (n.º 2). Este mesmo documento, contempla os cidadãos com incapacidade, acrescentando que “os cidadãos portadores de deficiência¹ física ou mental gozam plenamente dos direitos (...) [obrigando-se o Estado] a realizar uma política nacional

¹ É o termo utilizado no documento, sendo que neste trabalho se opta pela utilização do termo *incapacidade*.

de prevenção e de tratamento, reabilitação e integração dos cidadãos portadores de deficiência e de apoio às suas famílias, a desenvolver uma pedagogia que sensibilize a sociedade quanto aos deveres de respeito e solidariedade para com eles e a assumir o encargo da efetiva realização dos seus direitos, sem prejuízo dos direitos e deveres dos pais ou tutores” (artigo 71.º da CRP). Ou seja, o estado português reconhece os direitos das pessoas com incapacidade (física ou intelectual) e compromete-se a apoiá-los, a promover a sua inclusão na sociedade e a educar a mesma. Até porque, “a recusa em aceitar e valorizar as sexualidades das pessoas com deficiência é uma questão de justiça social com consequências de longo alcance. É importante que todas as pessoas considerem como podemos contribuir para uma cultura que defenda e afirme o direito das pessoas com deficiência à vida sexual” (Campbell et al., 2020, p. 363).

Estes direitos estão plasmados na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), a qual reconhece os direitos do homem e reafirma “a universalidade, indivisibilidade, interdependência e correlação de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais e a necessidade de garantir às pessoas com deficiências o seu pleno gozo sem serem alvo de discriminação” (*alínea c*), Preâmbulo, CDPD). De facto, a CDPD é um tratado internacional adotado pela ONU e que marca a história dos direitos das pessoas com incapacidade, pois prima pela promoção e proteção dos seus direitos, bem como pela construção de uma sociedade mais justa, inclusiva e igualitária.

É no artigo 25.º da CDPD que é assegurado o direito à saúde e à sexualidade, podendo ler-se que “as pessoas com deficiência têm direito ao gozo do melhor estado de saúde possível sem discriminação com base na deficiência. Os Estados Partes tomam todas as medidas apropriadas para garantir o acesso às pessoas com deficiência aos serviços de saúde que tenham em conta as especificidades do género, incluindo a reabilitação relacionada com a saúde”. Como explica a WHO (2024a), é consensual a ideia de que a saúde sexual não pode ser obtida e mantida se não se respeitarem e protegerem determinados direitos humanos como os direitos à sexualidade e à saúde sexual, os quais também se afirmam como direitos sexuais e que, segundo a WHO (2006), visam a proteção dos direitos de todo o indivíduo cumprir e expressar a sua sexualidade e desfrutar da saúde sexual, com o devido respeito pelos direitos dos outros e dentro de uma estrutura de proteção contra a discriminação. Portanto, o artigo 25.º da CDPD “discute o direito à saúde, destacando indicadores e resultados pessoais associados a uma boa saúde física (incluindo saúde sexual); prevenção; acesso à informação apropriada sobre questões relacionadas com a saúde; promoção de comportamentos de saúde em formatos acessíveis; tomada de decisão compartilhada;

medicação ou tratamento médico supervisionado, justificado e ajustado; e exames de saúde e testes para doenças sexualmente transmissíveis” (Pérez-Curiel et al., 2023, pp. 1-2).

No que diz respeito à sexualidade, este mesmo artigo especifica que os Estados devem “providenciar às pessoas com deficiência a mesma gama, qualidade e padrão de serviços e programas de saúde gratuitos ou a preços acessíveis iguais aos prestados às demais, incluindo na área da saúde sexual e reprodutiva e programas de saúde pública dirigidos à população em geral”.

De facto, a saúde sexual é um aspeto da saúde em geral e é também uma componente central do bem-estar geral. Como salienta a WHO (2024b), a saúde sexual é crucial para o bem-estar integral de pessoas, casais e famílias e quando encarada de forma positiva, pauta-se por uma atitude respeitadora face à sexualidade e às relações, assegurando a oportunidade de vivenciar experiências sexuais satisfatórias e seguras, ausentes de coerção, discriminação ou violência.

Engane-se quem pensa que a saúde sexual se limita à ausência de doença, muito pelo contrário, uma boa saúde sexual também passa pela existência de relações positivas, assentes no respeito e na capacidade de o indivíduo poder tomar decisões informadas sobre a sua vida sexual. Ora, de acordo com a WHO (2024a), a realização da saúde sexual está ligada à extensão em que os direitos humanos são respeitados, protegidos e cumpridos, na medida em que os direitos sexuais envolvem determinados direitos humanos. E a capacidade de os indivíduos alcançarem uma boa saúde sexual e um bem-estar pleno depende (WHO, 2024b):

- do acesso a informações abrangentes e de boa qualidade sobre sexo e sexualidade;
- do conhecimento sobre os riscos que podem enfrentar e a sua vulnerabilidade às consequências adversas da atividade sexual desprotegida;
- da capacidade de acesso a cuidados de saúde sexual;
- de viver num ambiente que afirma e promove a saúde sexual.

Atendendo ao exposto, não se pode deixar de sublinhar a importância dos programas de educação sexual direcionados para pessoas com incapacidade intelectual, reconhecendo-se que os problemas relacionados com a saúde sexual são abrangentes e incluem aspetos relacionados com orientação sexual, identidade de género, expressão sexual, relacionamentos e prazer (WHO, 2024b). Como afirmam Schwartz e Robertson (2019), os

seres humanos são seres sexuais e muitos adultos aprendem sobre sexo por meio da família, amigos, iniciativas comunitárias, recursos *online* e experiências vividas. O conhecimento e a consciência sexual implicam, frequentemente, iniciativa própria, capacidade e meios para ter acesso a informação e interagir com potenciais parceiros sexuais. Contudo, e tal como enfatizam Schwartz e Robertson (2019) apoiados em vários autores, estas oportunidades não são oferecidas ou não estão disponíveis para muitos adultos com incapacidade intelectual, os quais são, com frequência, dessexualizados na sociedade, vendo-lhes ser negadas oportunidades de educação sexual e relações amorosas.

Por isso mesmo, não se pode descurar o artigo 16.º da CDPD, o qual se debruça sobre a proteção contra a exploração, violência e abuso de pessoas com incapacidade, referindo a obrigação dos Estados em implementarem medidas que visem a sua proteção (dentro e fora do lar) contra qualquer forma de exploração, violência e abuso, mas também a sua educação (e das famílias também), sobre como evitar, reconhecer e comunicar situações de exploração, abuso e/ou violência.

Também o direito à família e à parentalidade não é desconsiderado nesta Convenção, a qual, no seu artigo 23.º, sublinha a necessidade de os Estados adotarem medidas “para eliminar a discriminação contra pessoas com deficiência em todas as questões relacionadas com o casamento, família, paternidade e relações pessoais, em condições de igualdade com as demais”. Na verdade, a CDPD é um tratado da maior importância, na medida em que estabelece um quadro legal e moral que visa a proteção e a promoção dos direitos das pessoas com incapacidade, promovendo, não só, a igualdade, a dignidade e a participação social plena destas pessoas, assim como para a construção de uma sociedade mais justa, inclusiva e que permite que qualquer indivíduo, independentemente das suas capacidades físicas e/ou mentais, tenha condições e oportunidades para alcançar o seu máximo potencial, seja em termos de sexualidade, seja em termos de construção de uma família.

Nesta ordem de ideias, o artigo 23.º da CDPD é da maior relevância, uma vez que “refere-se ao direito de ter oportunidades de conhecer pessoas, estabelecer relações, ter amigos, ter relação de casal e escolher a sua orientação sexual; casar e constituir família, o que inclui manter a sua fertilidade em condições de igualdade com os outros, fazer as suas próprias escolhas reprodutivas e sexuais e decidir o número de filhos que terá; manter os próprios filhos com eles; receber informação sexual, orientação, apoio e cuidados para os seus filhos; poder adotar e promover e ter acesso à reprodução assistida; aceder a apoio não

discriminatório na sexualidade; e receber programas abrangentes de educação sexual” (Pérez-Curiel et al., 2023, p. 1). Este procura assegurar:

- “O reconhecimento do direito de todas as pessoas com deficiência, que estão em idade núbil, em contraírem matrimónio e a constituírem família com base no livre e total consentimento dos futuros cônjuges” (*alínea a*), artigo 23.º, CDPD);
- "O reconhecimento dos direitos das pessoas com deficiência a decidirem livre e responsabilmente sobre o número de filhos e o espaçamento dos seus nascimentos, bem como o acesso a informação apropriada à idade, educação em matéria de procriação e planeamento familiar e a disponibilização dos meios necessários para lhes permitirem exercer estes direitos” (*alínea b*), artigo 23., CDPD);
- “As pessoas com deficiência, incluindo crianças, mantêm a sua fertilidade em condições de igualdade com os outros” (*alínea c*), artigo 23.º, CDPD).

Assim, apraz referir que, no tocante aos direitos à sexualidade, saúde sexual, família e parentalidade, a WHO (2024a) aponta como direitos críticos:

- os direitos à igualdade e à não discriminação;
- o direito de estar livre de tortura ou de tratamento ou punição cruel, desumano ou degradante;
- o direito à privacidade;
- os direitos ao mais alto padrão de saúde possível (incluindo a saúde sexual) e à segurança social;
- o direito de casar e de constituir família e de contrair matrimónio com o livre e pleno consentimento dos futuros cônjuges, e à igualdade na dissolução do casamento e na sua dissolução;
- o direito de decidir o número e o espaçamento dos filhos;
- os direitos à informação, bem como à educação;
- os direitos à liberdade de opinião e expressão;
- o direito a um recurso efetivo para violações de direitos fundamentais.

Contudo, e embora não se possam negar os avanços e as conquistas alcançadas em matéria de direitos à sexualidade, à família e à parentalidade, concorda-se com Pérez-Curiel et al. (2023, p. 2) quando afirmam que “não há dúvida de que houve avanços importantes no reconhecimento dos direitos das pessoas com deficiência nas últimas décadas. No entanto, apesar do compromisso da maioria dos países com estes direitos, as pessoas com deficiência

continuam a sofrer múltiplos níveis de discriminação, e as pessoas com DI², em particular, constituem um dos grupos mais vulneráveis”.

2.3. DIFICULDADES / NECESSIDADES DE APOIO NA VIDA SEXUAL DE PESSOAS COM INCAPACIDADE INTELECTUAL

Quando nos referimos a incapacidade intelectual, reportamo-nos a limitações significativas ao nível do funcionamento intelectual, do comportamento adaptativo, o qual envolve um vasto conjunto de competências práticas, sociais e conceituais que são necessárias para o quotidiano do indivíduo. De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5-TR, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder) da Associação Americana de Psiquiatria (AAP, 2022), a incapacidade intelectual tem o nome de perturbação do desenvolvimento intelectual e integra os distúrbios do neurodesenvolvimento. Neste manual surge definida como “um transtorno com início durante o período de desenvolvimento que inclui déficits de funcionamento intelectual e adaptativo no domínios conceitual, social e prático” (AAP, 2022, p. 38) e para o seu diagnóstico tem de cumprir com três critérios (AAP, 2022, p. 38):

- Défices nas funções intelectuais, como raciocínio, resolução de problemas, planeamento, pensamento abstrato, julgamento, aprendizagem académica e aprendizagem com a experiência, confirmados por avaliação clínica e testes de inteligência individualizados e padronizados;
- Défices no funcionamento adaptativo que resultam no fracasso em atender aos padrões de desenvolvimento e socioculturais de independência pessoal e responsabilidade social. Sem suporte contínuo, os défices adaptativos limitam o funcionamento em uma ou mais atividades da vida diária, como comunicação, participação social e vida independente, em vários ambientes, como casa, escola, trabalho e comunidade;
- Início de défices intelectuais e adaptativos durante o período de desenvolvimento.

² Deficiência intelectual.

Em função da sua gravidade, a incapacidade intelectual é classificada de leve, moderada, grave ou profunda, sendo que os critérios para aferir o seu nível de gravidade constam no DMS-5-TR, sendo especificados em três domínios: conceitual, social e prático (AAP, 2022).

Ou seja, do ponto de vista do funcionamento intelectual, as pessoas com incapacidade intelectual apresentam dificuldades de aprendizagem e de compreensão e aplicação de nova e complexa informação. Do ponto de vista do comportamento adaptativo, estas pessoas defrontam-se com desafios nas competências práticas (por exemplo, de autocuidado), sociais (por exemplo, de comunicação e interação social) e conceituais (por exemplo, de alfabetização). Trata-se por isso de uma circunstância relacionada com a interação da pessoa com o meio – incapacidade – mais do que estritamente uma deficiência. Esta conceção de incapacidade intelectual demarca-se assim da anterior nomenclatura “deficiência intelectual” colocando na equação a adequação e complexidade do meio em que as pessoas se inserem (Sanches-Ferreira et al., 2012).

A vida sexual das pessoas com incapacidade intelectual pode ser afetada por dificuldades que envolvem fatores diferentes – individuais, sociais e institucionais – sendo importante abordar a sexualidade como uma parte fundamental da experiência humana, independentemente das capacidades intelectuais que cada indivíduo possui (Richards et al., 2009).

Entre as principais dificuldades destacam-se:

- a falta de educação sexual: oportunidades educacionais limitadas e desadequadas às necessidades deste grupo de pessoas. Stoffelen et al. (2017) sublinha a desadequação da informação sobre sexualidade e direitos sexuais para esta população, a par da falta de programas e intervenções de educação sexual que visem a compreensão da sexualidade e da saúde sexual, e a obtenção de informação e conhecimento para tomada de decisões seguras, prevenindo o abuso sexual (Schmidt et al., 2020);
- o estigma social e o preconceito: persistindo a ideia de que as pessoas com incapacidade intelectual não têm necessidades ou desejos sexuais;
- a proteção excessiva, seja por parte da família, seja por parte das instituições, restringindo oportunidades para desenvolverem e explorarem a sua sexualidade de uma forma saudável e adequada. Como resultado, estas pessoas também estão mais vulneráveis ao abuso, devido à falta de informação e conhecimento sobre o que são comportamentos sexuais adequados e comportamentos sexuais abusivos. A este

respeito, Stoffelen et al. (2017), referem que a sobreproteção combinada com a falta de competências e conhecimentos deixam as pessoas com incapacidade intelectual mais suscetíveis ao abuso sexual. Na mesma ótica, Schaafsma et al. (2015), reportam o desencorajamento de outras formas de expressão sexual para além de experiências de amizade, beijos, carinhos, dar as mãos por parte dos pais, familiares ou profissionais (Schaafsma et al., 2015);

- as dificuldades de comunicação, dificultando a expressão dos seus desejos e de interpretarem os sinais verbais e não verbais dos seus parceiros (Hayashi et al. 2011 como citado em Stoffelen et al., 2017);
- o acesso a serviços de saúde, que muitas vezes não prestam um serviço adequado ou não detêm conhecimento na área, o que impede o acesso a cuidados preventivos e tratamento de problemas sexuais (Ignagni et al., 2016; Watson et al., 2002);
- a autonomia e o consentimento, isto é, o respeito pela autonomia sexual de pessoas com incapacidade intelectual pode ser comprometido pela assunção de que estas não são capazes de tomar decisões informadas acerca da sua sexualidade, bem como o consentimento informado pode ser desafiador, exigindo que estas pessoas estejam informadas e saibam diferenciar o que é e não é aceitável (Stoffelen et al., 2017);
- as carências de oportunidades para experiências sexuais positivas são limitadas (Schaafsma et al., 2015).

Na mesma linha de pensamento, Matin et al. (2021), através de uma revisão sistemática, sublinha o conhecimento limitado, a falta de educação, as atitudes negativas, a falta de acesso a cuidados de saúde, a falta de experiências sexuais e o isolamento social (o que pode concorrer para o aumento da violência e abuso sexuais em mulheres com incapacidade intelectual) e a falta de consciência sexual como as principais dificuldades/barreiras enfrentadas por este grupo de indivíduos.

Torna-se, por isso, importante reconhecer e abordar as dificuldades de pessoas com incapacidade intelectual ao nível da sua sexualidade para promover a inclusão, a dignidade e o respeito pelos direitos humanos destas pessoas. Assume-se, deste modo, que é necessária uma abordagem compreensiva que envolva educação, sensibilização, apoio e políticas inclusivas para se contornarem os obstáculos existentes e para proporcionar uma vida sexual saudável e satisfatória para todas as pessoas com incapacidades intelectuais.

2.4. ASPETOS SOCIETAIS

A sexualidade das pessoas com incapacidade intelectual é influenciada por múltiplos fatores sociais, os quais podem facilitar ou dificultar a expressão saudável e plena da sexualidade desta população. Contudo, tal como salientam Wit et al. (2022), apesar da crescente aceitação da igualdade de direitos, nem a capacidade de exercer a livre expressão sexual nem a possibilidade de se envolver em relacionamentos amorosos são evidentes para as pessoas com incapacidade intelectual.

Assim sendo, ao nível das perceções sociais e do estigma social, estão ainda demasiado presentes a ideia de dessexualização e os preconceitos. Em relação à primeira, importa referir que existe a geral perceção de que as pessoas com incapacidade intelectual não têm desejo sexual ou não deveriam expressar a sua sexualidade, o que dá origem a uma negação das suas necessidades sexuais e a um pensamento de que as suas necessidades são algo de errado. Este preconceito é perpetuado na sociedade que olha para a sexualidade desta população como algo problemático ou perigoso, o que dá origem ao desenvolvimento de atitudes discriminatórias e estigmatizantes. Neste sentido, Chrastina e Vecerová (2020), advogam que o conhecimento adequado e as atitudes justas da sociedade face à sexualidade de pessoas com incapacidade intelectual têm grande impacto no seu bem-estar geral e na sua qualidade de vida.

Já em relação à educação sexual e informação, constata-se que a maior parte das pessoas com incapacidade intelectual não tem acesso a uma educação sexual adequada, o que se deve, essencialmente, a dois aspetos: 1) falta de recursos adequados; e 2) relutância e resistência da família/cuidadores e dos profissionais que as acompanham em abordar o assunto. Mediante a falta de uma educação sexual que deve ser desenvolvida, de forma que este público compreenda a mensagem que está a ser transmitida, é criado espaço para o surgimento de mitos, preconceitos e estigmas, o que contribui para aumentar a sua vulnerabilidade face a comportamentos de risco e abusos sexuais. Esta vulnerabilidade aumenta ainda perante a dificuldade de pessoas com incapacidade intelectual, e sem conhecimento ou informação acerca do assunto, em reconhecer e denunciar situações de abuso. Sobre este aspeto, Servais (2006 como citado em Wit et al., 2022) refere que os familiares, em particular, ignoram as necessidades sexuais das pessoas com incapacidade intelectual, no entanto, Wit et al. (2021 como citado em Wit et al., 2022), afirmam que as atitudes de apoio por parte dos profissionais e dos familiares ajudam a promover a expressão sexual livre e a construção de relacionamentos saudáveis.

Ao nível das relações sociais e afetivas, denota-se que a privação de socialização pode restringir e até impedir a formação de relacionamentos amorosos e sexuais saudáveis. Como explicam Wit e colegas (2022, p. 316) “para expressar livremente a sua sexualidade e envolver-se em relacionamentos, as pessoas com incapacidade intelectual dependem do apoio e da educação fornecidos pela equipa de apoio e parentes. O impacto das atitudes do pessoal de apoio e dos familiares parece ser significativo. As atitudes representam o grau em que gostamos ou não gostamos de um determinado assunto atitudinal, como a sexualidade e, subsequentemente, impactam a nossa disposição para fornecer apoio e educação sobre esse assunto. Na verdade, descobriu-se que as atitudes do pessoal de apoio e dos familiares têm uma influência maior sobre a liberdade de expressão sexual das pessoas com deficiência intelectual do que as suas próprias capacidades e atitudes”. Apontando achados semelhantes, Frawley e Wilson (2016 como citado em Chrastina & Vecerová, 2020), referem que os prestadores de cuidados (formais ou informais), quando demasiado conservadores, contribuem para uma possível restrição do desenvolvimento da pessoa com incapacidade intelectual face à sua própria identidade social e sexual.

É, assim, impreterível apontar o acesso a serviços de saúde e a formação dos profissionais como aspetos sociais que exercem influência na sexualidade de pessoas com incapacidade intelectual. É frequente esta população defrontar-se com obstáculos ao nível do atendimento na saúde sexual e com a falta de acessibilidade a serviços de saúde sexual e reprodutiva, pois os profissionais de saúde não estão preparados para abordar as questões sexuais junto deste público, o que resulta num atendimento e numa prestação de cuidados inadequados. Ao mesmo tempo, é de salientar a falta de formação de profissionais no atendimento e prestação de serviços de saúde, bem como de educação e assistência social, o que motiva dificuldades em lidarem e ajudarem estas pessoas em matéria de sexualidade e saúde sexual e para conceberem e implementarem intervenções sensíveis e informadas. A este respeito, é necessário fazer-se referência ao estudo de Charitou et al. (2021), no qual exploraram a forma como os profissionais que trabalham com pessoas com incapacidade intelectual em vários setores (profissionais de saúde, gestores de serviços, enfermeiros, educadores, psicólogos e assistentes sociais) percecionam o seu papel face ao apoio à sexualidade e aos relacionamentos. Os resultados deste estudo mostram que os profissionais têm atitudes ambivalentes e respondem, frequentemente, de forma inconsistente a questões relacionadas com a sexualidade, o que se deve: à incerteza quanto ao papel por eles desempenhado; ao receio de responsabilização; à falta de formação e de políticas; e fatores relacionados com a entidade empregadora e os familiares prestadores de cuidados. Segundo este estudo, a formação e supervisão dos profissionais é crucial, com a finalidade de se abordarem atitudes

ambivalentes e de dar continuidade à política nacional e local em relação à sexualidade e às relações amorosas, e de apoiar os familiares/cuidadores a desenvolverem um trabalho conjunto com os profissionais de diferentes áreas, por forma a abordarem questões associadas à sexualidade.

Desta forma, entende-se que a abordagem à sexualidade de pessoas com incapacidade intelectual, primando pelo respeito e pela inclusão, é fundamental para promover a sua saúde, nomeadamente, a sua saúde sexual, mas também o seu bem-estar e os seus direitos humanos. Tal, implica que sejam desenvolvidas medidas e programas no âmbito da educação, formação, política e sensibilização da sociedade para uma mudança de perspetiva que prima pela inclusão, autonomia e respeito pela diferença de pessoas com distintas capacidades e pela diversidade sexual.

2.5. PROGRAMAS EDUCATIVOS DIRIGIDOS AOS PROFISSIONAIS, ÀS PESSOAS COM INCAPACIDADE INTELECTUAL E ÀS FAMÍLIAS

Perante tudo o que foi mencionado até ao momento, os programas de educação sexual são fundamentais para abordar a sexualidade das pessoas com incapacidade intelectual numa ótica inclusiva, respeitadora e informada.

A importância destes programas defende-se nos seus diversos destinatários:

- educação e formação de profissionais: sensibilização e combate ao preconceito, desenvolvimento de abordagens holísticas e inclusivas, desenvolvimento de competências, melhoria da qualidade do atendimento prestado e apoio psicossocial;
- educação das pessoas com incapacidade intelectual: conhecimento e autonomia, competências de comunicação, reconhecimento de abusos e desenvolvimento de relações positivas e saudáveis;
- apoio às famílias e cuidadores: informação e sensibilização, respeito e apoio, diálogo, orientação e suporte e prevenção de abusos.

São vários estudos que relatam o desenvolvimento e implementação de programas e intervenções que abordam a sexualidade em pessoas com incapacidade intelectual.

Focando a família, Uçar et al. (2021) realizaram um estudo que procurou analisar o efeito do programa de educação sexual para famílias de adultos com incapacidade intelectual no nível de conhecimento e das suas atitudes em relação ao desenvolvimento sexual e à educação sexual dos seus filhos. Os resultados obtidos por Uçar et al. (2021) demonstraram que o programa não afetou as atitudes das mães e dos pais em relação à sexualidade dos adultos com incapacidade intelectual. A análise destes resultados conduz-nos a duas ilações: os conteúdos do programa podem não ter sido totalmente compreendidos devido ao nível baixo de escolaridade das famílias; ou devido às atitudes negativas destas famílias face ao tema da sexualidade.

Já Schmidt et al. (2020) realizaram uma *scoping review* com o objetivo de identificar a extensão e a natureza das intervenções de educação em saúde sexual dirigidas a indivíduos com incapacidade intelectual, com idades compreendidas entre os 15 e 24 anos. Os autores concluíram que a literatura é escassa na avaliação rigorosa do impacto das intervenções de educação em saúde sexual. Contudo, a maioria dos estudos reportou melhorias no conhecimento sobre saúde sexual.

Também Schaafsma et al. (2015), por meio de uma revisão sistemática da literatura, se preocuparam em identificar os métodos adotados em programas de educação sexual destinados a indivíduos com incapacidade intelectual. Os resultados deste estudo realçam a existência de métodos para aumentar o conhecimento e melhorar competências e atitudes, no entanto, os investigadores verificaram que a generalização das competências para situações da vida real nem sempre era alcançada. Os autores referem que “embora existam algumas evidências de métodos que podem melhorar o conhecimento, as atitudes e as competências no que diz respeito à educação sexual destinada a indivíduos com deficiência intelectual, devido à falta de descrições detalhadas, não é claro em que condições estes métodos funcionam” (Schaafsma et al., 2015, p. 412).

No mesmo sentido, Black e Kammes (2021) realizaram uma revisão sistemática da literatura com a finalidade de apurarem os resultados de intervenções focadas na sexualidade de adolescentes mais velhos e adultos com incapacidade intelectual. As investigadoras verificaram que antes de 2010 foram realizados mais estudos centrados na prevenção de abusos e depois de 2010 foram publicados mais estudos que enfocaram o desenvolvimento

de relacionamentos. Apesar de se terem utilizado currículos e protocolos de formação diferentes, os tópicos e métodos empregados para ensinar o conteúdo eram semelhantes e os resultados demonstraram que os participantes de todos os estudos melhoraram o seu conhecimento e comportamento após as intervenções.

Por outro lado, Hameed et al. (2020) realizaram uma revisão sistemática com o objetivo de avaliar as intervenções que promovem a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos em pessoas com incapacidade intelectual em países de baixo e médio rendimento. Os resultados demonstraram que 11 intervenções foram provenientes de ambientes de rendimento médio-alto; dois de ambientes de baixa renda e apenas um operava em áreas rurais. As intervenções abordaram incapacidade intelectual (6), incapacidade visual (6), incapacidade auditiva (4), condições de saúde mental (2) e incapacidades físicas (2). As evidências permitiram constatar que a maioria das intervenções (15/16) se focava na prestação de informação e na sensibilização, não se tendo identificado nenhuma intervenção que promovesse o acesso à saúde materna, ao planeamento familiar, à contraceção ou ao aborto seguro para pessoas com incapacidade (Hameed et al., 2020).

Concluindo, o desenvolvimento e implementação de programas educativos e de intervenções que focam questões relacionadas com a sexualidade é crucial para a construção de uma sociedade mais justa, inclusiva e respeitadora da sexualidade das pessoas com incapacidade intelectual. Estes programas e intervenções, concebidos especificamente para este público, promovem a conscientização, o respeito pelos direitos sexuais, a autonomia e a segurança, apresentando vantagens para as pessoas com incapacidade intelectual, bem como para os profissionais e as famílias que as acompanham e prestam apoio.

3. MÉTODO

O presente estudo adota uma estratégia predominantemente quantitativa, procurando descrever e avaliar os efeitos de um programa de educação socio-sexual no conhecimento relacionado com a sexualidade num grupo de adultos com incapacidade intelectual através da administração (nos momentos pré e pós do programa) da escala Sexken-ID (versão original de McCabe, 1994, traduzida para português por Pinto & Nobre, 2011). O programa foi implementado ao longo de 6 meses, com um total de 19 sessões. A sua implementação foi conduzida pela autora deste estudo, contando também com o envolvimento de dois profissionais externos à instituição, uma enfermeira e uma psicóloga.

O estudo seguiu, deste modo, um desenho quasi-experimental intrasujeito, composto por três fases:

- Fase 1: avaliação da funcionalidade e dos conhecimentos relacionados com a sexualidade prévia à implementação do programa;
- Fase 2: desenho e implementação do programa de educação socio-sexual;
- Fase 3: avaliação dos conhecimentos relacionados com a sexualidade posterior à implementação do programa.

3.1. PARTICIPANTES

Para a constituição da amostra, foram convidados oito adultos com incapacidade intelectual apoiados no local de trabalho da investigadora - em específico adultos apoiados pela resposta CACI – tratando-se de um processo de amostragem por conveniência. Entre os adultos apoiados pela instituição, foram convidados a participar no estudo quatro indivíduos que residem no Lar Residencial (LR) e quatro que residem com a sua família, que atendiam ao critério de inclusão: ter diagnóstico de incapacidade intelectual, de grau leve ou moderado; e que voluntariamente aceitaram participar no estudo.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos participantes

Participante	Idade Gênero	Nível de Severidade da Incapacidade Intelectual	M de Nível de Independência (MAF)	Atividades em que participa através do CACI	Objetivos pessoais constantes no PII
P1	56 Feminino	Leve	5.6	Culinária; Competências Acadêmicas Funcionais; Trabalhos Manuais; Lavandaria; Jardinagem; Boccia; Golfe; Piscina; Estufas agrícolas; Treino de AVD's; Saída à comunidade	Ter um emprego relacionado com culinária/cozinha; Habitar nas residências de autonomização e inclusão
P2	51 Feminino	Leve	6.4	Culinária; Competências Acadêmicas Funcionais; Trabalhos Manuais; Jardinagem; Boccia; Golfe; Treino de AVD's; Saída à comunidade	Trabalhar com moda/pronto a vestir ou num cabeleireiro; Habitar nas residências de autonomização e inclusão
P3	65 Feminino	Leve	5.4	Culinária; Competências Acadêmicas Funcionais; Trabalhos Manuais; Lavandaria; Jardinagem; Boccia; Golfe; Piscina; Atletismo; Estufas agrícolas; Treino de AVD's; Saída à comunidade	Trabalhar numa lavandaria; gosta de cuidar da roupa
P4	53 Feminino	Moderado	6.0	Culinária; Competências Acadêmicas Funcionais; Trabalhos Manuais; Boccia; Golfe; Piscina; Atletismo; Estufas agrícolas; Jardinagem; Treino de AVD's; Saída à comunidade	Ter um emprego como bordadeira
P5	56 Masculino	Moderado	5.5	Competências Acadêmicas Funcionais; Trabalhos Manuais; Boccia; Golfe; Piscina; Atletismo; Estufas agrícolas; Saída à comunidade	Trabalhar num armazém de cargas e descargas de bens alimentares
P6	38 Masculino	Leve	6.4	Competências Acadêmicas Funcionais; Trabalhos Manuais; Artesanato; Boccia; Golfe; Piscina; Atletismo; Jardinagem; Saída à comunidade	Cantar rap ou ser dançarino; Habitar nas residências de autonomização e inclusão
P7	48 Masculino	Leve	5.4	Competências Acadêmicas Funcionais; Trabalhos Manuais; Boccia; Golfe; Piscina; Atletismo; Jardinagem; Estufas agrícolas; Saída à comunidade	Aprender a fazer esculturas em madeira
P8	40 Masculino	Leve	2.9	Competências Acadêmicas Funcionais; Trabalhos Manuais; Boccia; Piscina	Terminar de escrever o livro sobre a sua mãe; Deixar a rádio on-line para um estúdio de rádio físico

Legenda: 7 – Independência completa (em segurança, em tempo normal) 6 – Independência modificada (ajuda técnica) 5 – Supervisão 4 – Ajuda Mínima (indivíduo > = 75%) 3 – Ajuda Moderada (indivíduo > = 50%) 2 – Ajuda máxima (indivíduo > = 25%) 1 – Ajuda Total (indivíduo > = 0%)

Com exceção do participante 8 – com necessidades de apoio mais extensas -, todos os participantes apresentam uma média de independência funcional situada entre o nível 5 (supervisão) e o 6 (independência modificada). Os participantes tinham idades compreendidas entre os 38 e os 65 anos.

3.2. INSTRUMENTOS

Para desenvolvimento e implementação do PESS socorremo-nos de instrumentos para:

- (i) **Caracterização funcional dos participantes:** para caracterizar os adultos a nível do funcionamento e das necessidades de apoio, foi aplicada a Medida de Avaliação Funcional (MAF). A MAF é uma das ferramentas mais amplamente utilizadas para avaliar o nível de suporte necessário para que adultos com deficiência e incapacidade realizem atividades da vida diária. Adicionalmente a estes instrumentos, foram recolhidas informações demográficas como, género, idade, diagnóstico e o tipo de incapacidade, com base na análise dos processos dos participantes;
- (ii) **Avaliação pré e pós teste:** com a Escala de Conhecimentos, Experiências e Necessidades Sexuais para Pessoas com Incapacidade Intelectual (SexKen-ID);
- (iii) **Avaliação do planeamento e implementação das sessões:** refletindo, em cada sessão, sobre a implementação das atividades planeadas e o grau de envolvimento dos participantes.

3.2.1 MEDIDA DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL (MAF)

A MAF é uma das ferramentas mais frequentemente utilizadas para avaliar o nível de assistência necessário para o desempenho de atividades da vida diária por adultos com deficiência e incapacidade (consultar no anexo 1). Foi elaborada na América do Norte na década de 1980, sob a égide de uma iniciativa da *American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation* e do *American Congress of Rehabilitation of Medicine*. O seu principal objetivo é avaliar a quantidade de apoio que uma pessoa precisa para executar as tarefas motoras e cognitivas da vida diária (Riberto et al., 2004). A versão original incluía 18 itens relacionados com os autocuidados, controlo dos esfíncteres, mobilidade, comunicação e cognição social. O instrumento que utilizamos integra a versão complementar MAF (Alcott et al., 1997; Hall et al., 1993; Hobart et al., 2001), que acrescenta mais 12 itens aos 18 itens já existentes na Medida de Independência Funcional (MIF) incluindo os domínios: autocuidados (deglutir), controle de esfíncteres, mobilidade/transferência (carro), na locomoção (acesso à comunidade), comunicação (ler, escrever, discurso inteligível, adaptação psicossocial (estado emocional, adaptação às limitações, empregabilidade), e na função cognitiva (orientação, atenção, avaliação da segurança). Cada domínio abrange um conjunto de itens referentes a atividades e competências (perfazendo um total de 30 itens) cujo nível de independência é

avaliado através de uma escala que varia entre 1 e 7 – sendo que 1 indica dependência total e 7 indica independência completa. A pontuação total pode variar entre 30 e 210 (quanto maior a pontuação maior o nível de independência).

Como é apresentado na meta-revisão de Ottenbacher e colegas (1996), estudos anteriores em diferentes populações de indivíduos com incapacidade e em diferentes contextos de intervenção clínica, reabilitativa e comunitária apontam bons níveis de fiabilidade da aplicação da MIF. O mesmo se aplica à versão complementar (MIF+MAF) que revela bons indicadores: (i) de validade, com correlação significativa com índices de severidade de incapacidade (Donaghy & Wass, 1998) e (ii) de fiabilidade, com valor de *Alpha* de *Cronbach* situado no 0.96 (MIF+MAF) (Hobart et al., 2001).

3.2.2 ESCALA DE CONHECIMENTOS, EXPERIÊNCIAS E NECESSIDADES SEXUAIS PARA PESSOAS COM INCAPACIDADE INTELECTUAL

A Escala de Conhecimentos, Experiências e Necessidades Sexuais para Pessoas com Incapacidade Intelectual (SexKen-ID), é uma escala – originalmente desenvolvida por McCabe (1994) - que avalia os conhecimentos, experiências, sentimentos e necessidades de pessoas com incapacidade intelectual em diversas áreas relacionadas com a sexualidade. O SexKen-ID divide-se em três partes:

- A primeira parte incide nas áreas menos invasivas da sexualidade: Amizade, Namoro e Intimidade, Casamento e Identificação de Partes do Corpo;
- A segunda foca-se nos aspetos mais específicos da sexualidade: Sexualidade e Educação Sexual, Menstruação, Interação Sexual e Métodos Contracetivos;
- E a terceira aborda as áreas mais pessoais: Gravidez, Aborto e Parto, Doenças Sexualmente Transmissíveis, Masturbação e Homossexualidade.

Cada entrevista abrange questões de conhecimento relevantes para as seguintes.

Neste instrumento (ver no anexo 2) – com um total de 12 subescalas - os itens sim/não são pontuados com 1 ou 2 (e.g., tem namorado, namorada ou um companheiro especial?); as escalas de resposta de tipo Likert compreendem uma pontuação entre 1 e 5 (e.g., no geral,

como se sente em relação às suas amigas?) e as questões abertas sobre o conhecimento são pontuadas com 0, 1 ou 2, dependendo da precisão da resposta (e.g., o que é a amizade?). Alguns itens são não categóricos (e.g., o que é que costuma fazer com as suas amigas, quando estão juntos?) e não contribuem para a pontuação total.

Relativamente às características psicométricas da escala original, são consideradas boas, com valores de correlação teste-reteste na sua maioria estatisticamente significativos. Quanto à consistência interna, os valores de *Cronbach* variaram entre .01 e .96, com algumas subescalas a apresentar menor confiabilidade, como: a Amizade na dimensão das necessidades (.34); o Casamento nas dimensões conhecimento (.41) e sentimentos (.13); a Gravidez, Aborto e Parto na dimensão dos sentimentos (.42) e a Homossexualidade na dimensão dos sentimentos (.01). Estes resultados explicam-se por algumas destas subescalas conterem um reduzido número de itens (2 a 5 itens) (McCabe, Cummins & Deeks, 1999). A versão portuguesa do SexKen-ID (Pinto & Nobre, 2011), apresenta igualmente variações (entre .13 e .91) nos valores de consistência interna das subescalas, em conformidade com o resultado do estudo original de McCabe e Colaboradores (1999). A consistência inter-avaliador revelou correlações estatisticamente significativas ($p < .01$) em todas as subescalas, com valores entre .52 e 1.00.

Neste estudo, a administração do instrumento foi realizada presencialmente entre o participante e a investigadora, com recurso às imagens, sempre que aplicável. A investigadora procedeu à leitura na íntegra de cada item e transcreveu as respostas fornecidas nas questões abertas. A aplicação do instrumento teve uma duração de duas horas por participante, totalizando, assim, 32 horas para os oito participantes.

O instrumento foi administrado integralmente, embora para fins comparativos pré e pos programa, apenas se tenham utilizado as pontuações referentes à dimensão dos conhecimentos.

3.2.3 AVALIAÇÃO DO PLANEAMENTO DAS SESSÕES

Para se proceder à avaliação de cada sessão, tomou-se como referência o formulário contemplado no programa inclusivo de educação financeira (PiEF) de Silveira-Maia e Melo (2024) e o qual visa acompanhar a integridade da intervenção e o envolvimento dos

participantes. O documento foi adaptado em função dos objetivos do estudo, estando estruturado em duas componentes principais – **o grau de implementação** e **o grau de envolvimento** dos participantes –, oferecendo uma visão sobre a execução das atividades e o nível de participação dos envolvidos ao longo do PESS.

No grau de implementação, é medida a concretização das atividades planejadas para a sessão. Este parâmetro é classificado em quatro níveis: “Nada”, “Pouco”, “Muito” e “Completamente”. Quando nenhuma das atividades programadas foi realizada ou substituídas por outras, o grau de implementação é considerado “Nada”. Já quando uma parte das tarefas ou atividades foram concretizadas, recorre-se à classificação de “Pouco”. A opção “Muito” é usada quando a maioria das atividades foram implementadas, embora sem atingir o planejamento integral. Finalmente, o nível “Completamente” indica que todas as atividades foram realizadas conforme o plano, respeitando o tempo definido para cada tarefa. Estes níveis permitem uma avaliação precisa sobre a correspondência entre o planejamento e a realidade da execução da sessão.

No grau de envolvimento, o foco está na interação dos participantes com as atividades, tarefas e materiais durante a sessão. Assim como no grau de implementação, a classificação do envolvimento também varia entre “Nada”, “Pouco”, “Muito” e “Completamente”. Quando os participantes não interagem ou não se empenham para as atividades em algum momento, o grau de envolvimento é considerado “Nada”. Caso exista alguma interação, mas limitada a uma pequena parte do tempo, é assinalado “Pouco”. No caso de uma participação positiva, mas não contínua, opta-se por “Muito”. Por último, “Completamente” define uma sessão em que os participantes foram constantemente ativos e focados nas atividades durante todo o período.

Além disso, o formulário adaptado incentiva a uma reflexão, especialmente se os níveis de implementação ou envolvimento ficarem abaixo do esperado. Através de uma autoavaliação, o responsável pela sessão é convidado a pensar em ajustes para melhorar as próximas atividades. Essas alterações podem ser ao nível do número e tipo de atividades, da duração, do contexto das tarefas, bem como dos materiais de suporte e das estratégias de implementação. Este processo de reflexão visa melhorar cada sessão, garantindo que o programa se adapte às necessidades e motivações dos participantes, promovendo o seu impacto.

Este formulário (para consulta no anexo 3) constitui uma ferramenta essencial para a gestão e avaliação de atividades educativas, sociais ou formativas, promovendo uma evolução constante baseada na análise de cada sessão.

3.3. PROGRAMA DE EDUCAÇÃO SOCIO-SEXUAL (PESS)

O nosso programa – que designamos por PESS – foi implementado ao longo de um período de seis meses, com um total de dezanove sessões. Cada sessão tinha uma duração de 90 minutos, sendo implementada na sala pedagógica. As sessões realizaram-se com uma frequência bissemanal em dois dos meses de implementação e depois assumiu uma frequência semanal. O PESS decorreu entre os meses de Janeiro e Junho do ano de 2024 (tabela 2).

Tabela 2. Cronograma do desenvolvimento do PESS

Desenvolvimento Programa Socio-Sexual 2024																												
Atividades	Semanas																											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
Pré intervenção (aplicada a escala SexKen-ID)		■																										
Conhecimento Corporal			■	■																								
Autocuidado					■	■																						
Privacidade						■	■																					
Afetividade e Relacionamentos Saudáveis								■		■	■																	
Sexualidade												■		■	■													
Direitos																	■											
Gestão do Risco																								■	■			
Saúde Sexual																										■	■	
Pós intervenção (aplicada a escala SexKen-ID)																											■	■

Para a construção do programa baseamo-nos numa revisão da literatura não sistematizada que incluiu oito estudos interventivos que apresentavam e avaliavam programas de educação sexual e socio-sexual dirigidos a indivíduos com incapacidade intelectual. Os estudos, com datas de publicação entre o ano 2021 e o ano 2023, foram sujeitos a uma síntese para sistematização de conteúdos, objetivos e estratégias utilizadas nos programas. Esta sistematização – apresentada no anexo 4 – permitiu-nos identificar objetivos, conteúdos e estratégias centrais para o nosso programa.

A partir dessa análise – e de acordo com o perfil dos participantes – elaborou-se um programa com a identificação de temas, conteúdos e objetivos (tabela 3).

Tabela 3. Programa de intervenção PESS

Áreas Temáticas	Conteúdos	Objetivos
A. Conhecimento Corporal (17, 19 e 24 de janeiro) Número de sessões: 3	A.1. Corpo, genitália e intimidade	A.1.1. Identificar o seu género (homem/mulher);
	- Identificação de género	A.1.2. Identificar a simbologia da casa de banho a utilizar de acordo com o seu género;
	- Órgãos genitais masculinos e femininos	A.1.3. Identificar o desenvolvimento corporal até à fase adulta
	- Desenvolvimento corporal	A.1.4. Identificar e nomear os órgãos genitais do sexo masculino e do sexo feminino, usando vocabulário adequado;
		A.1.5. Nomear as partes íntimas;
		A.1.6. Compreender o processo de gravidez;
B. Autocuidado (31 de janeiro, 2 e 7 de fevereiro) Número de sessões: 3	B.1. Higiene	B.1.1. Reconhecer a importância do autocuidado;
	- Conhecimentos sobre higiene corporal	B.1.2. Identificar a importância da higiene corporal;
	- Higiene genital masculina	B.1.3. Aprender a realizar a higiene cefalocaudal;
	-Higiene genital feminina	B.1.4. Reconhecer as diferenças na higiene corporal segundo o género;
	- Menstruação e higiene menstrual	B.1.5. Aprender o conceito de menstruação e as etapas para realizar a higiene menstrual;
C. Privacidade (9 e 14 de fevereiro) Número de sessões: 2	C.1. Conhecimento das normas sociais	C.1.1. Reconhecer o significado da palavra “privacidade”;
	- Conhecimentos sobre privacidade	C.1.2. Reconhecer o direito à privacidade;
	-Comportamentos que se podem manifestar em locais públicos ou privados	C.1.3. Identificar e diferenciar locais públicos e privados;
		C.1.4. Perceber comportamentos públicos vs privados;
D. Afetividade e Relacionamentos Saudáveis (21 de fevereiro, 6 e 13 de março) Número de sessões: 3	D.1. Conhecer outra pessoa e ser respeitado	D.1.1. Conhecer as emoções e associá-las às alterações de humor;
	- Relacionamentos saudáveis e não saudáveis	D.1.2. Distinguir os diferentes tipos relacionamentos;
	- Casamento	D.1.3. Identificar etapas de um relacionamento amoroso;
	- Autorregulação e manifestações afetivo sexuais	D.1.4. Reconhecer estratégias para término de uma relação;
		D.1.5. Reconhecer estratégias de <i> coping </i> face ao início/fim do relacionamento;
		D.1.6. Compreender e identificar comportamento apropriados e desapropriados em função do grau de confiança com a pessoa, a ocasião e a adequação do local para as relações sexuais;
E. Sexualidade (20 de março, 3 e 10 de abril) Número de sessões: 3	E. 1. Relações sexuais baseadas no respeito e no carinho	E.1.1. Conhecer diferentes orientações sexuais;
	- Masturbação	E.1.2. Identificar as zonas erógenas;
	- Sexting	E.1.3. Identificar o toque adequado vs inadequado;
	- Assistente sexual	E.1.4. Aprender o conceito de masturbação;
		E.1.5. Reconhecer práticas sexuais coitais e não coitais;

		E.1.6. Aprender o conceito de sexting;
		E.1.7. Conhecer o papel do assistente sexual;
F. Direitos (17 de abril) Número de sessões: 1	F.1. Direito de ser tratado como adulto - Direito à diversidade sexual (Autoconsciência e tolerância em relação às orientações sexuais que são diferentes das suas)	F.1.1. Reconhecer o direito ao casamento e a constituir família; F.1.2. Reconhecer os direitos reprodutivos;
	G.1. Proteção contra a violência e abuso - Segurança no namoro online - Conceitos sobre consentimento, coerção e abuso sexual - Medidas de autoproteção contra o abuso sexual (capacidade de identificar indicadores de risco e mecanismos de defesa)	F.1.3. Conhecer e aprender a respeitar diferentes orientações sexuais; G.1.1 Identificar situações de risco e as diferentes formas de violência; G.1.2. Reconhecer o abuso sexual (quem pode cometer o abuso sexual, quem pode ser a vítima, onde pode ocorrer e o que pode fazer quando se é vítima de abuso sexual); G.1.3. Identificar linhas de apoio; G.1.4. Praticar o uso da comunicação assertiva; G.1.5. Identificar os riscos associados à interação sexual com recursos a meios digitais;
G. Gestão do Risco (5 e 12 de junho) Número de sessões: 2	H.1 Saúde sexual - Doenças sexualmente transmissíveis (DST) - Métodos contraceptivos - Compreender o processo que assinala o fim da fertilidade na mulher e no homem	H.1.1. Identificar as DST; H.1.2. Prevenir as DST; H.1.3. Explicar o conceito de contraceção; H.1.4. Identificar os diferentes métodos contraceptivos; H.1.5. Explicar o conceito de menopausa vs andropausa;

Com base nesta estrutura curricular planejaram-se as sessões, projetando-se periodicamente três sessões que eram intervaladas com a reflexão sobre os dados da sua implementação, a partir dos quais se desenhavam as três sessões seguintes. Para o planeamento das sessões considerou-se a definição dos objetivos, materiais, atividades e os procedimentos. Ilustramos na tabela 4 a planificação de uma sessão. A consulta integral deste planeamento pode ser encontrada no anexo 5.

Tabela 4. Planificação da sessão

Sessão 4 “Cuidar do meu corpo e ser saudável”
Objetivos:
B.1.1 Reconhecer a importância do autocuidado
B.1.2. Identificar a importância da higiene corporal
Materiais:
Recursos multimédia (computador, projetor, quadro branco, PowerPoint).
Produtos de higiene pessoal.
Atividades:
Contexto real - ida ao supermercado para visualizar diferentes objetos de higiene corporal; identificar e comprar um produto que faça parte da sua higiene; debate em grupo.
Procedimento:
Nesta sessão, os participantes irão ao supermercado e terão de se dirigir à zona dos produtos de higiene pessoal. A Técnica solicitará para observarem os produtos e, em seguida os participantes terão de identificar quais os que fazem parte da sua higiene e a sua finalidade. É pretendido que os produtos sejam manuseados e explorados pelos participantes. Posteriormente, irá ser explicado o conceito de “higiene” e a sua importância, por um lado, por razões sociais e, por outro lado, de saúde. Cada participante, terá a oportunidade de escolher e comprar um objeto de higiene pessoal. A sessão termina com o debate em grupo, reforçando a ideia de que eles deverão estar mais atentos às questões de higiene e pelo seu apurmo pessoal.

Conforme mostra o exemplo, nos procedimentos projetaram-se as estratégias a usar em cada sessão. Em suma, alguns dos princípios e abordagens usadas foram:

- Demonstração – processo que permite apresentar ou provar algo de forma clara, estruturada e fundamentada, recorrendo a exemplos reais e concretos (e.g., contexto real - identificação e diferenciação de diferentes espaços na comunidade frequentados pelos participantes) (sessão 8);
- Uso de imagens – serviu para facilitar a compreensão, aumentar a memorização, envolver os participantes e estimular o seu interesse e ultrapassar obstáculos linguísticos (e.g., visualização e impressão de símbolos de identificação do WC (*water closet*) dos sexos masculino e feminino - os participantes escolheram no computador a simbologia da casa de banho e género, imprimiram, plastificaram e identificaram nos respetivos locais dos sanitários da instituição) (sessão 1);
- Ligação a contextos / histórias pessoais – ao estabelecer uma ligação a contextos e histórias pessoais, o PESS procurou tornar a aprendizagem mais relevante, acessível e impactante, ao criar uma ligação emocional e prática com os participantes, facilitando a compreensão e internalização dos assuntos abordados (e.g., recurso a fotografias dos

participantes e da Técnica, de forma a que os intervenientes pudessem manusear as fotos e identificar os diferentes estádios de desenvolvimento) (sessão 2);

- Histórias sociais – no âmbito do programa desenvolvido, as histórias sociais servem para promover a aprendizagem através de narrativas que ilustram comportamentos, acontecimentos, situações e interações. Neste contexto, as histórias sociais figuram-se uma abordagem benéfica para auxiliar a compreensão dos participantes sobre normas sociais, desenvolver competências interpessoais e tomar decisões informadas (e.g., elaboração e análise da história social sobre a “masturbação”) (sessão 13);
- *Role-play* – significa dramatização, encenação de papéis e através dele, é possível proporcionar uma aprendizagem prática e experiencial, permitindo que os participantes explorem cenários sociais, comportamentos e decisões num contexto controlado e seguro. Neste caso, o *role-play* permitiu que os participantes refletissem sobre atitudes em situações relacionadas com a sexualidade e relacionamentos e interações interpessoais, praticando comportamentos saudáveis e melhorando a sua comunicação (e.g., *role-play* de situações sobre a violência sexual, sendo solicitado aos participantes que identifiquem as mesmas e quais as possíveis atitudes a tomar mediante as mesmas) (sessão 17);
- Gamificação – através do recurso ao jogo, é possível tornar a aprendizagem mais envolvente, interativa e eficaz, pretendendo motivar os participantes, instigar a retenção de conhecimento e promover a aplicação prática dos conceitos aprendidos em contextos e situações reais. No fundo, a abordagem que recorre à gamificação torna a experiência de aprendizagem mais dinâmica e interessante, proporcionando a aquisição e o desenvolvimento de habilidades cruciais (e.g., narrativa interativa que aborda o tema “higiene corporal” em que os participantes decidem o desenvolvimento da sequência da história utilizada) (sessão 5);
- Visualização de vídeos – esta abordagem visou tornar a aprendizagem mais “palpável”, no sentido em que esta se torna mais visual e envolvente, facilitando a compreensão de conceitos e promovendo a reflexão sobre comportamentos, escolhas e valores (e.g., visualização de um vídeo explicativo sobre os “Direitos Humanos”) (sessão 15).

Dado que o planeamento das sessões obedeceu a uma lógica reflexiva, no final de cada sessão utilizou-se uma folha de registo, a qual foi descrita no ponto 3.2.3 e que diz respeito à adaptação do formulário utilizado por Silveira-Maia e Melo (2024). A cada três sessões, a investigadora e a orientadora refletiam sobre a avaliação de cada sessão e discutiam-se os ajustamentos necessários para os planos das sessões subsequentes.

3.4. ANÁLISE DE DADOS

Para se proceder à análise de dados, recorreu-se à estatística descritiva, a qual visa descrever os dados recolhidos junto de uma amostra ou população, resumindo e apresentando a informação sob a forma de gráficos, tabelas e algumas medidas estatísticas (Martins, 2012). Neste caso em concreto, a análise estatística realizada contemplou os dados recolhidos junto dos participantes em relação às pontuações obtidas pelos participantes na SexKen-ID na dimensão do conhecimento nas 12 subescalas nos momentos pré e pós intervenção: amizade, namoro e intimidade; identificação das partes do corpo; casamento; sexualidade e educação sexual; menstruação; interação sexual; métodos contraceptivos; gravidez, aborto e parto; doenças sexualmente transmissíveis; masturbação; e homossexualidade.

Desta forma, a análise estatística permitiu descrever e comparar as pontuações obtidas pelos participantes em cada dimensão antes e depois do PESS, permitindo analisar o impacto que a intervenção teve nos participantes.

Ainda a este respeito, impera esclarecer que aquando da administração do instrumento, as pontuações atribuídas nas questões de conhecimento foram sujeitas a uma pontuação entre dois observadores para assegurar maior confiabilidade na pontuação atribuída. Esta análise inter-observador, deu-se entre a investigadora do estudo e a Técnica que acompanha o grupo e integra a equipa do CACI.

3.5. PROCEDIMENTOS

Para o desenvolvimento da investigação em questão, a autora começou por solicitar o pedido de autorização ao Diretor do CACI. Após aprovação, o estudo foi apresentado à Equipa Técnica que integra o CACI e foi pedido autorização e consentimento para a realização do estudo. Esta apresentação integrava uma breve explicação do estudo, a garantia do anonimato e confidencialidade, assim como a possibilidade de os participantes desistirem se assim o desejassem. Esta apresentação e pedido de consentimento repetiu-se junto dos adultos selecionados para o estudo.

Após a aceitação e consentimento dos participantes (em alguns casos dos seus tutores legais), procedeu-se à recolha de dados em dois momentos: a aplicação da escala pré e pós PESS. A escala foi aplicada individualmente, numa sala reservada no sentido de salvaguardar a privacidade de cada participante e possibilitar um ambiente facilitador à partilha de informação. Cada item do instrumento foi lido aos participantes e reformulado para melhor compreensão, quando necessário. As escalas foram preenchidas pela autora principal. A cada escala preenchida foi atribuído um número a cada participante (de P1 a P8) para garantia do anonimato. Os dados foram recolhidos e anotados e todas as expressões foram transcritas *ipsis verbis*.

Após o término do PESS, foi aplicada novamente a escala seguindo o mesmo procedimento.

4. RESULTADOS

A SexKen-ID permite avaliar quatro dimensões – conhecimentos, experiências, sentimentos e necessidades sexuais para pessoas com incapacidade intelectual – e foi aplicada antes e depois da implementação do PESS. Para análise do impacto do programa, reportamos e comparamos as pontuações obtidas apenas em relação à dimensão do conhecimento – objeto principal de intervenção. Começamos por apresentar os resultados globais obtidos nos momentos pré e pós em cada subescala, para depois analisar individualmente – por participante - os progressos entre os dois momentos. Por fim, apresentam-se os resultados relativos à avaliação do planeamento e implementação das sessões.

4.1. ANÁLISE GLOBAL

Visando uma apresentação organizada e sequencial dos resultados obtidos, começamos por apresentar as médias das pontuações obtidas na SexKen-ID face à dimensão do conhecimento antes e depois da intervenção.

No momento pré intervenção, os três domínios em que os participantes possuíam maior conhecimento incluíram: a identificação das partes do corpo (1.93), a gravidez, parto e aborto (1.19) e os métodos contraceptivos (0.97). Aquelas em que possuíam menor conhecimento visaram a subescala da amizade (0.25), namoro e intimidade (0.44) e doenças sexualmente transmissíveis (0.49) – portanto, globalmente o menor conhecimento situava-se nas competências mais diretamente relacionadas com o estabelecimento dos relacionamentos e com a saúde sexual.

Numa análise dos resultados obtidos em relação ao conhecimento adquirido em cada uma das 12 subescalas verificamos que no global, com exceção da subescala namoro e intimidade, ocorreu um aumento dos valores obtidos entre o momento pré e o momento pós intervenção (tabela 5).

As subescalas em que ocorreu um maior aumento do conhecimento entre o momento pré e o momento pós intervenção foram: a amizade (com aumento de 1 ponto); a sexualidade e a educação sexual (com aumento de 0.75 pontos); a masturbação (com aumento de 0.7

pontos); e, apresentando valores muito próximos, a menstruação (com aumento de 0.65 pontos) e o casamento (com aumento de 0.63).

No polo oposto, isto é, as subescalas em que os participantes adquiriram menos conhecimento foram: identificação das partes do corpo (com um aumento residual de 0.06 pontos, o que pode ser justificado pelo facto de já possuírem um grande conhecimento sobre as partes do corpo); homossexualidade (com um aumento de 0.25 pontos); interação sexual (com aumento de 0.4); doenças sexualmente transmissíveis e métodos contraceptivos (ambas com aumento de 0.41); gravidez, aborto e parto (com aumento de 0.52).

Numa análise por subescala, verificamos que na **amizade**, houve um maior aumento no conhecimento (de 1 ponto – 0.25 para 1.25), sendo a subescala em que adquiriram mais conhecimento. Alguns exemplos de respostas à questão *“o que é a amizade?”* incluem no momento pré: *“ir à missa”* (P3); *“para mim a amizade é quando um rapaz e uma rapariga se conhecem muito bem”* (P6); *“gostar uns dos outros”* (P1); *“a amizade para mim é a coisa mais preciosa neste mundo”* (P8). No momento pós intervenção algumas respostas obtidas incluíram: *“são duas pessoas que se conhecem (...) vão-se conhecendo ao longo do tempo. Fica aquela amizade como irmãos”* (P6); *“a amizade é dar-me bem com os meus amigos, ter carinho, estar disponível para o que for preciso”* (P2); *“sermos amigos uns dos outros, e não podem fazer sexo com os amigos”* (P1).

Em relação ao domínio da **sexualidade e educação sexual**, houve uma melhoria no conhecimento (de 0.63 para 1.38), sendo a segunda subescala em que se registou maior aquisição de conhecimento. Algumas respostas obtidas à pergunta *“o que significa ter relações sexuais?”*, no momento pré intervenção incluem: *“é um casal estar apaixonado”* (P2); *“conforto, sexo”* (P7); *“meter o pénis na vagina”* (P1); *“é ter sexo”* (P4). Já no momento pós intervenção: *“fazer amor, sexo”* (P6); *“o homem e a mulher gostam um do outro e têm relações sexuais, fazem amor”* (P2); *“para ter relações sexuais têm que querer os dois. Não pode ser forçado. É ter sexo”* (P8).

A **masturbação** foi o quarto domínio em que os participantes mais adquiriram conhecimento, passando de 0.88 (pré intervenção) para 1.58 (pós intervenção). Face à questão *“o que é a masturbação?”*, no momento pré intervenção destacam-se as respostas de três dos participantes: *“vontade de fazer sexo”* (P4); *“é andar com a mão para cima e para baixo”* (P6); *“é ir ao pénis e fazer o sémen sair com a nossa própria mão”* (P8). Já no pós intervenção alguns excertos incluem: *“é tocar em nós, na vagina ou no pénis, até ter o orgasmo”* (P4),

percebendo o que é a masturbação e o que é o orgasmo; *“tocar no próprio corpo até ter prazer”* (P6); *“é nós próprios mexer nos órgãos genitais e ter prazer, até sair o esperma”* (P8).

Relativamente ao domínio da **menstruação**, é possível observar um aumento positivo na dimensão do conhecimento (de 0.84 para 1.49), o que evidencia um impacto positivo da intervenção em relação a este aspeto. Perante a pergunta *“o que é a menstruação ou o período?”*, alguns excertos obtidos foram *“as mulheres todos os meses perdem sangue”* (P4); *“sai no pipi”* (P3); *“uma vez por mês as mulheres sangram”* (P8); o P5 não respondeu. No momento pós intervenção destacam-se respostas como a *“perda de sangue pela vagina”* (P1, P5 e P7); *“sai sangue pela vagina”* (P2, P3, P4, P6 e P8).

Ainda no domínio da menstruação, quando questionados sobre *“porque é que as mulheres têm período?”*, no momento pré surgiram respostas como: *“se as mulheres não tiverem período não podem ter filhos”* (P2); *“porque as mulheres têm de ter período, as mulheres são diferentes dos homens”* (P4). Já no momento pós intervenção, as respostas mostraram maior precisão, resultante de um maior conhecimento adquirido, nomeadamente as respostas dos participantes P4 – *“as mulheres têm período porque não ficam grávidas”* – e P6 – *“porque não estão grávidas”*. Destaca-se aqui a resposta do participante P8 – *“porque o espermatozoide não fecundou o óvulo e ele sai através do sangue pela vagina”*.

Ainda que não tenha sido uma das subescalas com evolução mais expressiva, importa sublinhar que na interação sexual, perante a questão *“quem deve decidir se você tem relações sexuais com alguém ou não?”* obtiveram-se respostas no momento pré como: *“não sei”* (P5); *“o doutor Carlos [presidente da instituição]”* (P8); *“o Zé [namorado]”* (P1). No momento após a intervenção, destacam-se respostas como: *“ele e eu”* (P1); *“os dois”* (P4); *“eu”* (P5); *“quem decide é a pessoa que está na relação”* (P8).

Tabela 5. Dimensão “conhecimento” avaliada pelo SexKen-ID, antes e após a intervenção

Escala SexKen-ID	Nº Itens	Pontuação Mín.	Pontuação Máx.	Média pré	Média pós
Amizade					
Conhecimento	1.00	0,00	2,00	0,25	1,25
Namoro e Intimidade					
Conhecimento	2.00	0,00	2,00	0,44	0,44
Casamento					
Conhecimento	2.00	0,00	2,00	0,75	1,38
Identificação de Partes do Corpo					
Conhecimento	21.00	1,62	2,00	1,93	1,99
Sexualidade e Educação Sexual					
Conhecimento	1.00	0,00	2,00	0,63	1,38
Menstruação					
Conhecimento	11.00	0,27	2,00	0,84	1,49
Interação Sexual					
Conhecimento	21.00	0,33	1,52	0,59	0,99
Métodos Contracetivos					
Conhecimento	9.00	0,00	2,00	0,97	1,38
Gravidez, Aborto e Parto					
Conhecimento	15.00	0,67	2,00	1,19	1,71
Doenças Sexualmente Transmissíveis					
Conhecimento	11.00	0,00	1,64	0,49	0,90
Masturbação					
Conhecimento	3.00	0,00	2,00	0,88	1,58
Homossexualidade					
Conhecimento	1.00	0,00	2,00	0,75	1,00

Legenda: A escala variava entre 0, 1 e 2, onde 0 = resposta errada; 1 = resposta pouco precisa; 2 = resposta correta

Os dados tabela que se segue referem-se ao abuso sexual sendo possível apurar, por meio da sua análise, que antes da intervenção metade da amostra (n = 4) mencionou que **não conseguia dizer “não”** a alguém que a quisesse beijar ou ter relações sexuais consigo, enquanto outra metade afirmava conseguir fazê-lo. Após a intervenção estes resultados alteraram-se significativamente, com a esmagadora maioria da amostra (n = 7) a afirmar que conseguia dizer “não”.

Quando questionados sobre **como dizer “não” às investidas sexuais**, constatou-se que, antes da intervenção, a totalidade da amostra deu uma resposta pouco acertada (n = 8).

No que diz respeito à questão **“o que faria se fosse sexualmente abusado”**, os resultados permitiram apurar que pouco de metade da amostra (n = 5) respondeu que **não sabia** como reagir, enquanto três participantes afirmaram que reagiriam atacando o agressor ou diziam a alguém. Já depois da intervenção, menos de metade da amostra (n = 3) referiu não saber o que fazer, mas mais de metade (n = 5) deu respostas proativas. Estes resultados mostram que após a intervenção, o número de participantes que sabiam agir mediante um abuso sexual

aumentou. Algumas respostas no momento pré foram: “*nada*” (P3); “*não sei*” (P5); “*dava-lhe um estalo na cara*” (P2); “*dava-lhe uma chapada*” (P8); “*ficava zangada*” (P1). Por sua vez, depois da intervenção os participantes, mesmo expressando recusa, acrescentaram um aspeto que é muito importante em situações de abuso sexual, o pedido de ajuda: “*dava-lhe um estalo e pedia ajuda*” (P2); “*ficava triste e ia falar com a família*” (P6); “*batia na pessoa e depois pedia ajuda*” (P8).

Em relação à questão “**quem deve decidir se tem relações com alguém**”, os resultados demonstraram que, no momento pré intervenção, metade da amostra (n = 4) respondeu que era a outra pessoa a decidir. Já no momento pós intervenção, os resultados revelaram que a generalidade da amostra (n = 7) respondeu que a decisão de ter relações com alguém é uma decisão exclusivamente sua. Algumas respostas dadas no momento pré foram: “*o Ricardo [funcionário da instituição]*” (P3); “*Zé [namorado]*” (P1); “*o doutor Carlos [presidente da instituição]*” (P8). Por sua vez, e revelando o conhecimento adquirido com a intervenção, destacam-se as seguintes respostas dadas no momento pós intervenção: “*ele e eu*” (P1); “*eu*” (P2); “*os dois*” (P4); “*quem decide é a pessoa que está na relação*” (P8).

Tabela 6. Abuso sexual

Questões sobre conhecimento	Resposta	Pré	Pós
		n	n
Consegue dizer “não” a alguém que quer beijá-lo/a ou ter relações sexuais	Não	4	1
	Sim	4	7
Como diz “não”	Não sabe	0	0
	Resposta acertada	0	4
	Resposta pouco acertada	8	4
O que faria se fosse sexualmente abusado	Não sabe	5	3
	Agredia-o/dizia a alguém	3	5
Quem deve decidir se tem relações sexuais com alguém	Outro	4	1
	Próprio	4	7

4.2. ANÁLISE INDIVIDUAL

Em seguida, apresenta-se uma análise focada no conhecimento adquirido por cada um dos participantes em relação a cada uma das 12 subescalas contempladas pela SexKen-ID .

Através da observação da figura 1, é possível constatar que a maioria dos participantes apresentou uma evolução no conhecimento relativo à temática da **amizade**. Destaca-se aqui o participante P6, o qual apresentou o maior aumento em termos de conhecimento relativo à

amizade (passou do valor 0 para o valor 2) e o participante P8 que passou de um conhecimento nulo para um conhecimento de 1 após a intervenção.

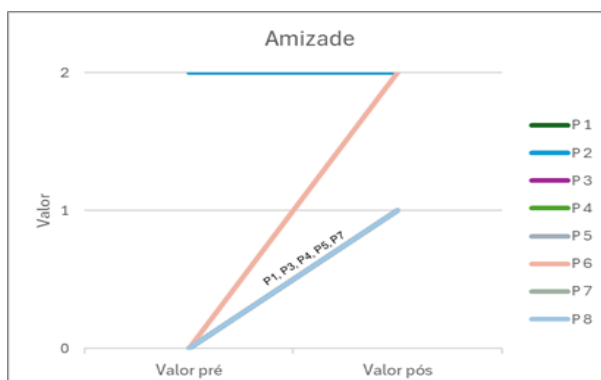


Figura 1. Análise da questão conhecimento na subescala **amizade**
 Legenda: 0 = resposta errada; 1 = resposta pouco precisa; 2 = resposta correta

Na subescala do **namoro e intimidade**, e relativamente ao conhecimento, avaliaram-se duas questões: *o que é um namoro?* e *o que significa sentir-se próximo de alguém?*. Assim sendo, da análise da figura 2 constatou-se que em metade da amostra (n = 4) os valores se mantiveram inalteráveis (participantes P1 e P5 e P2 e P6, mantiveram os valores 0 e 0.5, respetivamente, nos dois momentos avaliados).

Já na outra metade, dois participantes (P7 e P8) registaram uma melhoria no seu conhecimento, dado que os valores da pré para a pós intervenção aumentaram de 1 para 2 e de 0 para 0.5, respetivamente.

Por seu lado, nos outros dois participantes (P3 e P4) assistiu-se a um decréscimo nos resultados obtidos entre a pré e a pós intervenção: uma descida de 0.5 para 0, respetivamente.

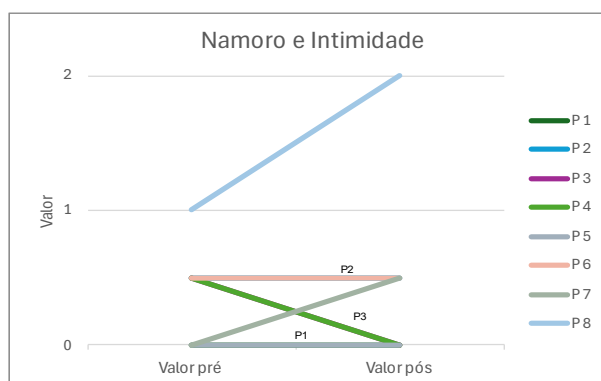


Figura 2. Análise da questão conhecimento na subescala **namoro e intimidade**
 Legenda: 0 = resposta errada; 1 = resposta pouco precisa; 2 = resposta correta

Relativamente à evolução do conhecimento no domínio do **casamento**, podemos observar que mais de metade dos participantes (n = 6 - participantes P1, P2, P3, P4, P6 e P8) aumentou o seu conhecimento nesta matéria. Apesar de se encontrarem valores distintos, considera-se que esta diferença é natural e espelha os diferentes níveis de conhecimento possuídos e adquiridos pelos diversos participantes.

No que concerne à restante amostra, os resultados demonstram que um participante (P7) manteve o nível de conhecimento (1 na pré e pós intervenção) e apenas um participante (P5) apresentou uma descida dos valores entre a pré e a pós intervenção.

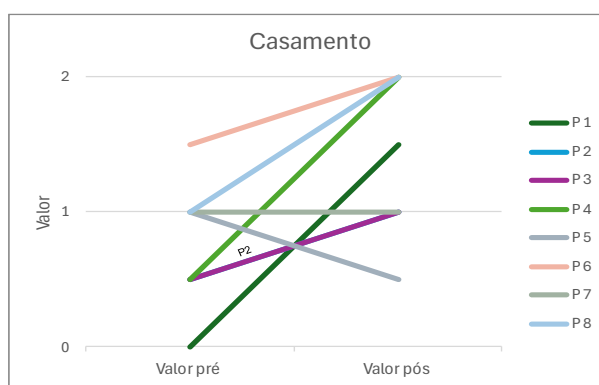


Figura 3. Análise da questão conhecimento na subescala **casamento**
Legenda: 0 = resposta errada; 1 = resposta pouco precisa; 2 = resposta correta

Da análise da figura 4 subordinada à categoria da **identificação de partes do corpo**, é possível aferir que apenas uma pequena parte da amostra (n = 2) aumentou o seu conhecimento nesta matéria. O participante P3 foi o que registou o maior aumento, passando de 1.6 para 1.9, contudo, apesar do aumento do participante P7 não ter sido tão positivo quanto o do participante P3, o P7 alcançou um maior nível de conhecimento no que concerne à identificação de partes do corpo.

Por outro lado, a maioria da amostra (n = 6) manteve os seus níveis de conhecimento, comparando os momentos pré e pós intervenção. No entanto, é possível observar que estes participantes já possuíam um nível alto de conhecimento face à identificação de partes do corpo (2), o que pode justificar o facto de os resultados se terem mantido inalteráveis.

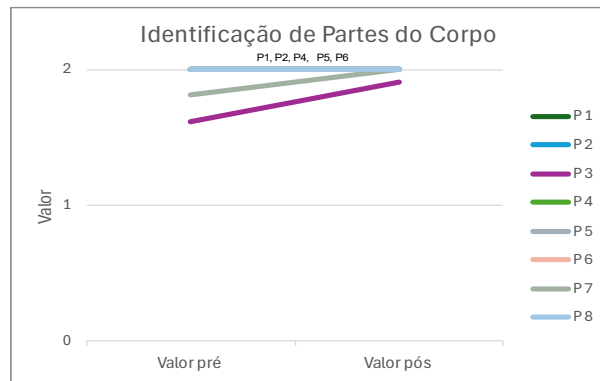


Figura 4. Análise da questão conhecimento na subescala **identificação de partes do corpo**
 Legenda: 0 = resposta errada; 1 = resposta pouco precisa; 2 = resposta correta

A figura 5 apresenta os resultados relativos à subescala da **sexualidade e educação sexual** e permite verificar que uma pequena parte da amostra aumentou o seu conhecimento, sendo que o participante P2 foi o que apresentou um aumento mais positivo (de 0 no momento pré para 2 no momento pós intervenção).

Por outro lado, metade da amostra manteve os seus níveis de conhecimento: participantes P3 e P5 mantiveram o seu conhecimento no nível 0; participantes 4 e 6 mantiveram-se no nível 2. Por fim, nos participantes P2 e P7 assistiu-se a um aumento mais positivo, com o valor inicial de 0 para 2 no pós intervenção.

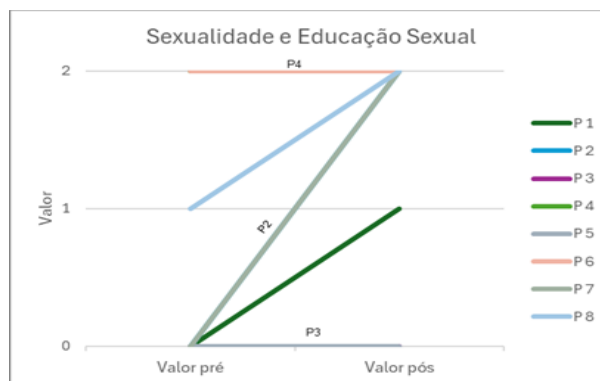


Figura5. Análise da questão conhecimento na subescala **sexualidade e educação sexual**
 Legenda: 0 = resposta errada; 1 = resposta pouco precisa; 2 = resposta correta

A figura 6 revela os resultados obtidos na subescala da **menstruação**, verificando-se que a totalidade da amostra aumentou os seus níveis de conhecimento face a este assunto.

Em metade da amostra é visível que o ganho de conhecimento foi mais acentuado, destacando-se os participantes: o P8 com 1 ponto; o P2 com 0.9 pontos; o P1 com 0.8 pontos; e o P4 com 0.7 pontos. Da análise realizada, infere-se ainda que pouco menos de metade da

amostra (participantes P1, P2 e P4) terminou a intervenção com um nível de conhecimento positivo de 2 pontos.

Já noutra metade da amostra (participantes P3, P5, P6 e P7) a aquisição do conhecimento não foi tão positiva, mas aconteceu.

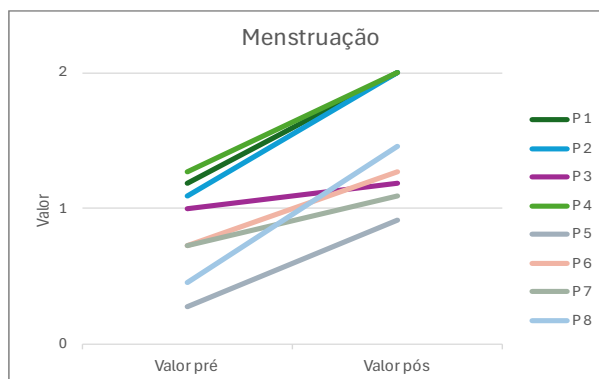


Figura 6. Análise da questão conhecimento na subescala **menstruação**
Legenda: 0 = resposta errada; 1 = resposta pouco precisa; 2 = resposta correta

Face à subescala da **interação sexual** (figura 7), os resultados revelam um aumento do conhecimento na generalidade da amostra (n = 7 – participantes P1, P2, P3, P4, P5, P6 e P8). Desta maioria, é possível destacar quatro participantes, onde a aquisição de conhecimento sobre interação sexual é notória: o participante P6, aumentou o conhecimento em 1 valor, sendo também este o participante que alcançou um maior conhecimento ao chegar às 32 respostas corretas; o participante P4 aumentou em 0.7 valores; o participante P8 aumentou em 0.6 valores; e o participante P2 aumentou em 0.4 valores. O participante P7 foi o único que apresentou resultados contrários, isto é, verificou-se um pequeno declínio no seu nível de conhecimento, passando de 19 respostas corretas na pré intervenção para 17 na pós intervenção.

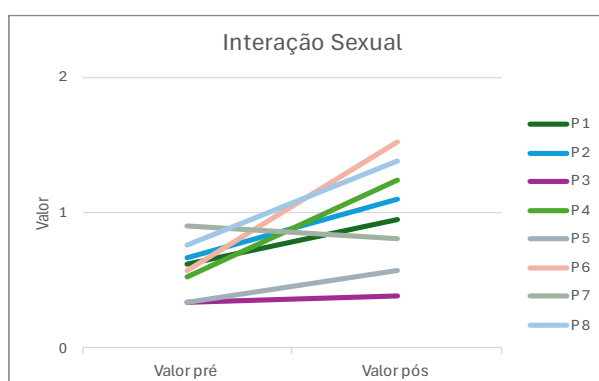


Figura 7. Análise da questão conhecimento na subescala **interação sexual**
Legenda: 0 = resposta errada; 1 = resposta pouco precisa; 2 = resposta correta

Os resultados obtidos na categoria relativa aos **métodos contraceptivos** estão expostos na figura 8 e desde logo se constata que apenas um participante manteve o seu nível de conhecimento em 0 (participante P3). Também se constata que apenas um participante (P2) diminuiu ligeiramente o seu conhecimento após a intervenção, tendo dado menos respostas corretas (de 12 passou para 11).

A maioria da amostra aumentou o seu conhecimento face aos métodos contraceptivos, destacando-se o participante P6 como o que conseguiu mais respostas corretas (20) no pós intervenção. No entanto, é possível observar que foi o participante P4 que registou a maior evolução (de 6 respostas corretas passou para 15) seguido dos participantes P8 (de 11 respostas corretas passou para 18) e P5 (de 5 respostas corretas passou para 10).

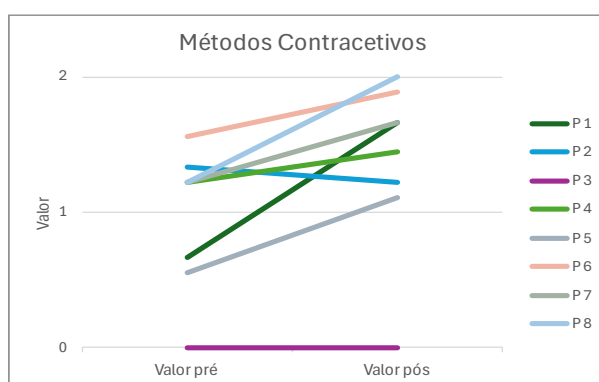


Figura 8. Análise da questão conhecimento na subescala **métodos contraceptivos**
Legenda: 0 = resposta errada; 1 = resposta pouco precisa; 2 = resposta correta

No que concerne aos resultados obtidos na temática da **gravidez, aborto e parto**, a análise da figura 9 permite verificar que ocorreu um aumento do conhecimento em toda a amostra, sendo que o participante P4 foi o que registou menor aumento, apesar de ser o participante que no antes e depois da intervenção teve mais respostas corretas. Ou seja, ainda que o participante P4 já possuísse informação sobre esta matéria, a intervenção contribuiu para adquirir mais alguma.

Dos resultados obtidos constata-se ainda que o participante P6 foi o que registou uma maior aquisição de conhecimentos (com um aumento de 12 respostas corretas), seguido do participante P2 (com 10 respostas corretas) e do participante P1 (com 9 respostas corretas). No pólo oposto, o participante P5 foi o que demonstrou menor aquisição de conhecimentos, pois da pré para a pós intervenção apresentou mais 5 respostas corretas.

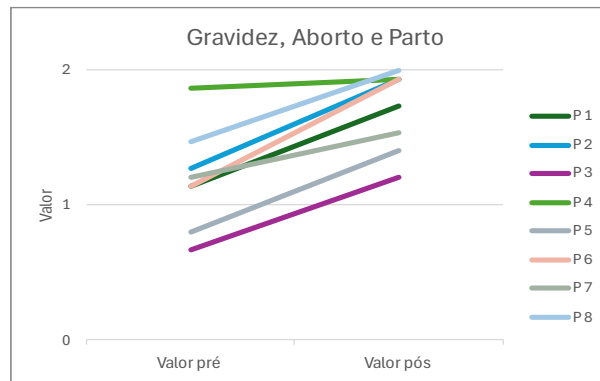


Figura 9. Análise da questão conhecimento na subescala **gravidez, aborto e parto**
Legenda: 0 = resposta errada; 1 = resposta pouco precisa; 2 = resposta correta

No que concerne à subescala relativa às **doenças sexualmente transmissíveis**, os resultados constantes na figura 10 indicam que um participante (P3) manteve o seu nível de conhecimento inalterado e outro participante (P2) passou de 10 respostas corretas para 9 no final da intervenção.

Apesar disso, a maioria da amostra apresentou melhorias na aquisição de conhecimento sobre as doenças sexualmente transmissíveis, evidenciando-se o participante P4 como o que mais progrediu (passou de 3 respostas corretas para 16), seguido do participante P8 (de 10 passou para 18 respostas corretas). Estes dois participantes foram os que, no pós intervenção, apresentaram uma melhoria mais significativa sobre as DST sendo os mais bem informados.

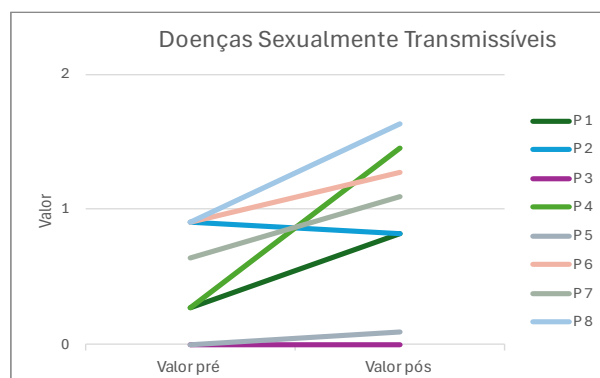


Figura 10. Análise da questão conhecimento na subescala **DST**
Legenda: 0 = resposta errada; 1 = resposta pouco precisa; 2 = resposta correta

Voltando o foco para o item da **masturbação**, os resultados da figura 11 sugerem que a maioria da amostra aumentou o conhecimento neste assunto (n = 7) e apenas um participante manteve os valores iguais no pré e pós intervenção (2 respostas corretas nos dois momentos de avaliação).

Face aos participantes que aumentaram o seu conhecimento sobre a masturbação, destaca-se o participante P3 com uma evolução notável de nenhuma resposta correta para duas, num total de três e o participante P6 que passou de uma para três respostas corretas.

No entanto, os participantes P8 e P6 são os que, finda a intervenção, apresentam o maior número de respostas corretas, o que se traduz num maior conhecimento.

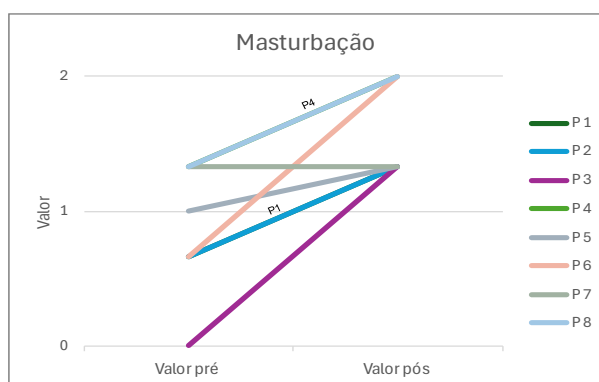


Figura 11. Análise da questão conhecimento na subescala **masturbação**
Legenda: 0 = resposta errada; 1 = resposta pouco precisa; 2 = resposta correta

Por fim, a figura 12 subordina-se ao domínio da **homossexualidade** os resultados são indicativos de que mais de metade da amostra (n = 6, participantes P1, P2, P3, P4, P5 e P8) não aumentou o seu conhecimento após a intervenção realizada. Destes seis participantes, com a exceção dos P4 e P8, que mantiveram valores de 2 antes e depois da intervenção, todos eles mantiveram valores de 0.

Os participantes P6 e P7 foram os únicos que revelaram aquisição de conhecimentos, ainda que se traduza numa menor progressão, passando de 1 resposta certa (na pré intervenção) para 2 no pós intervenção.

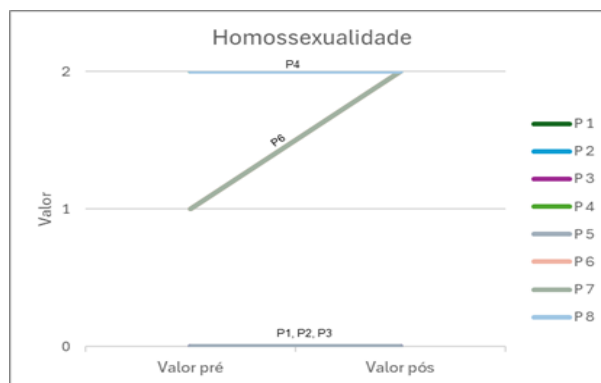


Figura 12. Análise da questão conhecimento na subescala **homossexualidade**
Legenda: 0 = resposta errada; 1 = resposta pouco precisa; 2 = resposta correta

4.3. AVALIAÇÃO DO PLANEAMENTO DAS SESSÕES

A figura 13 representa o envolvimento dos participantes ao longo das 19 sessões realizadas, evidenciando uma variação sobretudo entre *o muito* e *o completamente* envolvido, refletindo o interesse e a interação dos participantes. A destacar que as sete sessões em que houve envolvimento completo foram: 1, 2 e 3 – “Eu e o meu corpo”; 4 e 5– “Cuidar do meu corpo e ser saudável”; 8 – “Eu e a privacidade” ; 16 e 17– “Traços de violência...”.

No entanto, em quatro sessões (10 – “Lado a lado... Relacionamentos e afetos”, 12 “Eu e a sexualidade”, 18 “Intimidade e bem-estar” e 19 “Intimidade e bem-estar”), o grau de envolvimento foi avaliado como 2 (“pouco”), o que se poderá justificar pelo facto de estas sessões terem sido mais expostivas e que abordaram temas mais abstratos, nomeadamente, identificar as zonas erógenas, identificar e prevenir DST. Por isso, entende-se que esta estratégia expostiva poderá ter dificultado a participação ativa e o envolvimento dos participantes.

Através das observações realizadas e dos registos qualitativos foi possível assistir a momentos de entusiasmo e interesse por parte dos participantes, por exemplo, quando estes afirmavam: “*Vamos estar com atenção! Vou terminar as atividades depois do jantar*” (P8); “*Oh, Xana! Vamos terminar os exercícios antes de lanchar*” (P1); e “*Oh, João! Presta atenção ao que a Xana diz*” (P2). Estes registos, que apoiaram a observação, denotam uma atitude proativa dos participantes durante as sessões, sendo que o interesse dos mesmos nas sessões foi evidenciado quando era expressa a vontade de dar continuidade ao abordado na sessão em casa, por exemplo o P8 afirmou: “*Vou tentar encontrar o filme para terminar de o*”

ver, para na próxima sessão falarmos sobre isso”. Estas manifestações revelam um envolvimento que ultrapassa o espaço e o tempo das atividades programadas, o que reforça o compromisso e o interesse dos participantes.

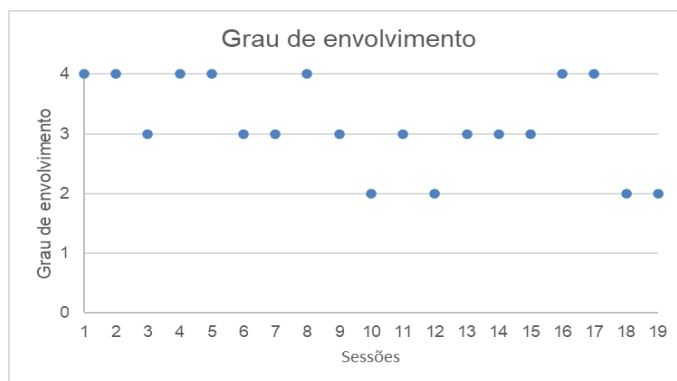


Figura 13. Grau de envolvimento dos participantes
Legenda: 1 = Nada; 2 = Pouco; 3 = Muito; 4 = Completamente

Para terminar, é igualmente importante salientar que ainda que se tenham registado diferentes níveis de envolvimento, todas as atividades planeadas foram implementadas na íntegra.

5. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

O presente estudo descreve o desenvolvimento e implementação de um programa de educação socio-sexual (PESS) que foi dirigido a oito adultos com incapacidade intelectual, tendo-se procurado avaliar o seu impacto no conhecimento, relacionado com a sexualidade. A estrutura curricular do programa apresentado, bem como das estratégias usadas, foi alicerçado numa revisão de estudos de intervenção sobre o tema.

O PESS foi implementado em contexto de CACI, coadunando-se com a missiva de promover o acesso e participação das pessoas apoiadas nos domínios de vida comuns a qualquer adulto sem incapacidade, incluindo a vivência da sexualidade e dos relacionamentos íntimos.

Tal como expectável o programa teve impacto positivo sobre os conhecimentos dos participantes na quase totalidade das subescalas avaliadas, com destaque para as subescalas da gravidez, aborto e parto, menstruação e interação sexual.

Os resultados obtidos – em específico em subescalas como a interação sexual - sugerem que o programa promoveu um maior conhecimento e competência sobre a defesa dos direitos humanos, em específico o direito à sexualidade e a uma vivência positiva da mesma. Este impacto parece sustentar a afirmação de que o PESS aqui apresentado é um programa alinhado com o artigo 25º da CDPD, o qual estabelece que os Estados devem “providenciar às pessoas com deficiência a mesma gama, qualidade e padrão de serviços e programas de saúde gratuitos ou a preços acessíveis iguais aos prestados às demais, incluindo na área da saúde sexual e reprodutiva e programas de saúde pública dirigidos à população em geral”. Por outro lado, atente-se aos resultados do estudo de Pinto e Morgado (2023), os quais sugerem que as pessoas com incapacidade intelectual apresentam níveis baixos de conhecimento, de experiência, necessidades elevadas e sentimentos negativos face à sexualidade. A sexualidade, na literatura que se debruça sobre este tema, tem sido apontada como um aspeto de relevo que interfere na qualidade de vida de pessoas com incapacidade intelectual e tem sido alvo de atenção porque se percebeu que há uma falta de conhecimento e que são poucas as experiências positivas destas pessoas (Pinto & Morgado, 2023).

Face às situações de abuso sexual, os resultados de Pinto e Morgado (2023) demonstraram uma baixa capacidade de responder de forma assertiva. E estas evidências ficaram perceptíveis no momento pré intervenção. No entanto, um dos resultados mais importantes com a implementação do PESS foi precisamente a capacitação dos participantes para

responder e tomar decisões com base na sua vontade. A maioria dos participantes passou a conseguir dizer não perante investidas sexuais inapropriadas ou às quais não estivessem recetivos. Abordar estes assuntos com este público e perceber que a intervenção teve um impacto positivo é, por si só, demonstrativo da sua utilidade e pertinência.

Interessa também referir que após a intervenção socio-sexual, mais de metade da amostra sabia o que fazer caso fosse sexualmente abusado e a esmagadora maioria ficou a saber de que a decisão de ter ou não relações com alguém é única e exclusivamente sua. Este programa parece, deste modo, ser uma resposta eficaz perante a reiterada evidência de que “a falta de conhecimentos em sexualidade deixa estas pessoas mais vulneráveis, motivo pelo qual é crucial implementar programas de promoção do bem-estar e educação sexual, a fim de normalizar a expressão da sexualidade e aprimorar a capacidade para gerir sentimentos e lidar com situações de abuso sexual” (Pinto & Morgado, 2023, p. 9).

Relativamente à amizade, os resultados demonstraram que a maioria dos participantes apresentou uma evolução no conhecimento relativo a esta temática. Face ao namoro e intimidade, apenas dois participantes demonstraram uma melhoria e metade da amostra não sofreu qualquer impacto neste item. Mas a evolução do conhecimento no tópico do casamento revelou que mais de metade dos participantes aumentou o seu conhecimento nesta matéria. Uma vez mais, estes resultados colocam em evidência a necessidade de se promoverem programas de educação socio-sexual junto deste público e que lhes ensine estrutural e intencionalmente os seus direitos, como o direito ao casamento e à família. Assim este programa parece ter sido meio de reafirmar direitos comuns como os enumerados por Pérez-Curiel e colegas (2023): a casar-se e formar uma família, incluindo a possibilidade de preservar a sua fertilidade em condições de igualdade com os demais, fazer as suas próprias escolhas reprodutivas e decidir quantos filhos terá e, acima de tudo, a ter os seus filhos consigo; a obter informação, orientação e apoio em questões sexuais e cuidados para os seus filhos; a ter a possibilidade de adotar; a utilizar métodos de reprodução assistida e contar com o apoio sem discriminação relacionados à sexualidade; e participar em programas de educação sexual.

Importa ainda acrescentar que houve domínios com impacto, mas que não foram avaliadas pela escala SexKen-ID.

Ao nível da consciencialização dos direitos e da privacidade, é de referir que os participantes quando utilizavam o quarto de banho, começaram a alertar os colaboradores para o facto de não baterem à porta e de entrarem sem pedirem permissão.

De facto, denota-se aqui a falta de formação dos profissionais que não estavam sensíveis ou não tinham conhecimento de que a privacidade, tal como para as demais pessoas, é importante. Tal, vai ao encontro do estudo de Hollomotz (2009), que refere que a necessidade de privacidade em ambientes residenciais, como o caso, é muitas vezes descurada e mal reconhecida.

Ao nível da generalização da competência para a realização da higiene feminina para a vida real, foi possível perceber que as participantes indicaram aos colaboradores o procedimento correto para fazer a sua higiene íntima e que até então era realizada de forma incorreta.

Também os factos acima relatados, sublinham uma vez mais a necessidade da formação dos profissionais e colaboradores acerca dos assuntos relacionados com a sexualidade, higiene e intimidade de pessoas com incapacidade intelectual. Pois, dependendo dos níveis de incapacidade, estas pessoas são capazes de aprender e os profissionais que com elas trabalham, sendo possuidores da devida formação, podem ensiná-las e também eles próprios podem aprender com este público.

Em termos gerais, considera-se que esta intervenção foi bem-sucedida e que apresenta resultados semelhantes aos de Gil-Llario et al. (2023), que procuraram melhorar a saúde sexual e a qualidade de vida de adultos com incapacidade intelectual, enfocando a aquisição de informação básica, o desenvolvimento de competências e estratégias e a obtenção de atitudes saudáveis face à experiência e expressão da sexualidade.

No mesmo sentido, quer-se referir o estudo de Quesado et al. (2022), cujo objetivo era avaliar o impacto de um programa de educação sexual num grupo de pessoas com incapacidade intelectual, mais especificamente, em jovens com incapacidade intelectual de grau leve a moderado. Os resultados revelaram, em geral e em todos os itens, um bom conhecimento, tal como na intervenção aqui discutida. Interessa também acrescentar que, tal como neste estudo, também o estudo de Quesado et al. (2022) forneceu uma visão sobre a participação e o conhecimento adquirido pelos participantes com incapacidade intelectual, no entanto, a transferibilidade dos resultados é possivelmente limitada, dado que o estudo foi realizado apenas numa instituição, exatamente como no nosso estudo. E como já referido

anteriormente, as características das pessoas, as atividades diárias e a cultura podem diferir entre instituições (Quesado et al., 2022).

Nesta senda, e para terminar, quer-se salientar que a intervenção desenvolvida não integrou pessoas sem incapacidade intelectual, as quais poderiam ter sido facilitadoras da aprendizagem sobre a sexualidade das pessoas com incapacidade intelectual. No estudo de Frawley (2023), que contempla um programa direcionado para pessoas com incapacidade e que visava falar sobre os direitos sexuais e se defender através das suas histórias e da educação entre pares para relações respeitadoras, verificou-se que a participação de pessoas sem incapacidade pode ter um efeito bastante positivo e promover um maior conhecimento e combater o preconceito existente. Isto porque, o programa foi reconhecido como líder na oferta de educação sexual para pessoas com incapacidade, devido ao uso da educação entre pares e também para pessoas “sem incapacidade” que se envolveram no programa como co-facilitadores e apoiantes da rede (Frawley, 2023).

Existem no nosso entender outras duas limitações a destacar no nosso programa. A primeira a de não envolver outros elementos importantes no processo de capacitação e de promoção dos direitos dos participantes, designadamente a família. De facto, para que as pessoas com incapacidade possam expressar a sua sexualidade livremente e se envolver em relacionamentos, elas dependem do apoio e da educação oferecidos pela equipa de suporte e pelos familiares (Wit et al., 2022). As atitudes destes grupos têm um impacto significativo e as atitudes refletem o grau de aceitação ou rejeição em relação a um determinado tema, como a sexualidade, e influenciam a disposição em oferecer apoio e educação sobre o assunto (Wit et al., 2022). E são vários os estudos que mostram que as atitudes de familiares e profissionais de apoio têm um efeito mais forte na liberdade de expressão sexual dessas pessoas do que as suas próprias capacidades e atitudes (Wit et al., 2022). Sobre este assunto, destacam-se os resultados obtidos por Charitou et al. (2021) que mostraram que os profissionais frequentemente demonstram atitudes ambivalentes e reagem de maneira inconsistente a questões relacionadas com a sexualidade, o que pode ser atribuído à incerteza sobre o seu papel, ao medo de serem responsabilizados, à falta de formação adequada e de políticas claras, além de fatores ligados à entidade empregadora e aos familiares cuidadores.

Em segundo lugar o facto dos resultados serem avaliados apenas na esfera do conhecimento sem análise das suas repercussões no plano do acesso. Isso espelha algumas das considerações da revisão sistemática de literatura realizada por Hameed et al. (2020), que analisou 11 intervenções que promovem a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos de

peças com incapacidade intelectual, e revelou que a maioria das intervenções enfocava a prestação de informação e a sensibilização, não tendo identificado nenhuma intervenção que promovesse o acesso à saúde materna, ao planeamento familiar, à contraceção ou ao aborto seguro para pessoas com incapacidade.

6. CONCLUSÃO

O estudo realizado expõe e descreve um programa de educação socio-sexual aplicado a indivíduos adultos com incapacidade intelectual, avaliando a sua eficácia na promoção dos seus conhecimentos.

Findo todo o estudo, entende-se que o programa teve um impacto positivo nos participantes, os quais aumentaram o seu conhecimento em diversos aspetos como a sexualidade e educação sexual; identificação de partes do corpo; gravidez, aborto e parto; menstruação; interação sexual.

Os efeitos positivos do programa foram ainda observados nas subescalas como o abuso sexual, passando os participantes a saber como reagir perante uma situação de abuso e assistiu-se a uma aquisição de conhecimento relativo às subescalas amizade, namoro e intimidade, casamento, evidenciando-se os seus direitos de parentalidade, à família, à sua privacidade e à sua sexualidade e outros direitos relacionados com este tema.

Também ao nível dos métodos contraceptivos, das doenças sexualmente transmissíveis e da masturbação se conclui que os participantes adquiriram mais informação, a qual resultou num maior conhecimento.

Após a realização do estudo e da implementação da intervenção preconizada, é possível identificar alguns desafios com que a investigadora se confrontou.

Dada a diversidade de perfis, necessidades e experiências vividas dos oito participantes, um dos desafios prendeu-se em conceber um programa individualizado, que atendesse às necessidades de cada um dos participantes.

Um outro desafio residiu na assiduidade dos participantes que, por vezes e por diversas razões, não estavam na instituição e por isso, não participaram em todas as sessões do PESS.

Voltando o foco para as recomendações e sugestões para futuras investigações nesta área, seria crucial conceber programas que incluíssem as famílias/os cuidadores, instituições de educação especial e profissionais que nelas desempenham funções, tendo em vista um

programa mais completo e colaborativo que possibilitasse uma melhor e mais profícua adaptação do programa às necessidades de cada indivíduo.

BIBLIOGRAFIA/REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aboim, S. (2016). *A sexualidade dos portugueses*. Fundação Manuel dos Santos.
- Alcott, D., Dixon, K., & Swann, R. (1997). The reliability of the items of the Functional Assessment Measure (FAM): differences in abstractness between FAM items. *Disability and rehabilitation*, 19(9), 355-358.
- American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. Retirado de <https://www.aaid.org/publications/bookstore-home/productlisting/communityliving-and-participation-for-people-with-intellectual-anddevelopmental-disabilities>
- Assembleia Constituinte. (2005). *Constituição da República Portuguesa – VII Revisão Constitucional*.
<https://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>
- Associação Americana de Psiquiatria. (2022). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*.
https://www.academia.edu/96657644/DSM_5_Atualizado_Portugu%C3%AAs_DSM_5_TR_American_Psychiatric_Association
- Associação para o Planeamento da Família. (2024). *Etapas do desenvolvimento sexual*.
<https://apf.pt/informacao-tematica/sexualidade/etapas-do-desenvolvimento-sexual/>
- Black, R., & Kammes, R. (2021). Sexuality interventions for individuals with intellectual disability. *Education and Training in Autism and Developmental Disabilities*, 56(4), 371-393.
- Brown, G. (2023). *Considerações gerais sobre a sexualidade*.
<https://www.msmanuals.com/pt-pt/casa/assuntos-especiais/sexualidade/considera%C3%A7%C3%B5es-gerais-sobre-a-sexualidade>
- Brown-Lavoie, S., Viecili, M., & Weiss, J. (2014). Sexual knowledge and victimization in adults with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(9), 2185-2196. doi:10.1007/s10803-014-2093-y

- Camargo, S., & Neto, L. (2017). Sexualidade e género. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 19(4), 165-166. DOI: 10.23925/1984-4840.2017v19i4a1
- Campbell, M., Löfgren-Mårtenson, C., & Martino, A. (2020). Crippling sex education. *Sex Education*, 20(4), 361-365. DOI: 10.1080/14681811.2020.1749470
- Charitou, M., Quayle, E., & Sutherland, A. (2021). Supporting adults with intellectual disabilities with relationships and sex: A systematic review and thematic synthesis of qualitative research with staff. *Sexuality and Disability*, 39, 113-146. <https://doi.org/10.1007/s11195-020-09646-z>
- Chrastina, J., & Vecerová, H. (2020). Supporting sexuality in adults with intellectual disability – A short review. *Sexuality and Disability*, 38, 285-298. <https://doi.org/10.1007/s11195-018-9546-8>
- Cummins, R. A., McCabe, M. P., Romeo, Y. & Gullone, E. (1994). The comprehensive quality of life scale: Instrument development and psychometric evaluation on tertiary staff and students. *Educational and Psychological Measurement*, 54, 372-382. doi:10.1177/0013164494054002011
- Donaghy, S., & Wass, P. J. (1998). Interrater reliability of the Functional Assessment Measure in a brain injury rehabilitation program. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 79(10), 1231-1236.
- Dosch, A., Rochat, L., Ghisletta, P., Favez, N., & Linden, M. (2016). Psychological factors involved in sexual desire, sexual activity, and sexual satisfaction: A multi-factorial perspective. *Archives of Sexual Behavior*, 45(8), 2029-2045. DOI: 10.1007/s10508-014-0467-z
- Frawley, P. (2023). Perspective chapter: Sexuality and relationship education and advocacy by people with disabilities through peer education. In R. Sterling (Ed.), *Sexual education around the world – past, present and future issues*. IntechOpen.
- Gagnon, J., & Simon, W. (2017). *Sexual conduct the social sources of human sexuality*. Routledge.
- Gil- Llario, M., Mengual, V., García, O., García, V., & Arnal, R. (2023). SALUDIVERSEX: A quality of life and sexual health intervention for adults with mild intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities: JOID*, 16, 17446295231196258.

- González, C., Fernández-Sogorb, A., Sanmartín, R., Vicent, M., Granados, L., & García-Fernández, J. (2018). Efficacy of sex education programs for people with intellectual disabilities: A meta-analysis. *Sexuality and Disability*, 36(3), 331-347. <https://doi.org/10.1007/s11195-018-9545-9>
- Guenoun, T., Smaniotto, B., Clesse, C., Mauran-Mignorat, M., Veyron-Lacroix, E., Ciccone, A., & Essadek, A. (2022). Representations of sexuality among persons with intellectual disability, as perceived by professionals in specialized institutions: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(8), 4771. doi: 10.3390/ijerph19084771
- Hall, K., Schlageter, K., Gray, B., Shaw, R., & Sammet, R. (1993). Incidence and treatment of visual dysfunction in traumatic brain injury. *Brain Injury*, 7(5), 439-448.
- Hameed, S., Maddams, A., Lowe, H., Davies, L., Khosla, R., & Shakespeare, T. (2020). From words to actions: systematic review of interventions to promote sexual and reproductive health of persons with disabilities in low- and middle-income countries. *BMJ Global Health*, 5, e002903. doi:10.1136/bmjgh-2020-002903
- Hobart, J., Lamping, D., Fitzpatrick, R., Riazi, A., & Thompson, A. (2001). The multiple sclerosis impact scale (MSIS-29) is a new patient-based outcome measure. *Brain*, 124(5), 962-973.
- Hollomotz, A. and (2009), 'May we please have sex tonight?' – people with learning difficulties pursuing privacy in residential group settings. *British Journal of Learning Disabilities*, 37: 91-97. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3156.2008.00512.x>
- Ignagni, E., Schormans, A., Liddiard, K., & Runswick-Cole, K. (2016). Algumas pessoas não têm permissão para amar: Cidadania íntima nas vidas de pessoas rotuladas com deficiência intelectual. *Disability and Society*, 31, 131-135. <https://doi.org/10.1080/09687599.2015.1136148> .
- Lamas, M. (2018). *El género: La construcción cultural de la diferencia sexual*. Estudios de Género.
- Martins, M. (2012). *Estatística no ensino básico e secundário* [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Educação e Ciências Sociais do Instituto Politécnico de Leiria.

- Matim, B., Ballan, M., Darabi, F., Karyani, A., Soofi, M., & Soltani, S. (2021). Sexual health concerns in women with intellectual disabilities: A systematic review in qualitative studies. *BMC Public Health*, 21(1), 1965. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12027-6>
- McCabe, M. (1994). *Sexual knowledge, experience and needs scale [SEX KEN]*. Deakin University – Burwood Campus: School of Psychology.
- McCabe, M. (1998). Sexual knowledge, experience and needs scale. In C. Davis, W. Yarber, G. Schreer, R. Bauserman, & S. Davis (Eds.), *Handbook of sexuality related measures* (pp. 443-444). SAGE Publications.
- McCabe, M., Cummins, R., & Deeks, A. (1999). Construction and psychometric properties of sexuality scales: Sex knowledge, experience, and needs scales for people with intellectual disabilities (SexKen-ID), people with physical disabilities (SexKen-PD), and the general population (SexKen-GP). *Research in Developmental Disabilities*, 20(4), 241-254. doi: 10.1016/S0891-4222(99)00007
- Organização das Nações Unidas. (2006). *Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência*. https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/pessoas_deficiencia_convencao_sobre_direitos_pessoas_com_deficiencia.pdf
- Ottenbacher, K. J., Hsu, Y., Granger, C. V., & Fiedler, R. C. (1996). The reliability of the functional independence measure: a quantitative review. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 77(12), 1226-1232.
- Pérez-Curiel, P., Vicente, E., Morán, M., & Gómez, L. (2023). The right to sexuality, reproductive health, and found a family for people with intellectual disability: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2), 1587. <https://doi.org/10.3390/ijerph20021587>
- Pinto, J., & Morgado, B. (2023). Sexualidade e bem-estar nas pessoas com deficiência intelectual moderada: Estudo transversal. *Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*, 9(1), 9-18. <https://doi.org/10.51338/rppsm.420>
- Pinto, J. & Nobre, P. (2011). *Escala de conhecimentos, experiências, sentimentos e necessidades sexuais para pessoas com incapacidade intelectual*. Universidade de Aveiro.

- Quesado, A., Vieira, M., & Quesado, P. (2022). Efeitos de um programa de educação sexual para pessoas com incapacidade intelectual. *Millenium – Revista de Tecnologias Educacionais e Saúde*, 2(17), 97-105.
- Riberto, M., Miyazaki, M., Jucá, S., Sakamoto, H., Pinto, P., & Battistella, L. (2004). *Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional*. São Paulo.
- Richards D., Miodrag N., Watson S., Feldman M., Aunos M., Cox-Lindenbaum D., & Griffiths, D. (2009). Sexuality and human rights of persons with intellectual disabilities. In F. Owen, & D. Griffiths (Eds.), *Challenges to the Human Rights of People with Intellectual Disabilities* (pp. 184-219). JessicaKingsley Publishers.
- Sanches-Ferreira, M., Lopes-dos-Santos, P., & Santos, M. (2012). A desconstrução do conceito de *deficiência mental* e a construção do conceito de *incapacidade intelectual* de uma perspectiva estática a uma perspectiva dinâmica da funcionalidade. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 18(4), 553-568. <https://doi.org/10.1590/S1413-65382012000400002>
- Schaafsma, D., Kok, G., & Stoffelen, J. (2015). Identifying effective methods for teaching sex education to individuals with intellectual disabilities: A systematic review. *Journal of Sex Research*, 52(4), 412-432. DOI: 10.1080/00224499.2014.919373
- Schmidt, E., Brown, C., & Darragh, A. (2020). Scoping review of sexual health education interventions for adolescents and young adults with intellectual or development disabilities. *Sexuality and Disability*, 38(2), 439-453. <https://doi.org/10.1007/s11195-019-09593-4>
- Schwartz, R., & Robertson, R. (2019). A review of research on sexual education for adults with intellectual disabilities. *Career Development and Transition for Exceptional Individuals*, 42(3), 148-157. <https://doi.org/10.1177/21651434187566>
- Silveira-Maia, M., & Melo, B. (2024). *Projeto de educação financeira “no poupar está o ganho”*. <https://www.facm.pt/facm/facm/pt/servico-educacao/educacao-financeira/No-Poupar-Est--o-Ganho->
- Sodelli, F. (2013). *Cartilha de orientação sobre sexualidade e deficiência intelectual*. Instituto Mara Gabrielli.

- Stoffelen, J., Herps, M., Buntinx, W., Schaafsma, D., Kok, G., & Curfs, L. (2017). Sexuality and individual support plans for people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 61(12), 1117-1129. doi: 10.1111/jir.12428
- Uçar, K., Karabulut, H., Yilmaz, Y., & Uçar, A. (2021). The effect of sex education program on the attitudes of the families of adults with intellectual disabilities. *The Asian Institute of Research Education Quartely Reviews*, 4(4), 66-78. DOI: 10.31014/aior.1993.04.04.371
- Watson, S., Venema, T., Molloy, W., & Reich, M. (2002). Direitos sexuais e indivíduos com deficiência de desenvolvimento. In D. Griffiths, D. Richards, P. Fedoroff, & S. Watson (Eds), *Dilemas éticos: sexualidade e deficiência de desenvolvimento* (pp. 19-53). NADD Press.
- Wit, W., Van Oorsouw, W., & Embregts, P. (2022). Sexuality, education and support for people with intellectual disabilities: A systematic review of the attitudes of support staff and relatives. *Sexuality and Disability*, 40(2), 315-346. <https://doi.org/10.1007/s11195-021-09724-w>
- World Health Organization. (2006). *Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva.*
- World Health Organization. (2024a). *Sexual health*. https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2
- World Health Organization. (2024b). *Sexual health*. https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_1

ANEXOS

ANEXO 1 – MEDIDA DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL (MAF)

MIF – Medida de Independência Funcional / MAF – Medida de Avaliação Funcional

Níveis	7 – Independência completa (em segurança, em tempo normal) 6 – Independência modificada (ajuda técnica)	Sem Ajuda
	Dependência Modificada 5 – Supervisão 4 – Ajuda Mínima (indivíduo > = 75%) 3 – Ajuda Moderada (indivíduo > = 50%) 2 – Ajuda máxima (indivíduo > = 25%) 1 – Ajuda Total (indivíduo > = 0%)	Com Ajuda

	ADMISS. (/ /)	ALTA (/ /)	ACOMP. (/ /)
<u>Auto-cuidados</u>			
1) Alimentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Higiene Pessoal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Banho (Lavar Corpo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Vestir metade superior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Vestir metade inferior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Utilização da sanita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Deglutição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Controlo dos esfínteres</u>			
8) Bexiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Intestino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Mobilidade -Transferências</u>			
10) Leito, Cadeira, Cadeira de rodas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Sanita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Banheira, Duche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Carro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Locomoção</u>			
14) Marcha/Cadeira de rodas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Escadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) Acesso na comunidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Comunicação</u>			
17) Compreensão (A/V)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) Expressão (V/N)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) Leitura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20) Escrita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21) Inteligibilidade do discurso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Adaptação Psicossocial</u>			
22) Interacção social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23) Estado emocional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24) Adaptação às limitações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25) Empregabilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Função Cognitiva</u>			
26) Resolução dos problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27) Memória	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28) Orientação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29) Atenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30) Noção de segurança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MIF/MAF Motora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MIF/MAF Cognitiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MIF/MAF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ANEXO 2 – ESCALA DE CONHECIMENTOS,
EXPERIÊNCIAS E NECESSIDADES SEXUAIS PARA
PESSOAS COM INCAPACIDADE INTELECTUAL
(SEX KEN – ID)**

**Escala de Conhecimentos, Experiências e
Necessidades Sexuais para Pessoas com
Incapacidade Intelectual**

SEX KEN – ID

1994 – Quarta Edição

Marita P. McCabe Ph.D, F.A.Ps.S.

Escola de Psicologia

Deakin University – Burwood Campus

SEX KEN – ID Translated to Portuguese (Portugal) by Joana Pinto
joanapinto1988@hotmail.com, with orientation of Prof. Doutor Pedro Nobre. Janeiro 2011

O SEX KEN-ID foi desenvolvido para avaliar a sexualidade das pessoas com deficiência mental. Avalia os conhecimentos, as experiências, os sentimentos e necessidades das pessoas com deficiência mental numa ampla gama de áreas. O SEX KEN-ID é realizado por três entrevistas. A primeira entrevista concentra-se nas áreas menos invasivas da sexualidade, a segunda aborda aspectos mais particulares da sexualidade e a terceira explora as áreas mais pessoais. As entrevistas estão organizadas em 12 subsecções (cada entrevista abrange 4 subsecções), que contêm questões sobre os conhecimentos, as experiências, os sentimentos e necessidades que necessitam ser avaliadas dentro de cada subsecção. A entrevista 1 abrange as áreas da Amizade, Namoro e Intimidade, Casamento e Identificação de Partes do Corpo. A entrevista 2 abrange a Sexualidade e a Educação Sexual, a Menstruação, a Interação Sexual e os Métodos Contraceptivos. Por fim, a entrevista 3 abrange as áreas da Gravidez, Aborto e Parto, Doenças Sexualmente Transmissíveis, Masturbação e Homossexualidade. O consentimento informado é solicitado no início de cada subsecção.

A primeira entrevista inclui questões de conhecimento relevantes para a segunda entrevista. Este procedimento identifica se os entrevistados têm conhecimentos suficientes sobre as áreas da sexualidade para prosseguirem para a segunda entrevista. Somente aquelas subsecções para as quais existe um nível adequado de compreensão, serão concluídas na segunda entrevista. Da mesma forma, a segunda entrevista explora o conhecimento necessário para a terceira, sendo que um idêntico procedimento será seguido em relação às subsecções abrangidas na terceira entrevista.

Uma forma paralela da medida (Sex Ken) é utilizada para pessoas que não têm deficiência mental.

ÍNDICE

Amizade: Questões 1.0 – 1.22	K:	1
	E:	13
	F:	4
	N:	5
Namoro e Intimidade: Questões 2.0 – 2.15	K:	2
	E:	4
	F:	6
	N:	4
Casamento: Questões 3.0 – 3.15	K:	2
	E:	0
	F:	13
	N:	1
Identificação de Partes do Corpo: Questões 4.0 – 4.20	K:	21
	E:	0
	F:	0
	N:	0
Sexualidade e Educação Sexual: Questões 5.0 – 5.15	K:	1
	E:	7
	F:	5
	N:	3
Menstruação: Questões 6.0 – 6.15	K:	11
	E:	2
	F:	2
	N:	1
Interacção Sexual: Questões 7.0 – 7.51	K:	21
	E:	15
	F:	14
	N:	2
Métodos Contraceptivos: Questões 8.0 – 8.17	K:	9
	E:	8
	F:	1

	N:	1
Gravidez, Aborto e Parto: Questões 9.0 – 9.23	K:	15
	E:	3
	F:	4
	N:	2
Doenças Sexualmente Transmissíveis: Questões 10.0 – 10.18	K:	11
	E:	2
	F:	4
	N:	2
Masturbação: Questões 11.0 – 11.15	K:	3
	E:	6
	F:	6
	N:	1
Homossexualidade: Questões 12.0 – 12.9	K:	1
	E:	1
	F:	6
	N:	2
Sentimentos em relação às questões		

SECÇÃO DE FIGURAS: FIGURAS 1-15

K = Conhecimento; E = Experiência; F = Sentimentos e Atitudes; N = Necessidade.

Antes de começar a entrevista, por favor responda às seguintes questões referentes a si.

1. Idade: _____ anos. 2. Género: masculino/feminino 3. Data de nascimento: ____/____/____

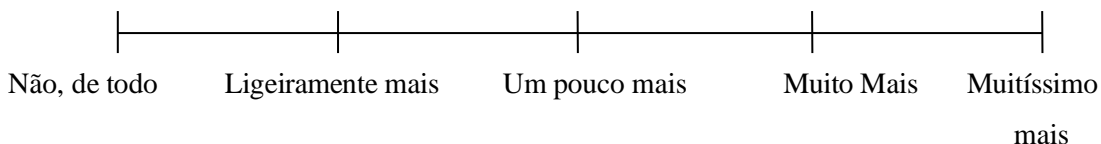
AMIZADE

Instruções

Esta secção pede informações sobre a amizade. Algumas questões requerem que escreva as suas respostas, e outras pedem que coloque um X na linha para indicar como se sente.

1.1 K O que é a amizade?

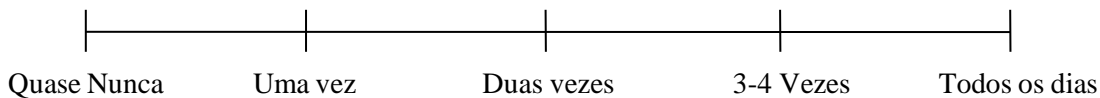
1.2 N Gostaria de ter mais amigas do sexo feminino?



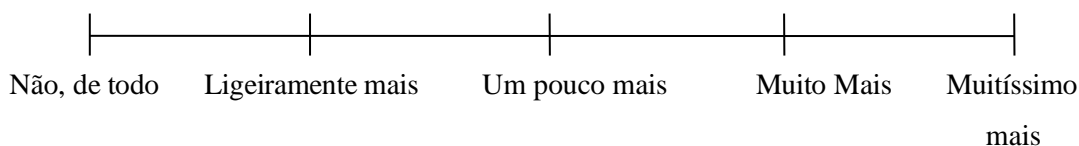
1.3 E Quantas amigas (do sexo feminino) íntimas tem?
_____ (número)

Se nenhuma, vá para 1.8

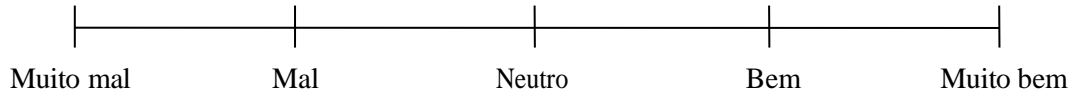
1.4 E Quantas vezes por semana em média passa tempo com as suas amigas (do sexo feminino)?



1.5 N Gostaria de poder passar mais tempo com as suas amigas?



1.6 F No geral, como se sente em relação às suas amigas?



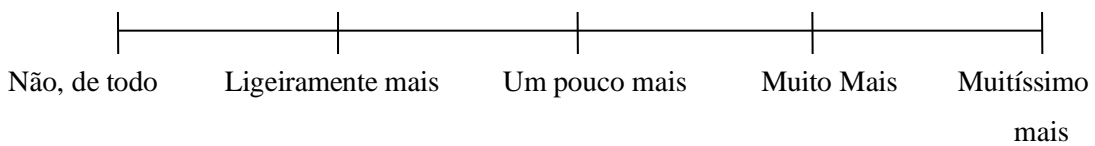
1.7 E Sobre o que é que costuma falar com a (s) sua (s) amiga (s)?

- ___ trabalho/escola
- ___ pessoas que conhecem
- ___ problemas
- ___ passatempos
- ___ nossas famílias
- ___ desporto
- ___ sexo
- ___ outro (por favor especifique)

1.8 E O que é que costuma fazer com as suas amigas, quando estão juntos?

- ___ ver televisão
- ___ praticar desporto
- ___ sair
- ___ conversar
- ___ abraçar e beijar
- ___ outro (por favor especifique)

1.9 N Gostaria de ter mais amigos do sexo masculino?

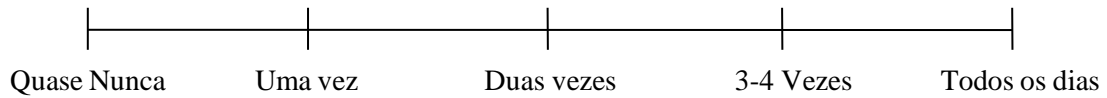


1.10 E Quantos amigos próximos do sexo masculino tem?

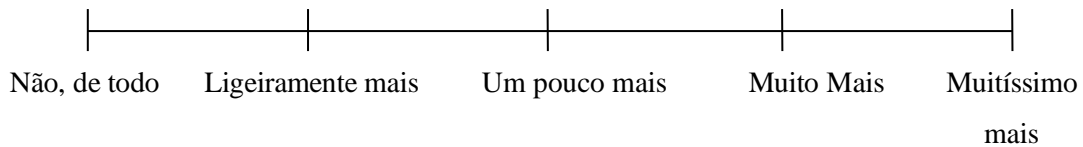
_____ (número)

Se nenhum, vá para 1.8

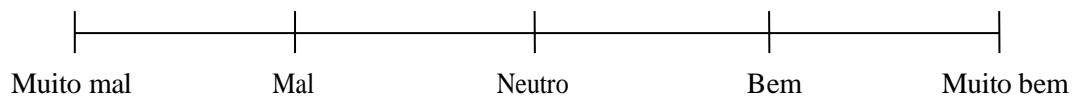
1.11 E Quantas vezes por semana em média passa tempo com os seus amigos (do sexo masculino)?



1.12 N Gostaria de poder passar mais tempo com os seus amigos?



1.13 F No geral, como se sente em relação aos seus amigos?



1.13 E Sobre o que é que costuma falar com o (s) seu (s) amigo (s)?

- ___ trabalho/escola
- ___ pessoas que conhecem
- ___ problemas
- ___ passatempos
- ___ vossas famílias
- ___ desporto
- ___ sexo
- ___ outro (por favor especifique)

1.14 E O que é que costuma fazer com os seus amigos, quando estão juntos?

- ___ ver televisão
- ___ praticar desporto
- ___ sair
- ___ conversar
- ___ abraçam-se e beijam-se
- ___ outro (por favor especifique)

1.15 E Tem namorado, namorada ou um companheiro especial?

_____ Sim _____ Não

Se não, vá para 1.21

1.16 E Essa pessoa é do sexo feminino ou masculino?

_____ Masculino _____ Feminino

1.17 E Aproximadamente, há quanto tempo está com ele/a?

1.18 E Em média numa semana, quantas vezes vê essa pessoa?

|-----|-----|-----|-----|-----|
Quase Nunca Uma vez Duas vezes 3-4 Vezes Todos os dias

1.19 N Quantas vezes gostaria de ver essa pessoa?

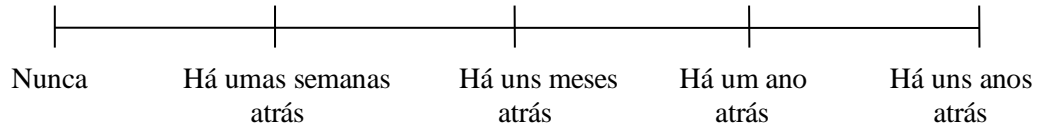
|-----|-----|-----|-----|-----|
Quase Nunca Uma vez Duas vezes 3-4 Vezes Todos os dias

1.20 F Como é que se sente em relação ao seu relacionamento com essa pessoa?

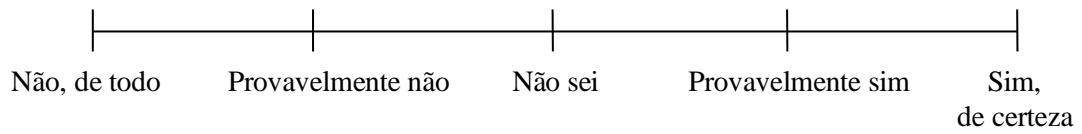
|-----|-----|-----|-----|-----|
Muito mal Mal Neutro Bem Muito bem

Agora vá para Namoro e Intimidade

1.21 E Quando foi a última vez que teve um namorado/a ou um companheiro/a?



1.22 F Gostaria de ter um namorado/a ou um companheiro/a?



Itens: 23

K: 1

E: 13

F: 4

N: 5

(Sem imagens)

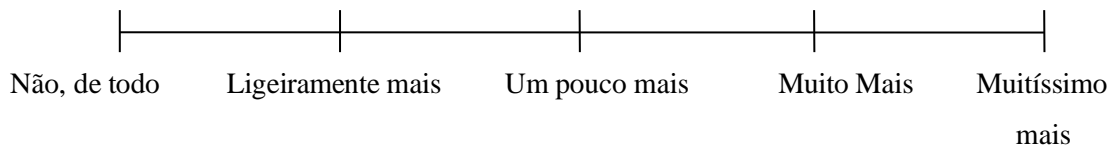
NAMORO E INTIMIDADE

Instruções

Esta secção pede informações sobre namoro e intimidade. Algumas questões pedem que escreva as suas respostas e outras requerem que coloque um X na linha para indicar como se sente.

2.1 K O que é um namoro?

2.2 N Gostaria de saber mais acerca de namorar?



2.3 E Já alguma vez teve um encontro, ou saiu com um/a namorado/a?

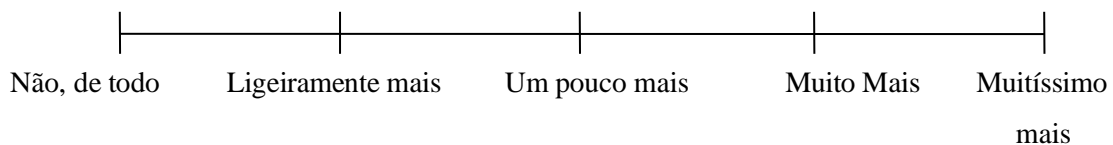
_____ Sim _____ Não

Se não, vá para 2.4; se sim, continue:

2.3 E O que fizeram?

- _____ desenhos
- _____ jantaram
- _____ foram à praia
- _____ foram andar a pé
- _____ foram a uma festa
- _____ dançaram
- _____ fazer sexo
- _____ outro (por favor especifique)

2.4 F Acha que gostaria de sair com um namorado/a/companheiro/a?



2.5 F Existe alguém com quem gostaria de sair?

_____ Sim _____ Não

Se não, vá para 2.7; se sim, continue:

2.6 F O que gostaria de fazer com essa pessoa?

_____ desenhos

_____ jantaram

_____ foram à praia

_____ foram andar a pé

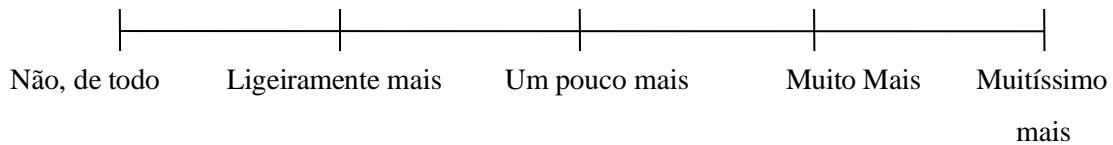
_____ foram a uma festa

_____ dançaram

_____ fizeram sexo

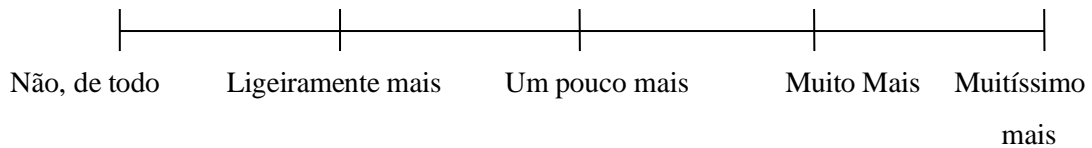
_____ outro (por favor especifique)

2.7 N Gostaria de namorar mais?

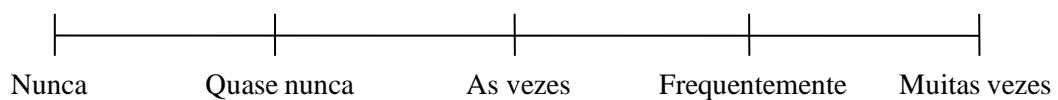


2.8 K O que significa sentir-se próximo de alguém?

2.9 N Gostaria de saber mais acerca de sentir-se próximo das pessoas?



2.10 E Alguma vez se sentiu realmente próximo de alguém?



CASAMENTO

Instruções

Esta secção pede informações sobre o casamento. Algumas questões pedem que escreva as suas respostas e outras requerem que coloque um X na linha para indicar como se sente.

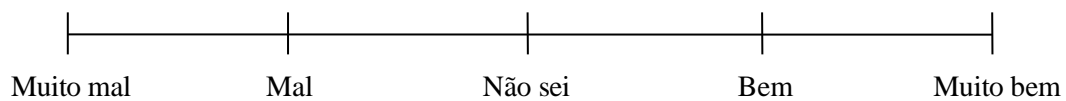
3.1 K O que é o casamento?

Consulte a secção de figuras no final do Questionário

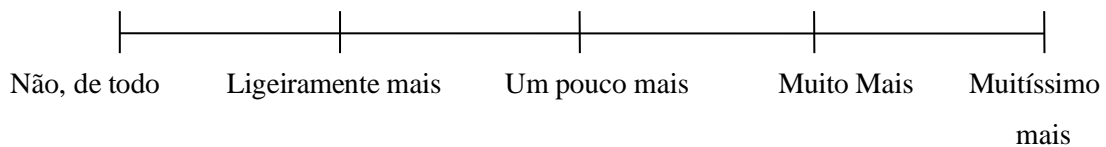
Ver Figura 1

3.2 K O que representa esta imagem?

3.3 F Como se sente em relação a casar-se?



3.4 N Gostaria de saber mais acerca do casamento e de ser casado?



3.5 F Quem se casa?

3.6 F Porque é que as pessoas se casam?

3.7 F Todas as pessoas têm que se casar?

_____ Sim _____ Não

3.8 F Porquê/porque não?

3.9 F Se as pessoas querem fazer sexo, devem casar-se?

_____Sim _____Não

3.10 F Porquê/porque não?

3.11 F Se as pessoas querem ter filhos, devem casar-se?

_____Sim _____Não

3.12 F Porquê/porque não?

3.13 F Se as pessoas se casam, têm de ter um filho?

_____Sim _____Não

3.14 F Porquê/porque não?

3.15 F Gostava de se casar?

_____Sim _____Não

3.16 F Porquê/porque não?

Itens: 16

K: 2

E: 0

F: 13

N: 1

(1 imagem)

IDENTIFICAÇÃO DE PARTES DO CORPO

Instruções

Esta secção pede informações sobre identificação de partes do corpo. Algumas questões pedem que escreva as suas respostas e outras requerem que coloque um X na linha para indicar como se sente.

4.1 K Qual é a mulher e qual é o homem? Por favor, identifique na Figura 2.

4.2 a K Qual é o homem e qual é a mulher? Por favor, identifique nas Figuras 2 & 3.

No sexo masculino:

4.2a K Identifique os olhos.

b K Para que servem? O que pode fazer com os seus olhos?

4.3a K Identifique o nariz.

b K Para que serve?

4.4a K Identifique a perna.

b K Para que serve?

4.5a K Identifique o umbigo.

4.6a K Identifique as nádegas/ rabo.

b K Para que serve?

4.7a K Identifique os pés.

b K Para que servem?

4.8a K Identifique o pénis.

b K Para que serve?

4.9a K Identifique o peito.

4.10a K Identifique os tornozelos.

No sexo feminino:

4.11a K Identifique os braços.

b K Para que servem?

4.12a K Identifique o ombro.

4.13a K Identifique a boca.

b K Para que serve?

4.14a K Identifique as mamas.

b K Para que servem?

4.15a K Identifique o pescoço.

b K Para que serve?

4.16a K Identifique as ancas.

4.17a K Identifique os mamilos.

b K Para que servem?

4.18a K Identifique as mãos.

b K Para que servem?

4.19a K Identifique a vagina.

b K Para que serve?

4.16a K Identifique as costas.

Itens: 21

K: 21

E: 0

F: 0

N: 0

(6 imagens)

SEXUALIDADE E EDUCAÇÃO SEXUAL

Instruções

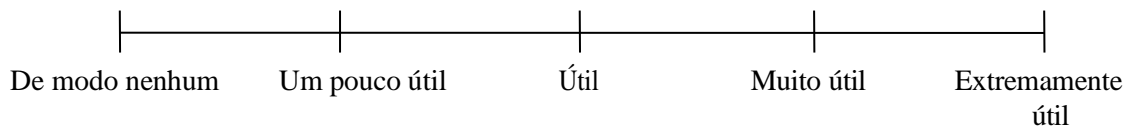
Esta secção pede informações sobre sexualidade e educação sexual. Algumas questões pedem que escreva as suas respostas e outras requerem que coloque um X na linha para indicar como se sente.

- 5.0 E Já teve educação sexual? Ou seja, alguém lhe deu informações sobre sexualidade?
_____ Sim _____ Não

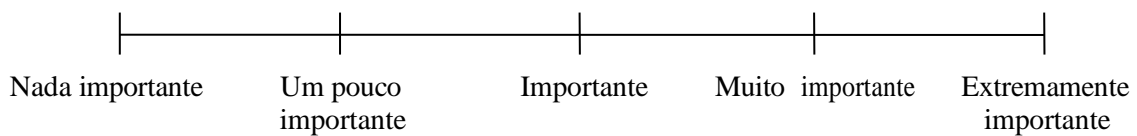
Se não, vá para 5.5

- 5.1 E Quem lhe deu essa informação sobre sexualidade?
_____ pais
_____ irmãos/irmãs
_____ amigos
_____ outro (por favor especifique)

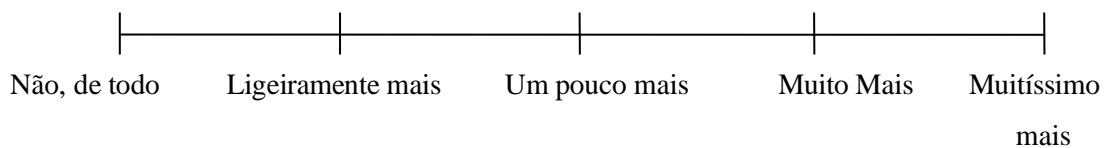
- 5.2 F Quão útil foi essa educação sexual?



- 5.3 F Qual a importância da educação sexual para si?

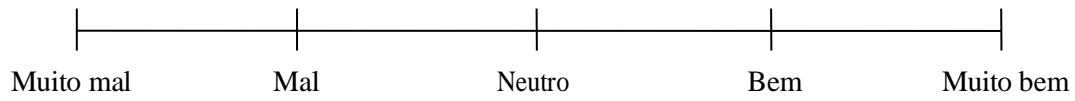


- 5.4 N Gostava de ter mais educação sexual?

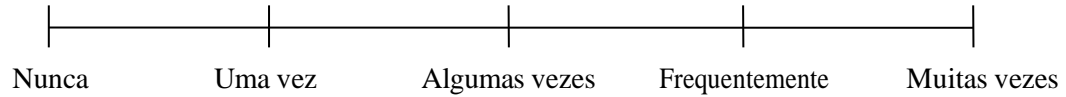


- 5.5 K O que significa ter relações sexuais?

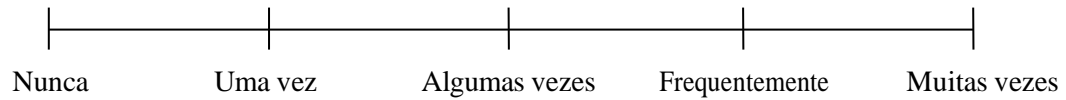
5.6 F Como se sente acerca de ter relações sexuais?



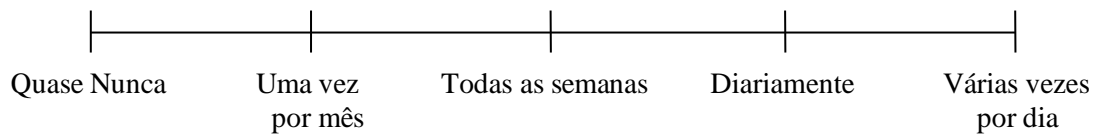
5.7 E Com que frequência fala com a sua família sobre sexualidade?



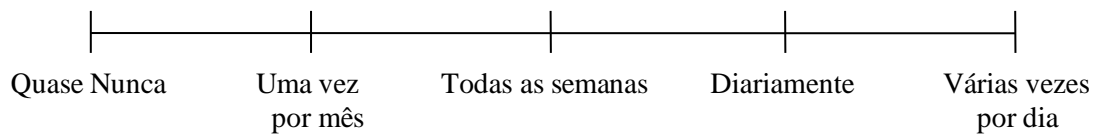
5.8 E Com que frequência fala com os seus amigos sobre sexo?



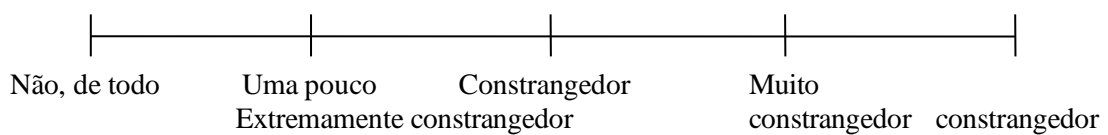
5.9 E Com que frequência pensa em sexo?



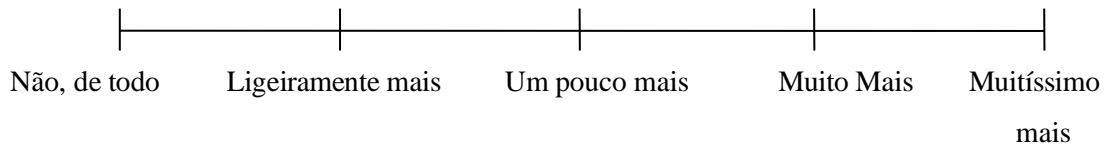
5.10 E Com que frequência gostava de ter relações sexuais?



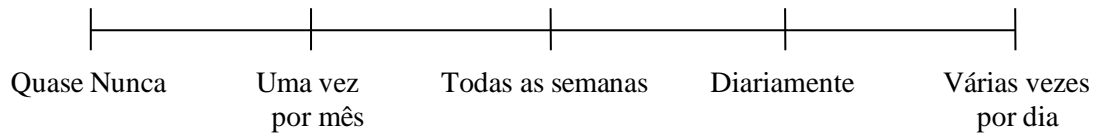
5.11 F É constrangedor falar sobre sexo?



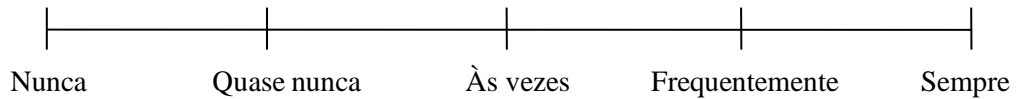
5.12 N Gostaria de saber mais sobre sexualidade?



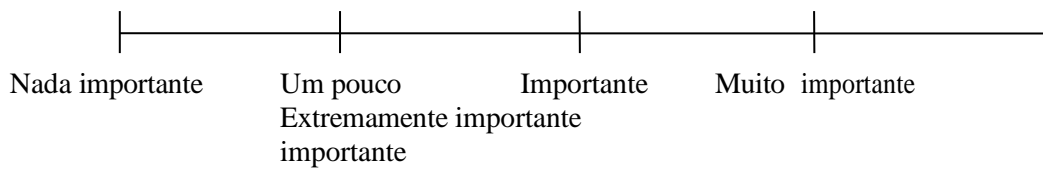
5.13 E Com que frequência tem relações sexuais?



5.14 N Tem privacidade suficiente, onde vive?



5.15 F Qual a importância da privacidade para si?



Itens: 16

K: 1

E: 7

F: 5

N: 3

(sem imagens)

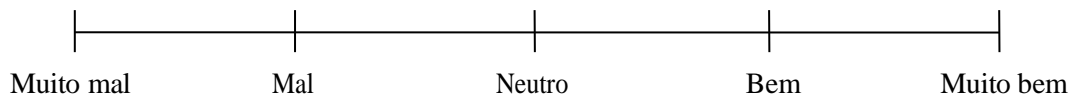
MENSTRUACÃO

Instruções

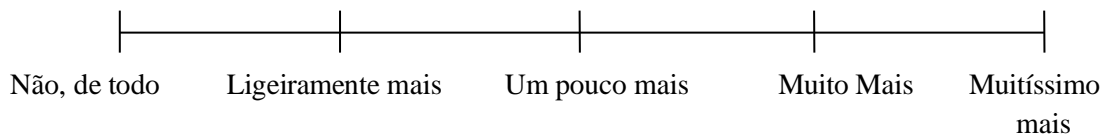
Esta secção pede informações sobre sexo e educação sexual. Algumas questões pedem que escreva as suas respostas e outras requerem que coloque um X na linha para indicar como se sente.

6.1 K O que é a menstruação ou o período?

6.2 F Como se sente em relação à menstruação ou a ter período?



6.3 N Gostaria de saber mais sobre a menstruação ou o período?



6.4 K Porque é que as mulheres têm período?

6.5 K Com que frequência a mulher tem um período?

6.6 K Os homens têm período?

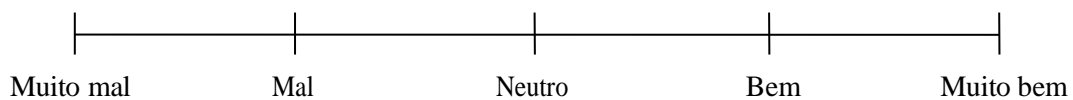
_____Sim _____Não

(Q. 6.6 – 6.12 só para o sexo feminino)

6.7 E Tem período?

_____Sim _____Não

6.8 F Como se sente em relação a ter períodos?



- 6.9 E Alguém lhe explicou o que era o período antes de ele ter aparecido?
_____Sim _____Não _____Ainda não teve um período
- 6.10 K O que faz quando tem um período?
_____Não tenho períodos
- 6.11 K Sabe quando o seu período vem, ou não?
_____Sim _____Não _____Não tenho períodos
- 6.12 K O que faria se o seu período não viesse?
_____Não tenho períodos
- 6.13 K Quando a mulher tem um período, o sangue sai do mesmo sítio que sai a urina ou o xixi?
_____Sim _____Não

Ver Figura 5 (Secção das imagens)

- 6.14 K O que são estas coisas?
- 6.15 K Para que servem?
- 6.16 K Como se usam?

Itens: 16

K: 11

E: 3

F: 2

N: 1

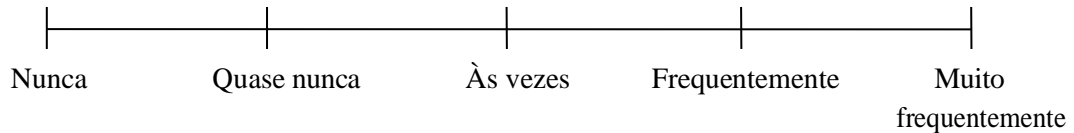
(1 imagem)

INTERAÇÃO SEXUAL

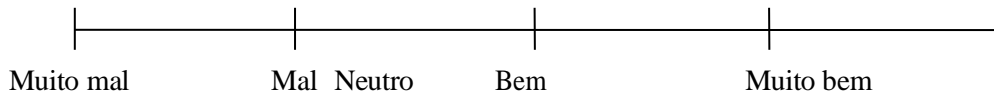
Instruções

Esta secção pede informações sobre a interação sexual. Algumas questões pedem que escreva as suas respostas e outras requerem que coloque um X na linha para indicar como se sente.

7.1 E Já alguma vez andou de mãos dadas com alguém?



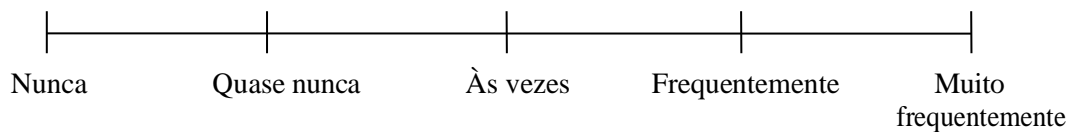
7.2 F Como se sente em relação a andar de mãos dadas?



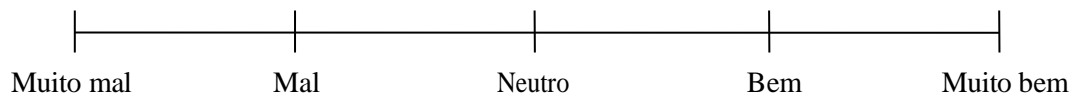
Ver Figura 6 (Secção das imagens)

7.3 K O que é isto na imagem? O que estão a fazer?

7.4 E Já abraçou alguém assim?



7.5 F Como se sentia se o/a abraçassem assim?

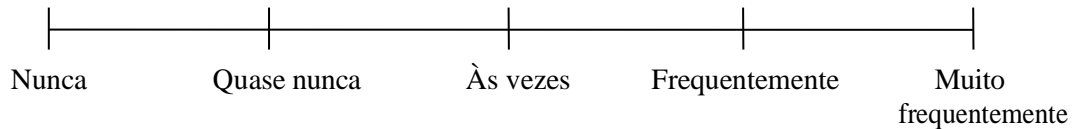


7.6 F Quem gostaria de abraçar assim? (ex. um amigo, familiar, colega de trabalho?)

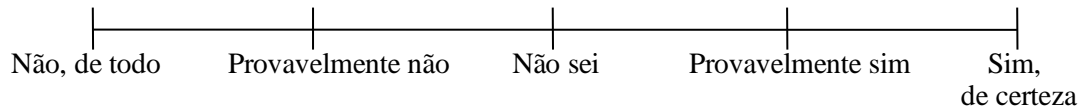
Ver Figura 7 (Secção das imagens)

7.7 K O que é isto na imagem? O que estão a fazer?

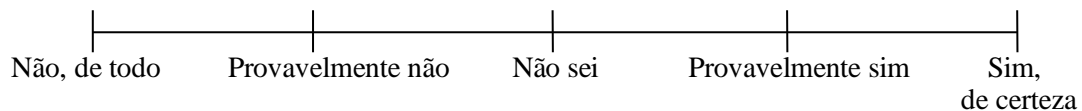
7.8 E Já abraçou alguém assim?



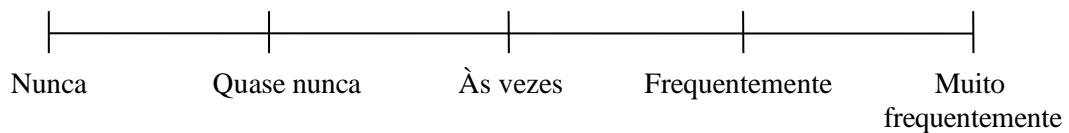
7.9 F Gostaria de abraçar alguém sem roupa?



7.10 F Gostava de ser beijado/a?



7.11 E Já beijou alguém nos lábios?



Se nunca, vá para 7.12; se outra resposta, continue:

7.11 E Quem beijou?

___namorado

___namorada

___parceiro/a

___amigo/a

___familiar

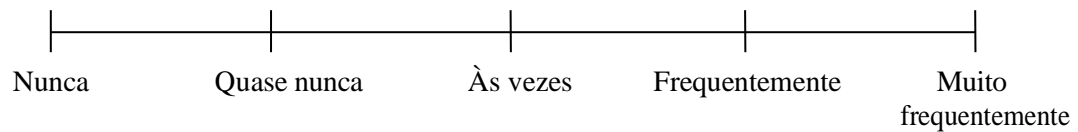
___alguém no trabalho

_____outro (por favor especifique)

Ver Figura 8 (Secção das imagens)

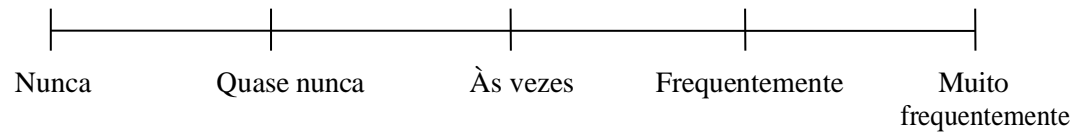
7.12 K O que é isto na imagem? O que estão a fazer?

7.13 E Já beijou alguém na boca de uma forma sexy?

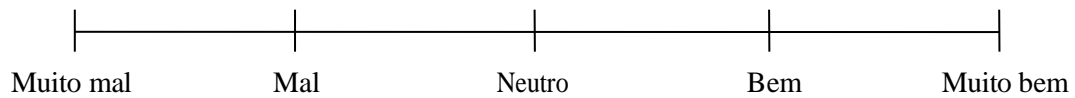


Questões 7.14 – 7.17 só para o sexo feminino

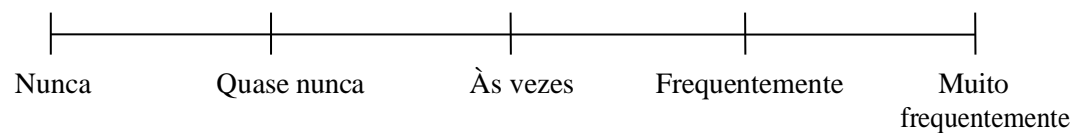
7.14 E Já alguém tocou ou beijou as suas mamas?



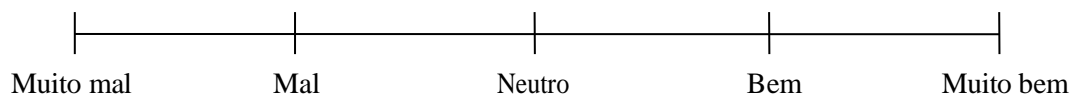
7.15 F Como se sente em relação a tocarem ou beijarem as suas mamas?



7.16 E Já alguém tocou ou beijou a sua vagina?

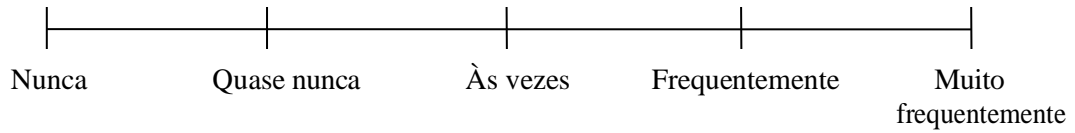


7.17 F Como se sente em relação a tocarem ou beijarem a sua vagina?

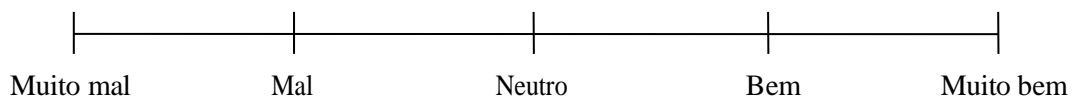


Questões 7.18 – 7.19 só para o sexo masculino

7.18 E Já alguém tocou ou beijou o seu pénis?



7.19 F Como se sente em relação a tocarem ou beijarem o seu pénis?



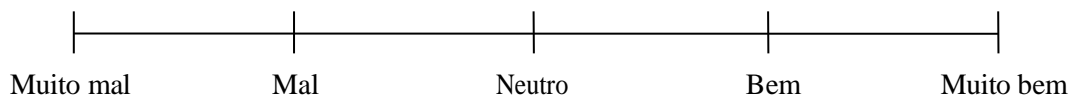
7.20 K O que é uma relação sexual?

Ver Figura 9 (Secção das imagens)

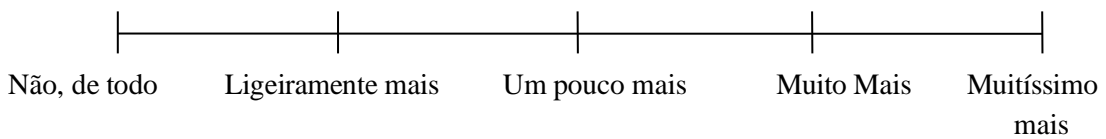
7.21 K O que é isto na imagem? O que estão a fazer?

7.22 E Como gosta de chamar a relação sexual?

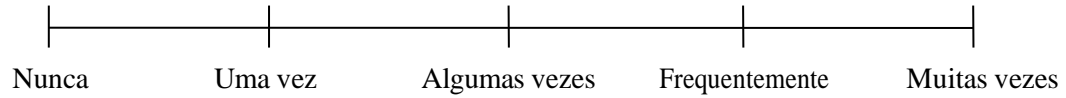
7.23 F Como se sentiria a ter relações sexuais?



7.24 N Necessita de mais informações sobre relações sexuais?



7.25 E Já teve relações sexuais?



7.26 K O que significa ter um orgasmo ou “vir-se”?

7.27 K Um homem pode ter um orgasmo?

_____ Sim _____ Não

7.28 K Uma mulher pode ter um orgasmo?

_____ Sim _____ Não

7.29 K O que acontece quando um homem tem um orgasmo?

7.30 K O que acontece quando uma mulher tem um orgasmo?

7.31 K O que é a ejaculação?

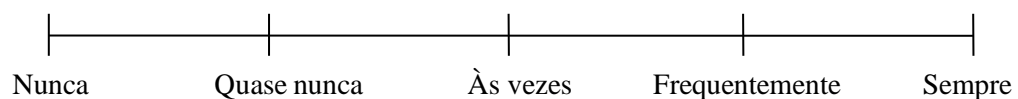
7.32 K Para que serve o sémen/esperma?

Se não sabe, vá para 7.34; se sabe, continue:

7.33 K Quanto sémen/esperma é preciso para uma mulher ficar grávida?

Se não teve relações sexuais (ver questão 7.25), vá para 7.36; caso contrário continue:

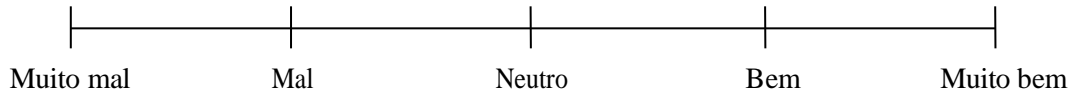
7.34 E Você tem um orgasmo/ejaculação quanto tem relações sexuais?



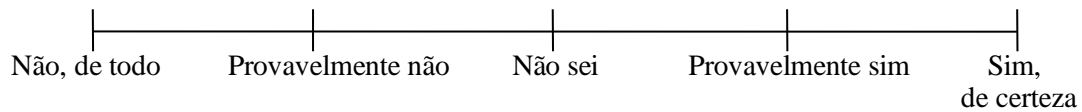
7.35 E Que posições diferentes já usou para ter relações sexuais?

7.36 E Já praticou sexo anal?
_____ Sim _____ Não

7.37 F Como se sentiria em relação a praticar sexo anal?



7.38 F É correcto ter relações sexuais com toda a gente?



7.39 F Com quem gostaria de ter relações sexuais?

7.40 K Onde faz todas estas coisas?
_____quarto
_____sala de estar
_____sala de televisão
_____casa de banho
_____em qualquer sítio
_____outro (por favor especifique)

7.41 K Onde é que as outras pessoas fazem estas coisas?
_____no seu quarto
_____sala de estar
_____sala de televisão
_____casa de banho
_____em qualquer sítio
_____outro (por favor especifique)

7.42 K Onde é que é correcto fazer estas coisas?
_____quarto
_____sala de estar
_____sala de televisão

____ casa de banho
____ em qualquer sítio
____ outro (por favor especifique)

- 7.43 K O que faria se alguém quisesse beijá-lo/a ou ter relações sexuais consigo e não quisesse?
- 7.44 K O que farias se alguém o/ beijasse ou tivesse relações sexuais consigo e não quisesse?
- 7.45 K Consegue dizer “não” a alguém que quer beijá-lo/a ou ter relações sexuais consigo?
____ Sim ____ Não
- 7.46 K Como diz “não”? Descreve como faria.
- 7.47 K Quem deve decidir se você tem relações sexuais com alguém ou não?
- 7.48 F Se é alguém que não você que deve decidir, porque é que essa pessoa deve decidir?
- 7.49 N Gostaria de saber mais sobre relações sexuais não desejadas?

|-----|-----|-----|-----|-----|
Não, de todo Ligeiramente mais Um pouco mais Muito Mais MUITÍSSIMO mais

- 7.50 E Actualmente mantém contacto sexual com alguém?

|-----|-----|-----|-----|-----|
Não Ocasionalmente Às vezes Frequentemente Muito frequentemente

- 7.51 F Acha-se sexualmente atractivo/a?

|-----|-----|-----|-----|-----|
Não, de todo Provavelmente não Não sei Provavelmente sim Sim, de certeza

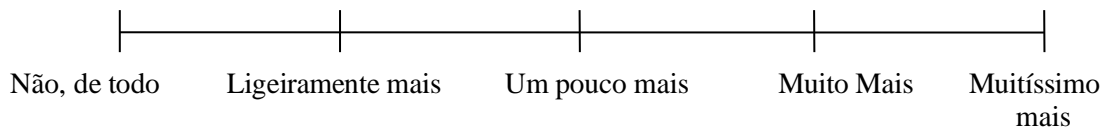
MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

Instruções

Esta secção pede informações sobre métodos contraceptivos. Algumas questões pedem que escreva as suas respostas e outras requerem que coloque um X na linha para indicar como se sente.

8.1 K O que são métodos contraceptivos ou controlo da gravidez?

8.2 N Gostaria de saber mais sobre métodos contraceptivos ou controlo da gravidez?



8.3 K O que é um preservativo?

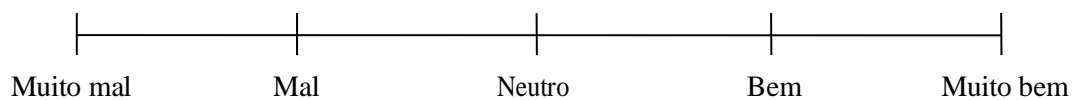
Ver Figura 10 (Secção das imagens)

8.4 K O que é isto na imagem?

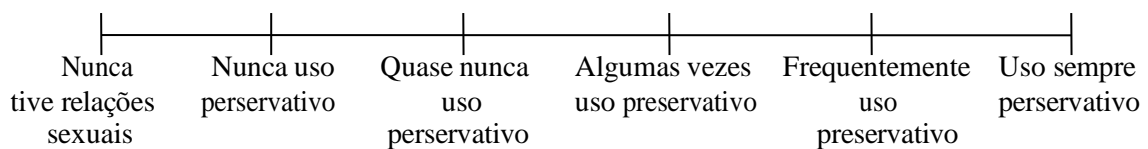
8.5 K Para que serve um preservativo? O que é que ele faz?

8.6 K Descreva como se coloca um preservativo?

8.7 F Como se sente em relação a usar preservativos?



8.8 E Costuma usar preservativo?



Se nunca, vá para 8.9

- 8.8 E Quem normalmente lhe fornece o preservativo?
____ o próprio
____ o/a companheiro/a
____ outro (por favor especifique)
- 8.9 K Se quisesse um preservativo, que faria?
- 8.10 K Pode nomear todas as outras coisas que pode usar para controlar uma gravidez?

Ver Figura 11 (Secção das imagens)

- 8.11 K O que é isto na imagem?
- 8.12 K Para que são usados?

Ver Figura 11 (Secção das imagens)

- 8.13 E Você e o seu parceiro/a usaram algum destes, ou não?
____ Sim ____ Não

Se não, vá para 8.15; se sim, continue:

- 8.14 E Qual deles?
- 8.15 E Já usou outra forma de controlar uma gravidez, que não tenhamos falado?
____ Sim ____ Não

Se não, vá para 8.17; se sim, continue:

- 8.16 E O que usou?
____ esterilização
____ Depo provera
____ coito interrompido
____ outro (por favor especifique)

- 8.17 E Actualmente, você e o seu parceiro utilizam algum tipo de controlo da gravidez?
_____ Sim _____ Não

Se não, vá para a secção da Gravidez, Aborto e Parto; se sim, continue:

- 8.18 E O que estão a usar?
_____pílula
_____perservativo
_____DIU
_____diafragma
_____esterelização
_____Depo provena
_____coito interrompido
_____outro (por favor especifique)

Itens: 19

K: 9

E: 8

F: 1

N: 1

(2 imagem)

GRAVIDEZ, ABORTO E PARTO

Instruções

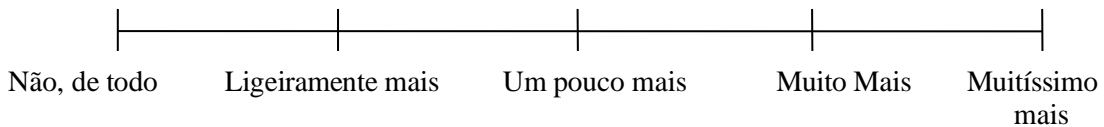
Esta secção pede informações sobre gravidez, aborto e parto. Algumas questões pedem que escreva as suas respostas e outras requerem que coloque um X na linha para indicar como se sente.

9.1 K O que é a gravidez? O que significa estar grávida?

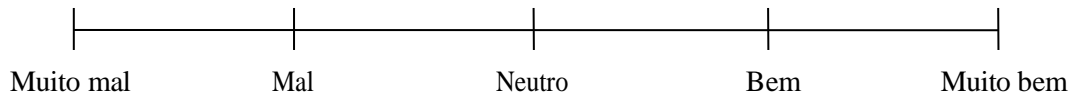
Ver Figura 12 (Secção das imagens)

9.2 K O que é isto na imagem?

9.3 N Gostaria de saber mais sobre a gravidez?



9.4 F Como se sente em relação a engravidar alguém ou a ficar grávida?



9.5 K Como é que uma mulher engravida?

9.6 K Podes ter relações sexuais com uma mulher sem ela ficar grávida?

_____Sim _____Não

9.7 K O que pode fazer para a mulher não ficar grávida?

9.8 K Se a mulher ficar grávida, continua a ter a menstruação/período?

_____Sim _____Não

9.9 K Uma mulher pode ter um bebé sem engravidar?

_____Sim _____Não

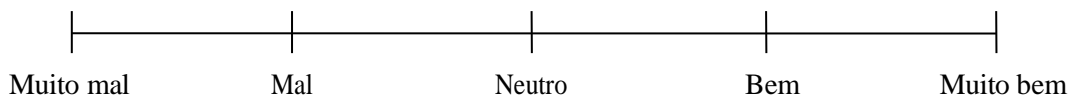
9.9 K Quanto tempo dura uma gravidez? Quanto tempo o bebé fica dentro da barriga da mãe?

9.10 K Como nascem os bebés?

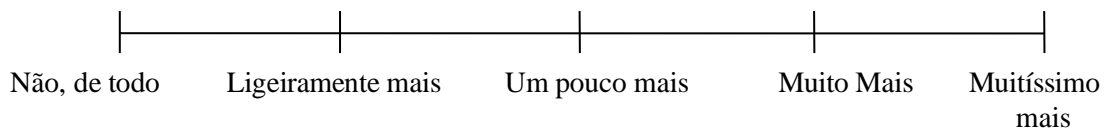
Ver Figura 13 (Secção das imagens)

9.11 K O que é isto na imagem? O que está a acontecer?

9.12 F Como se sente em relação ao parto ou em estar presente enquanto a sua parceira tem um bebé?



9.13 N Gostaria de saber mais sobre o parto?



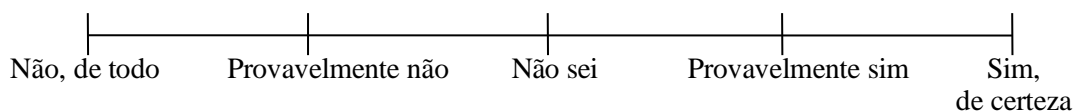
9.14 K Será que o bebé sai pelo mesmo sítio que sai o sangue quando a mulher tem um período?

_____ Sim _____ Não

9.15 E *(só para o sexo feminino:)* Já alguma vez teve um bebé?

_____ Sim _____ Não

9.16 F Gostava de ser mãe/pai, ou não?



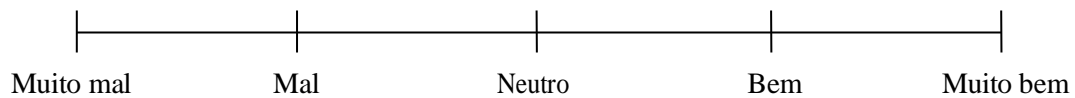
9.17 K Os homens podem engravidar?

_____ Sim _____ Não

- 9.18 K As crianças podem engravidar?
_____Sim _____Não
- 9.19 E (*só para o sexo feminino:*) Já alguma vez esteve grávida?
_____Sim _____Não
- 9.20 K O que faz uma mulher grávida que não quer o bebé?
- 9.21 K O que é um aborto?

Se não sabe, vá para a secção das Doenças Sexualmente Transmissíveis; se sabe, continue:

- 9.22 F Como se sentiria acerca de ter um aborto ou a sua companheira ter um aborto?



- 9.23 E (*só para o sexo feminino:*) Já alguma vez teve um aborto?
_____Sim _____Não

Itens: 24

K: 15

E: 3

F: 4

N: 2

(2 imagem)

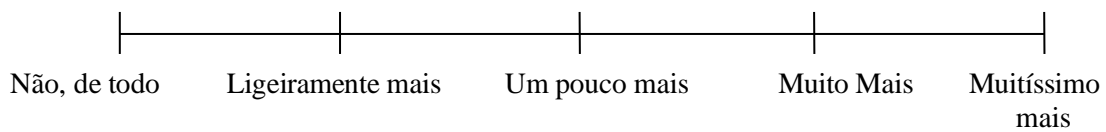
DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Instruções

Esta secção pede informações sobre doenças sexualmente transmissíveis. Algumas questões pedem que escreva as suas respostas e outras requerem que coloque um X na linha para indicar como se sente.

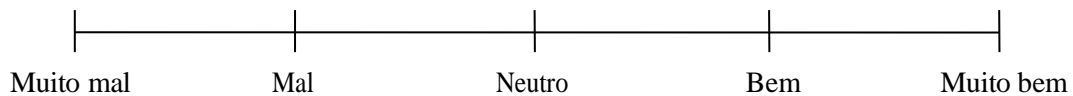
10.1 K O que é uma doença sexualmente transmissível (DST)?

10.2 N Gostaria de saber mais sobre doenças sexualmente transmissíveis?



10.3 K Quantos tipos de doenças sexualmente transmissíveis já ouviu falar? (*detalhe*)

10.4 F Como se sentiria se contraísse uma DST?



10.5 K Como pode contrair uma DST?

10.6 K Como sabe se tem uma DST?

10.7 K Dizia a alguém se tivesse uma DST, ou não?

_____ Sim _____ Não

Se não, vá para 10.8; se sim, continue:

10.8 K A quem diria?

10.9 K Deveria ter relações sexuais se pensasse que tinha uma DST?

_____ Sim _____ Não

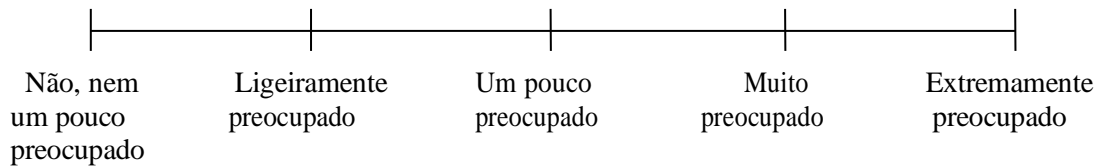
10.10 K Porquê/porque não?

10.11 E Já alguma vez teve uma DST?
_____ Sim _____ Não

Se não, vá para 10128; se sim, continue:

10.12 E O que fez acerca disso?

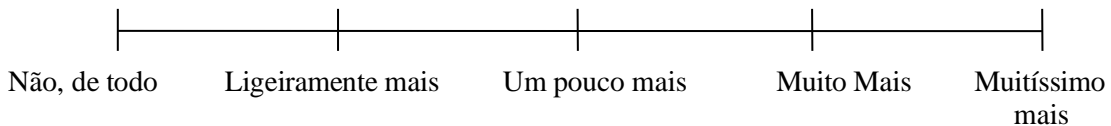
10.13 F Está preocupado em contrair uma DST?



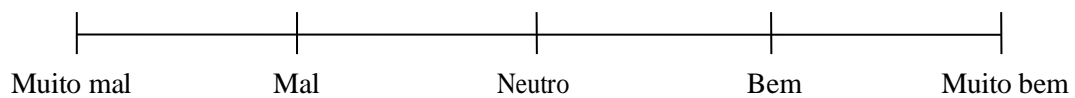
10.14 K O que é a SIDA? O que realmente é?

10.15 K O que lhe acontece se ficar com SIDA?

10.16 N Gostaria de saber mais sobre a SIDA?

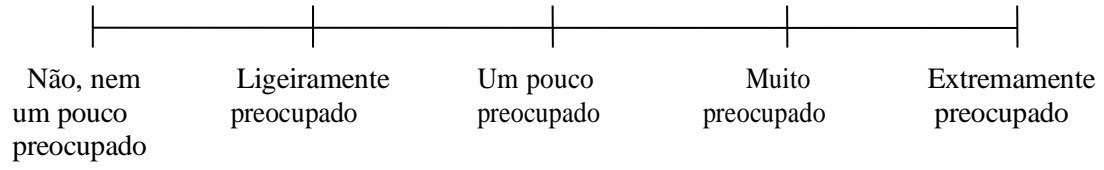


10.17 F Como se sentiria se tivesse SIDA?



10.18 K Qual é a melhor maneira de não contrair SIDA?

10.19 F Está preocupado em ter SIDA?



Itens: 19

K: 11

E: 2

F: 4

N: 2

(sem imagem)

MASTURBAÇÃO

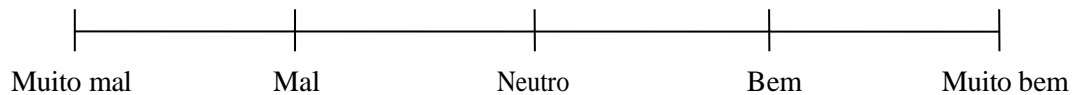
Instruções

Esta secção pede informações sobre masturbação. Algumas questões pedem que escreva as suas respostas e outras requerem que coloque um X na linha para indicar como se sente.

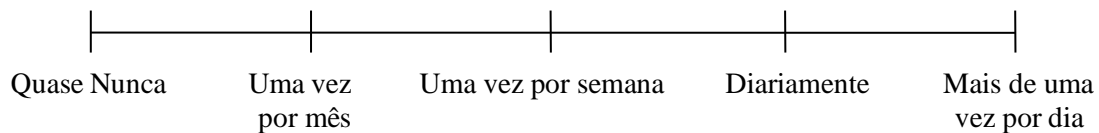
Ver Figura 14 (Secção das imagens)

11.1 K O que é isto nas imagens? O que estão a fazer?

11.2 F Como se sente em relação a estas coisas?



11.3 E Já alguma vez se tocou assim?

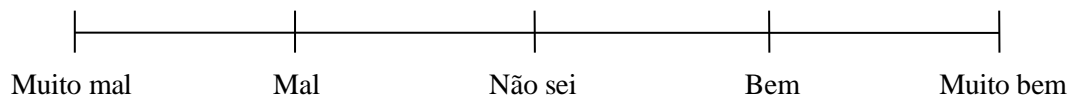


11.4 K O que é a masturbação?

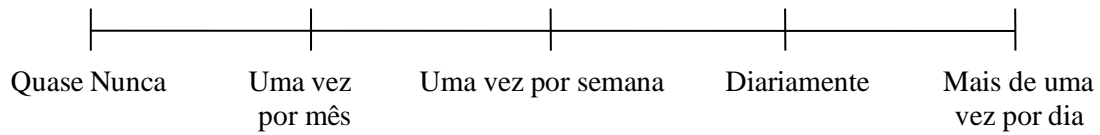
Ver Figura 15 (Secção das imagens)

11.5 K O que é isto nas imagens? O que estão a fazer?

11.6 F Como se sente em relação a masturbar-se?



11.7 E Com que frequência se masturba?



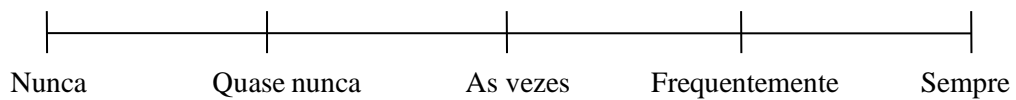
Se quase nunca, vá para 11.10; se outra resposta, continue:

11.7 E O que faz quando se masturba?

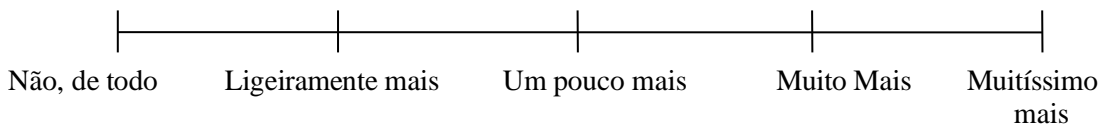
11.8 E Onde se costuma masturbar?

- ___ quarto
- ___ sala de estar
- ___ sala da televisão
- ___ casa de banho
- ___ em qualquer sítio
- ___ outro (por favor especifique)

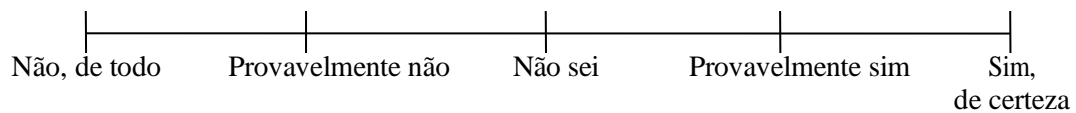
11.9 E Tem um orgasmo ou ejacula quanto se masturba?



11.10 N Gostaria de saber mais sobre masturbação?



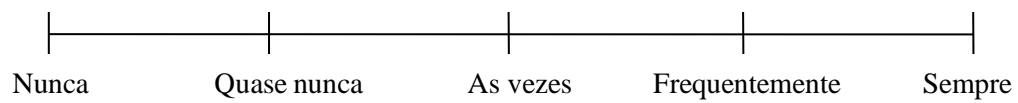
11.11 F É correcto as pessoas masturbarem-se?



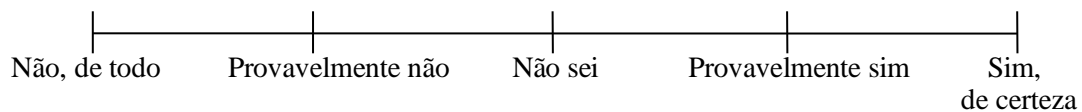
11.12 F Onde é que é correcto as pessoas masturbarem-se?

- ___ seus quartos
- ___ sala de estar
- ___ sala da televisão
- ___ casa de banho
- ___ em qualquer sítio
- ___ outro (por favor especifique)

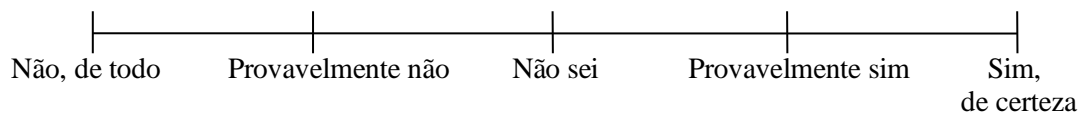
11.13 E É capaz de se masturbar onde vive?



11.14 F É correcto masturbar-se mesmo tendo um (a) parceiro (a) sexual?



11.15 F Gostava de poder masturbar-se com mais frequência?



Itens: 16

K: 3

E: 6

F: 6

N: 1

(4 imagem)

Homossexualidade

Instruções

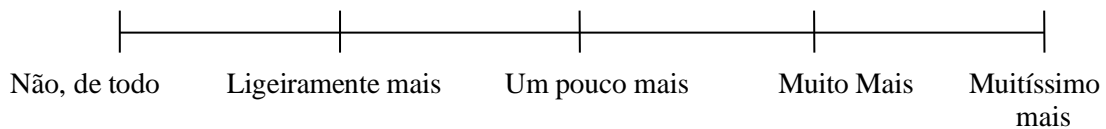
Esta secção pede informações sobre homossexualidade. Algumas questões pedem que escreva as suas respostas e outras requerem que coloque um X na linha para indicar como se sente.

12.1 K O que é a homossexualidade?

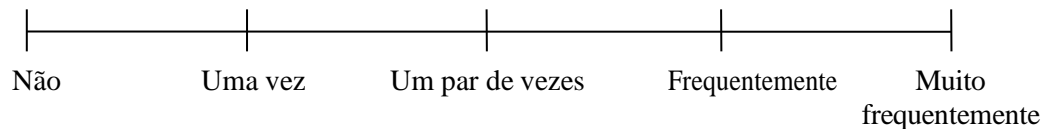
12.2 F Como se sentiria se se envolvesse em comportamentos homossexuais?



12.3 N Gostaria de saber mais acerca da homossexualidade?

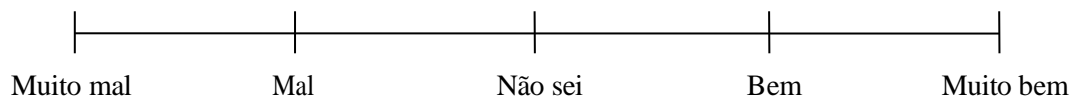


12.4 E Já alguma vez teve uma experiência sexual com alguém do seu sexo?

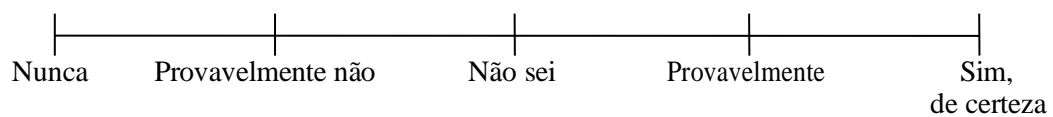


Se não, vá para 12.7; se outra resposta, continue:

12.5 F Como se sentiu quando estava com essa pessoa?

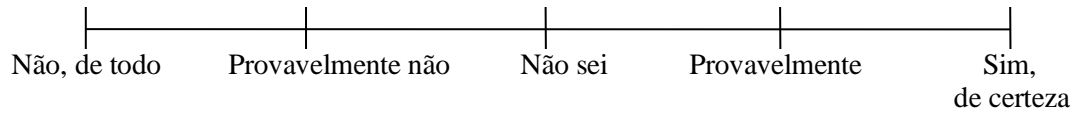


12.6 F Faria isso outra vez?

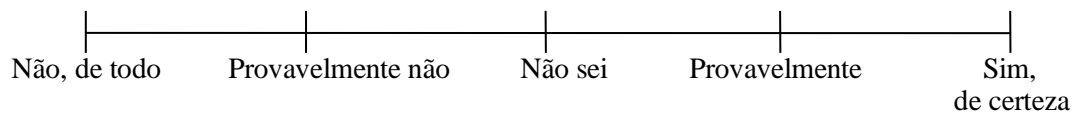


12.7 F Porquê/porque não?

12.8 N Gostaria de ter contacto sexual com alguém do seu próprio sexo?



12.9 F É homossexual?



12.10 F O que o fez decidir isso?

Itens: 10

K: 1

E: 1

F: 6

N: 2

(sem imagem)

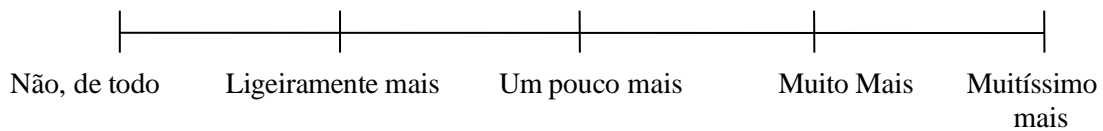
SENTIMENTOS EM RELAÇÃO ÀS QUESTÕES

Instruções

Esta secção pede informações sobre os sentimentos em relação às questões que lhe foram feitas. Algumas questões pedem que escreva as suas respostas e outras requerem que coloque um X na linha para indicar como se sente.

1. Como se sentiu em relação às questões que lhe foram colocadas? Que partes gostou mais, ou não gostou?

2. Precisa de saber mais alguma coisa acerca do que falamos aqui?



Se sim, continue; senão, o questionário está completo.

3. O que precisa saber mais?

4. Quem gostava que lhe ensina-se ou explica-se acerca destas coisas?

5. Gostava que essa pessoa fosse homem ou mulher; ou é a mesma coisa?

Obrigada pela tua cooperação

Figure 6 (Question 7.1)



Figure 6 (Question 7.2)

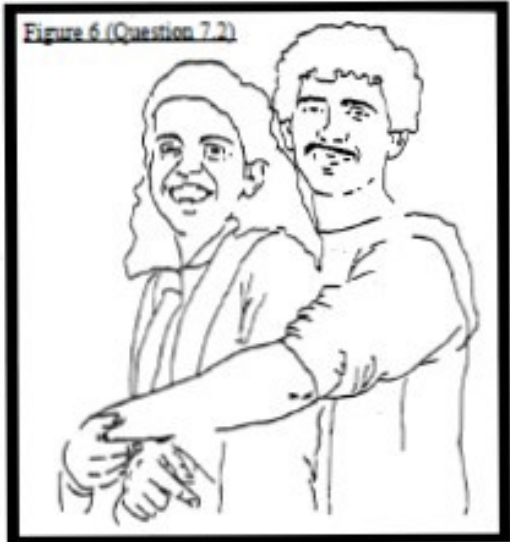


Figure 7 (Question 7.1)

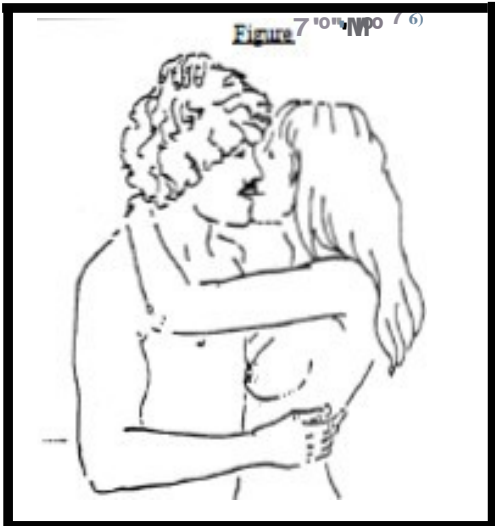


Figure 7 (Question 7.2)

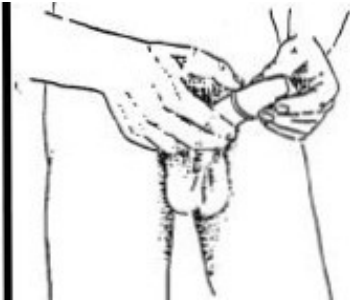


Figure 8 (Question 7.1)



....

Fruta DCôu unop .↳



i'i:w;eJ1f9re5!io?S3ll4a1D

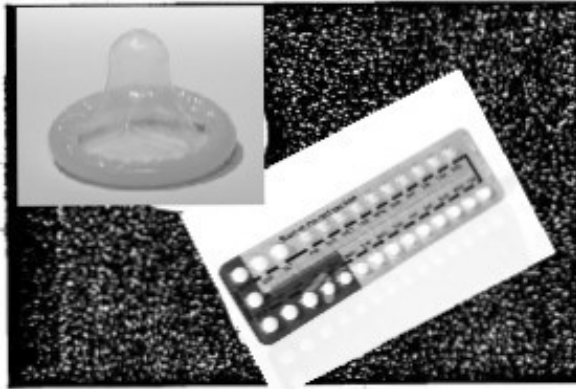
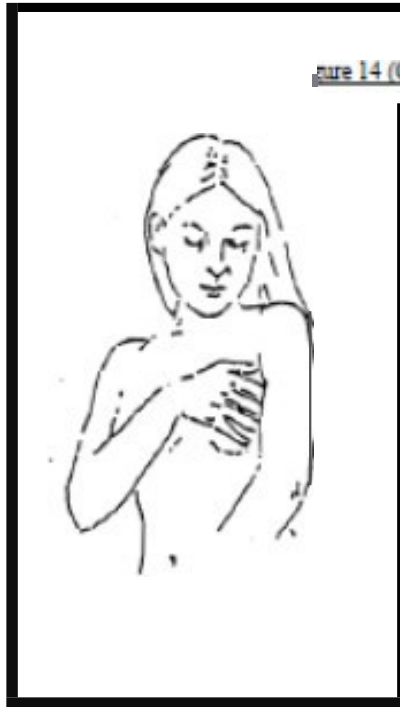


Figure 12 (Question 9.1)

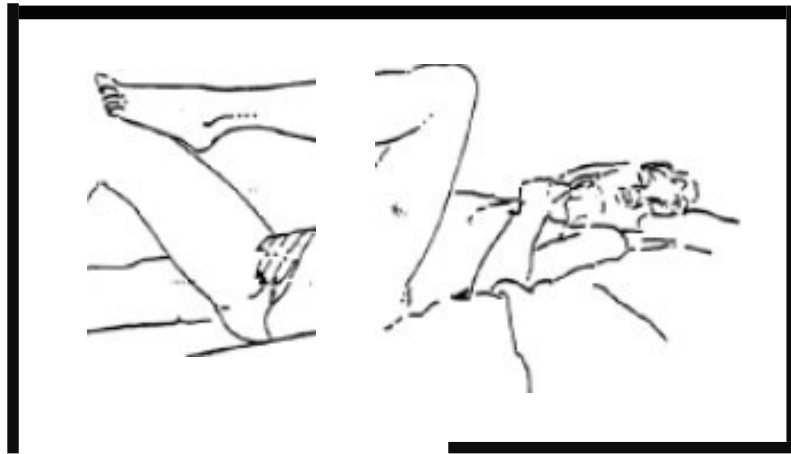
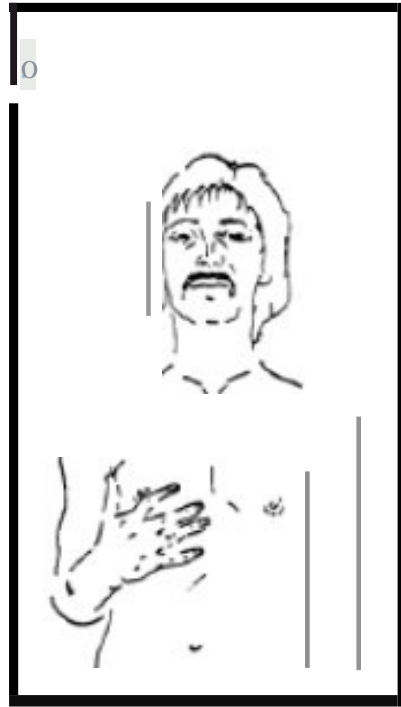


Figure 13 (Question 9.1)

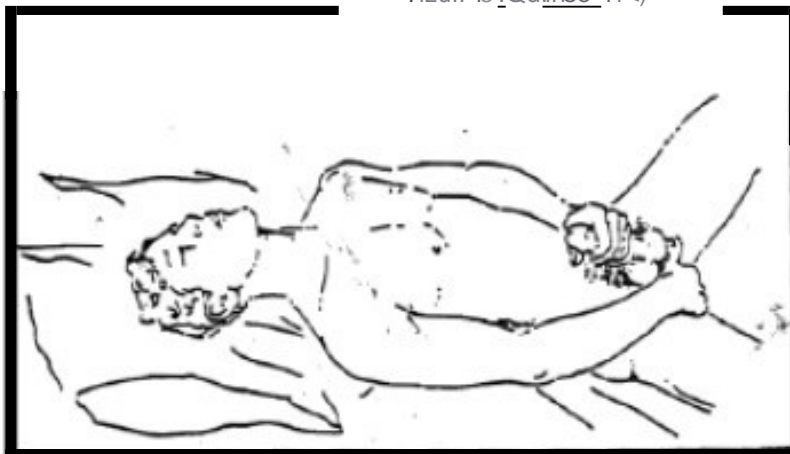




Questão 14



Questão 15



ANEXO 3 – FORMULÁRIO - AVALIAÇÃO DE CADA SESSÃO

Formulário - Avaliação de cada sessão

Grau de Implementação

Em que medida das atividades planeadas foram implementadas?

Nada	Pouco	Muito	Completamente
Quando as atividades foram substituídas por outras ou quando nenhuma delas foi implementada	Quando pelo menos parte das atividades ou tarefas foram implementadas	Quando a maior parte (mas não na íntegra) das atividades foram implementadas	Quando todas as atividades foram implementadas na íntegra, com a duração prevista
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Grau de envolvimento

Em que medida os participantes estiveram envolvidos nas atividades?

Nada	Pouco	Muito	Completamente
Quando os participantes não estão orientados para ou em interação com as atividades/ tarefas/ materiais na totalidade do tempo da sessão	Quando os participantes estão orientados para ou em interação com as atividades/ tarefas/ materiais em pelo menos parte do tempo da sessão	Quando os participantes estão orientados para ou em interação com as atividades/ tarefas/ materiais na maior parte (mas não na íntegra) do tempo da sessão	Quando os participantes estão orientados para ou em interação com as atividades/ tarefas/ materiais em todo o tempo da sessão
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

No caso do grau de implementação e de envolvimento não ter correspondido ao previsto, por favor, reflita sobre adequações nas atividades (número, duração, tipologia, contexto), suportes e estratégias a considerar nas próximas sessões.

ANEXO 4 – SISTEMATIZAÇÃO DOS ARTIGOS INCLUÍDOS PARA CONSTRUÇÃO DO PESS

Artigo Autor(es)/ ano	Objetivo do Programa	População Alvo	Duração do Programa	Conteúdos (Competência; conhecimentos trabalhados)	Atividades/Estratégias	Instrumentos usados para Avaliar o Impacto	Resultados Obtidos
<p>SALUDIVERSEX: A quality of life and sexual health intervention for adults with mild intellectual disabilities (Gil-Llario, M., Mengual, V., García, O., García, V., & Arnal, R., 2023)</p> <p>Analysis of the Differential Efficacy of the Reduced Version Over the Extended Version of an Affective-Sexual Education Program for Adults with Intellectual Disabilities (Gil-Llario, M., García, O., Medina, T., & García, V., 2022)</p>	<p>Melhorar a saúde sexual e a qualidade de vida, através da ação conjunta construída em 3 componentes; aquisição de informação básica, desenvolvimento de competências e estratégias; e a obtenção de atitudes saudáveis face à experiência e expressão da sexualidade</p>	<p>Adultos com Incapacidade Intelectual (II)</p>	<p>O Programa consiste em 10 sessões com a duração aproximada de 2 horas, com a frequência de 1x por semana</p>	<p>(1) Introdução à sexualidade: aborda o conceito de sexualidade como experiência pessoal e ponto de união entre as pessoas; identificar comportamentos que podem ser realizados em espaços públicos ou privados; evidencia como uma boa e correta autoavaliação são aspetos fundamentais para o desenvolvimento de uma sexualidade saudável; envolve compreender que saber comunicar corretamente é um elemento essencial nas relações sexuais</p> <p>(2) Sexualidade e autoconsciência/ autocuidados: sensibiliza para a importância de manter a higiene nas zonas íntimas. São dadas informações sobre a realização da higiene masculina e feminina; explica o conceito de "masturbação", em que horários e locais pode ser realizada; visa desenvolver a tolerância face à diversidade sexual e refletir sobre a própria orientação</p> <p>(3) O Eu no relacionamento: desenvolvimento de competências sobre como iniciar um relacionamento amoroso e adquirir competências para aceitar ou rejeitar pedidos de um parceiro; possíveis riscos associados ao encontro de pessoas através de websites ou aplicações; aprender regras que regem os relacionamentos. Também são fornecidas diretrizes de comunicação e estratégias para lidar com possíveis ciúmes; visa educar sobre atitudes e passos adequados para terminar um relacionamento de maneira correta e respeitosa; identificar quando um pedido sexual é aceitável e quando não é, principalmente pela internet; explicação de conceitos de sexting, aliciamento e sextorsão; identificar diferentes práticas sexuais, práticas coitas e não coitas; reconhecer os sintomas mais frequentes das DST's e o benefício de consultar um profissional quando surgem. Também enfatiza a importância da utilização de métodos, como preservativo ou contraceptivos de barreira, para prevenir as DST's; explicação do conceito abuso sexual com ênfase em quem pode cometer, quem é a vítima, onde pode ocorrer, quem é o culpado quando acontece e o que fazer quando alguém é vítima de abuso sexual; explicar as diferentes formas de violência e abuso e tomar consciência de quando eles ocorrem para interrompê-los e denunciá-los.</p> <p>(4) Minha sexualidade: é composto por uma única sessão que integra e consolida os temas aprendidos ao longo de todos os módulos</p>	<p>- Estratégias para eliminar estereótipos, mitos e para aumentar o conhecimento: brainstorming para conhecer as ideias anteriores e identificar erros. Breves explicações com suporte visual e histórias sociais com erros para serem identificados</p> <p>- Desenvolver competências: modelagem, role-play, ensaio/prática</p> <p>- Desenvolver atitudes saudáveis: discussão em grupo após visualização de materiais audiovisuais, jogos em grupo para escolher a resposta a diferentes situações</p> <p>- Consolidar a aprendizagem: lembretes periódicos do que foi aprendido nas sessões anteriores, jogos de pergunta-resposta</p> <p>- Aprimorar o conhecimento: slides com muitas imagens e pouco texto, indicar com a mão a resposta verdadeiro/falso, modelos de formas anatómicas</p> <p>- Modelar habilidades: vídeos curtos, formas anatómicas para aprender, por exemplo, como se masturbar ou como colocar um preservativo</p> <p>- Melhorar atitudes saudáveis: contos projetados em slides e lidos pelo educador, vídeos curtos, com as mãos fazer sinal de concordância/discordância</p> <p>- Consolidar aprendizagem: cartazes com resumos das sessões anteriores, perguntas projetadas em slides e lidas pelo educador</p> <p><u>Os jogos consistem em ordenar cartas com conteúdos diferentes em 2/3 caixas com rótulos diferentes, colocar avatares dos participantes em locais diferentes de uma casa de acordo com o grau de privacidade da ação indicada e jogos pergunta-resposta que visam consolidar conhecimentos, habilidades e atitudes</u></p>	<p>SEBECOMID-S (instrumento autoaplicável para avaliar o comportamento sexual e as preocupações de pessoas com II)</p> <p>DSARs (escala que avalia o risco de sofrer de abuso sexual)</p> <p>ISK-ID (escala de autorrelato e fornece uma medida de conhecimento sexual em 6 domínios diferentes da sexualidade)</p> <p>ABSKID (instrumento para ser preenchido pelos profissionais que trabalham com pessoas com II em centros ocupacionais)</p>	<p>Os participantes geralmente obtiveram pontuações médias mais altas após participarem no programa, nomeadamente em todos os itens de comportamentos e preocupações sexuais. Em termos de eficácia, e comparando ambas as versões, a versão do programa reduzido foi a mais favorável.</p> <p>Verificou-se um efeito significativo do programa em todos os fatores relacionados ao seu comportamento sexual, os usuários que participaram na versão reduzida apresentaram um aumento significativamente maior em comparação aos da versão alargada.</p>

Artigo Autor(es)/ ano	Objetivo do Programa	População Alvo	Duração do Programa	Conteúdos (Competência; conhecimentos trabalhados)	Atividades/Estratégias	Instrumentos usados para Avaliar o Impacto	Resultados Obtidos
<p>A Multilevel Model to Assess the Effectiveness of an Affective-Sexual Education Program for People with Intellectual Disabilities: the Influence of Participants' Characteristics (Gil-Llario, M., García, O., Medina, T., García, J., & Arnal, R., 2023)</p>	<p>Avaliar a eficácia do programa SALUDIVERSEX na educação afetivo-sexual em função do sexo, idade, situação de relacionamento e grau de autonomia</p>	<p>Adultos com Incapacidade Intelectual (II)</p>	<p>O Programa consiste, em 16 sessões de 2horas, 1x por semana em grupos no máximo de 10 pessoas</p>	<p>(1) Analisar a sexualidade como algo mais amplo que a genitalidade; (2) Importância da comunicação em todos os seus componentes (verbal, não verbal e paraverbal) para iniciar, manter ou terminar relacionamentos; (3) Importância da higiene e outras medidas de autocuidado; (4) Autoconsciência e tolerância em relação às orientações sexuais que são diferentes das suas; (5) Autorregulação e manifestações afetivo sexuais mediante o grau de confiança com a pessoa, a ocasião e a adequação do local para as relações sexuais, pois são práticas íntimas que não podem ser realizadas em locais públicos; (6) Medidas de autoproteção contra o abuso sexual, ou seja, a capacidade de identificar indicadores de risco e mecanismos de defesa</p>	<p>Atividades e explicações adaptadas à autonomia e capacidades de cada participante, bem como, ao conteúdo;</p> <p>História com erros em que os participantes têm de os identificar, por exemplo, na sessão sobre aprendizagem das regras de higiene, uma das atividades consiste numa história com erros que os participantes têm de identificar</p> <p>Dramatização: é a atividade principal na sessão sobre como iniciar relacionamentos</p> <p>No final de cada sessão era apresentada uma folha com as principais conclusões de cada sessão. No início da sessão seguinte, esta folha era novamente apresentada para ajudar os participantes a consolidar o que aprenderam</p>	<p>SEBECOMID-S (instrumento autoaplicável para avaliar o comportamento sexual e as preocupações de pessoas com II)</p> <p>ISK-ID (escala de autorrelato e fornece uma medida de conhecimento sexual em 6 domínios diferentes da sexualidade)</p> <p>ABSKID (instrumento para ser preenchido pelos profissionais que trabalham com pessoas com II em centros ocupacionais)</p>	<p><u>Género Sexual</u>: mostraram que não parece haver diferenças estatisticamente significativas de acordo com o sexo dos participantes em nenhuma das dimensões avaliadas, o que confirma que o programa é eficaz para ambos os sexos. Contudo, acerca do conhecimento sobre práticas sexuais os homens parecem ter uma maior amplitude de aumento de conhecimento. Por sua vez, as mulheres mostram uma melhoria ligeiramente maior no seu conhecimento sobre imagem corporal e comunicação sexual; <u>Idade</u>: maior conhecimento sobre a homossexualidade entre os jovens e também maior aumento em suas práticas sexuais, conhecimento do corpo, interações afetivas e comunicação. Os participantes mais velhos demonstram maior conhecimento sobre a sua resposta e preocupações sexuais, mas os mais jovens demonstram maior atividade sexual. Quanto ao uso do preservativo as diferenças são quase inexistentes; <u>Grav de Autonomia</u>: os participantes mais autônomos aumentaram o seu conhecimento sobre a sexualidade em geral e sobre o conceito de sexualidade em maior medida após a intervenção comparativamente com os menos autônomos. Também apresentaram um maior aumento de conhecimento acerca da homossexualidade, saúde sexual, comunicação social e imagem corporal. Os profissionais corroboram a relação entre maior aprendizagem e maior autonomia, com exceção do conhecimento sobre normas sociais e privacidade, onde aqueles com menos autonomia parecem melhorar mais; <u>Ter um relacionamento</u> (existência de um parceiro): aqueles que têm um companheiro melhoraram mais em todas as dimensões avaliadas, embora essa melhoria não tenha sido significativa em todos os itens avaliados. Os resultados que também foram replicados pelos profissionais mostram que os participantes que tiveram um companheiro durante a implementação do programa apresentaram uma melhoria nos seus conhecimentos sobre práticas sexuais e o uso do preservativo.</p>

Artigo Autor(es)/ ano	Objetivo do Programa	População Alvo	Duração do Programa	Conteúdos (Competência; conhecimentos trabalhados)	Atividades/Estratégias	Instrumentos usados para Avaliar o Impacto	Resultados Obtidos
Efeitos de um Programa de Educação Sexual para Pessoas com Incapacidade Intelectual (Quesado, A., Vieira, M., & Quesado, P. 2022)	Avaliar o impacto de um Programa de Educação Sexual num grupo de Pessoas com Incapacidade Intelectual	Jovens com Incapacidade Intelectual de grau leve a moderado	O Programa desenvolveu-se ao longo do ano letivo de 2014/2015, ao longo de oito sessões	Casamento; Identificação de partes do corpo; Gravidez; Aborto; Parto; Menstruação; Sexualidade e Educação Sexual; Masturbação; Homossexualidade	Gamificação (processo de integração de componentes de jogos e métodos de desenvolvimento de jogos em soluções que visam resolver problemas, incluindo desafios de saúde. Este processo motiva a participação, o envolvimento das pessoas e ao mesmo tempo torna as tarefas mais divertidas e interativas); Programa “Eu e os Outros” (SICAD, 2016), adaptação da história 5- “Amores e não-amores”. Este programa é baseado em nove histórias em formato digital, cada uma delas aborda temas relacionados com o desenvolvimento pessoal e social. O principal desafio é descobrir a história de cada um dos personagens e ajudar os participantes a tomarem decisões num determinado contexto, para promover um ambiente de reflexão e crescimento pessoal. Apresentação dos temas sob a forma de situações de vida semelhantes à realidade, procurando fomentar uma dinâmica de grupo reflexiva e crítica que promova a aquisição de conhecimento. Optou-se por uma abordagem gradual e mais específica da informação através de metodologias ativas, participativas e interativas.	SexKen-ID (escala que avalia a sexualidade de indivíduos com II, através de 13 subescalas para avaliar as dimensões de conhecimento, experiência, sentimentos e necessidades)	Os resultados revelaram, em geral e em todos os itens, um bom conhecimento. Embora este estudo forneça uma visão sobre a participação e o conhecimento adquirido pelos participantes com II, a transferibilidade dos resultados é possivelmente limitada, dado que o estudo foi realizado apenas numa instituição. As características dos clientes, as atividades diárias e a cultura podem diferir entre instituições.

Artigo Autor(es)/ano	Objetivo do Programa	População Alvo	Duração do Programa	Conteúdos (Competência; conhecimentos trabalhados)	Atividades/Estratégias	Instrumentos usados para Avaliar o Impacto	Resultados Obtidos
<p>The development of a social-sexual education program for adults with neurodevelopmental disabilities: starting the discussion (Pedgrift, K., & Sparapani, N., (2022))</p>	<p>Criar uma ferramenta educativa que fosse desenvolvida diretamente a partir do feedback das pessoas com deficiência, reflete a diversidade sexual e de gênero que existe na comunidade e capacita para serem os próprios tomadores de decisão em relação aos relacionamentos</p>	<p>Pessoas com deficiências de neuro desenvolvimento (Incapacidade Intelectual, Perturbação Espectro Autismo)</p>	<p>25 aulas, com a duração entre 30 min e 1h30. O Programa Introdutório é composto por 11 aulas e o Programa Avançado consiste em 14 aulas</p>	<p>Locais públicos vs locais privados;</p> <p>Identificar toques desejados/indesejados;</p> <p>Praticar o uso da comunicação assertiva;</p> <p>Informações básicas sobre: atração, namoro, comportamentos esperados em encontros públicos e abuso sexual;</p> <p>Relacionamentos saudáveis e não saudáveis;</p> <p>Possibilita aos participantes a oportunidade de explorar os seus próprios valores e limites;</p> <p>Segurança no namoro (inclusive segurança online);</p> <p>Aborda conceitos sobre consentimento, coerção, abuso sexual, contraceção e saúde sexual</p>	<p>Suporte visual (fotos e vídeos);</p>	<p>Formulário de feedback do painel de participantes que inclui 8 perguntas de sim/não relacionadas à utilidade do conteúdo do ESS. Os clientes responderam oralmente a perguntas de sim/não e também com respostas verbais/não verbais (levantar a mão, balançar a cabeça)</p>	<p>Os profissionais que ministraram o Programa de Educação Socio Sexual (ESS), descreveram que os materiais estavam bem organizados, fáceis de explorar e flexíveis, de forma aplicar individualmente nos seus clientes. Também confirmaram, que os vídeos e fotos impulsionaram o envolvimento e a compreensão dos seus clientes. No geral, classificaram as aulas como sendo eficazes. Além disso, os clientes apresentaram uma melhoria do início ao fim do Programa nos aspetos de Pré e Pós- testes.</p> <p>Embora sejam necessárias pesquisas adicionais, este estudo indica que a ferramenta ESS pode ser um meio eficaz para os profissionais ensinarem adultos com problemas de neuro desenvolvimento a criar relacionamentos seguros e significativos, e simultaneamente fornecer-lhes informações para se manterem seguros.</p>

Artigo Autor(es)/ano	Objetivo do Programa	População Alvo	Duração do Programa	Conteúdos (Competência; conhecimentos trabalhados)	Atividades/Estratégias	Instrumentos usados para Avaliar o Impacto	Resultados Obtidos
<p>Perspective Chapter: Sexuality and Relationship Education and Advocacy by People with Disabilities through Peer Education (Patsie Frawley, 2023)</p>	<p>Pessoas com incapacidade (PI) para falar sobre os direitos sexuais e se defender através das suas histórias e da educação entre pares para relações respeitadas</p>	<p>Indivíduos com Incapacidade Intelectual</p>	<p>Este modelo foi implementado em 7 locais, com um local executando continuadamente o programa por mais de 10 anos</p>	<p>Direito de ser tratado como adulto;</p> <p>Ter informação sobre saúde sexual, sexo e relacionamentos, ser sexual e tomar as suas próprias decisões sobre relacionamentos;</p> <p>Ter a sua privacidade respeitada;</p> <p>Estar protegido contra a violência e abuso</p>	<p>Uso das próprias experiências como auto defensores no movimento das pessoas com incapacidade e nas suas próprias vidas para enquadrar esta educação;</p> <p>Utilizaram as histórias, codesenvolveram recursos, desenvolveram “mensagem chave” para acompanhar as histórias e formaram colaborações com profissionais de saúde sexual para co facilitar o programa</p>		<p>O Programa foi reconhecido como líder na oferta de educação sexual para PI, devido ao uso da educação entre pares e também para pessoas “sem incapacidade” que se envolveram no programa como co facilitadores e apoiantes da rede.</p> <p>No geral, os educadores de pares neste programa, referiram as suas experiências como sendo extremamente positivas nas suas próprias vidas, incluindo tendo impacto nos seus próprios relacionamentos.</p> <p>A educação entre pares por PI, oferece uma oportunidade importante para reconhecer e responder à diversidade sexual das PI e codesenvolver recursos educativos, que sejam significativos para as PI e para as suas diversas experiências de sexualidade e relacionamento.</p>

Artigo Autor(es)/ano	Objetivo do Programa	População Alvo	Duração do Programa	Conteúdos (Competência; conhecimentos trabalhados)	Atividades/Estratégias	Instrumentos usados para Avaliar o Impacto	Resultados Obtidos
<p>Evidences of an Implemented Training Program in Consensual and Responsible Sexual Relations for People with Intellectual Disabilities (Bermejo, B., Flores, N., Amor, P., & Jenaro, C., 2021)</p>	<p>1) Analisar a experiência sexual, comportamentos e atitudes em relação às relações sexuais de adultos com deficiência intelectual;</p> <p>2) Implementar um programa de intervenção e obter dados de pré e pós sobre atitudes em relação a relações sexuais saudáveis</p>	<p>Adultos com Incapacidade Intelectual</p>	<p>O programa teve a duração de 2 semanas (10 dias úteis), com 23 horas de intervenção em sessões de 1h30 pela manhã, mais 1h30 à tarde</p>	<p>(1) Corpo, genitália e intimidade; (2) Ser homem, ser mulher, identidade e desejo; (3) as relações de casal como opção e não como necessidade; (4) o caminho certo nas relações sexuais baseadas no respeito e no carinho; (5) desenvolver habilidades para conhecer outra pessoa e ser respeitado; uso adequado da internet e perigos nas relações pessoais (6) abuso sexual e como evitá-lo; quando o sexo é comprado e vendido: prostituição e diferenças com relações sexuais não comerciais</p>	<p>Cada módulo inclui questionários introdutórios para identificar o conhecimento existente, bem como estereótipos, atitudes negativas, desinformação, etc;</p> <p>Fichas de trabalho que desenvolvem cada tema;</p> <p>Discussões em grupo;</p> <p>Leituras;</p> <p>Exemplos hipotéticos;</p> <p>Tarefas individuais ou em pares e posterior reporte ao grupo</p>	<p>Escala de atitudes (instrumento de avaliação ad hoc composta por perguntas com resposta dicotómica)</p> <p>Questionário</p>	<p>O programa demonstrou a sua eficácia na melhoria das várias componentes das atitudes responsáveis em relação à sexualidade. Embora estas melhorias não sejam suficientes para eliminar a situação de desvantagem do grupo de desempenho mais baixo, contribuiu para reduzir substancialmente a grande diferença inicial. Estas melhorias são agravadas pelo facto de o grupo melhorar globalmente nas pontuações Pré e Pós em três dos sete fatores. Estes resultados são encorajadores, embora precisem de ser replicados com uma amostra maior. As melhorias adicionais estão relacionadas com o tempo de aplicação do programa, que deverá ser prorrogado.</p>

Artigo Autor(es)/ano	Objetivo do Programa	População Alvo	Duração do Programa	Conteúdos (Competência; conhecimentos trabalhados)	Atividades/Estratégias	Instrumentos usados para Avaliar o Impacto	Resultados Obtidos
<p>SEXUALITY EDUCATION</p> <p>For Adolescents and Adults with Intellectual Disabilities</p> <p>An Instructional Guide for Parents, Teachers and Caregivers (Manogna, R., K. Buelah Susan., & J. Ravi Kumar, 2022)</p>	<p>1) Aprender mais sobre si mesmos</p> <p>2) Identificar os seus papéis e responsabilidades na família;</p> <p>3) Adquirir conhecimentos precisos sobre o toque adequado e inadequado, a importância de “dizer não”, conversar com adultos de confiança sobre experiências desconfortáveis e como reduzir/prevenir o abuso sexual</p>	<p>Adolescentes e Adultos com Incapacidade Intelectual</p>		<p>1) Consciência corporal;</p> <p>2) Higiene e gestão pessoal;</p> <p>3) Relacionamentos e limites saudáveis;</p> <p>4) Redução e Gestão de riscos;</p> <p>5) Casamento, fertilização e contraceção</p>	<p>Fotos, imagens e planilhas;</p> <p>Usar palavras e conceitos simples e concretos;</p> <p>Usar bonecos, fantoches, figuras, imagens e vídeos culturalmente apropriados para explicar o conceito</p>		

ANEXO 5 – PLANIFICAÇÃO DAS SESSÕES

Sessão 1 “Eu e o meu corpo”

Objetivos:

A .1.1. Identificar o seu género

A.1.2. Identificar a simbologia da casa de banho a utilizar de acordo com o seu género

Materiais:

Recursos multimédia (computador, projetor, quadro branco, PowerPoint).

Fotos (participantes e família); cartões com imagens; cola; lápis de carvão e cor; borracha; manual; papel de fotocópia; papel de cenário; folhas de plastificar; apagador; canetas; impressora; plastificadora.

Atividades:

Painel com brainstorming; elaboração de um mural; visualização e identificação de imagens homem/mulher; visualização e impressão de símbolos de identificação do WC do sexo masculino/feminino; fotos dos participantes para assinalar as imagens que indicam homem/mulher; roupas para combinar mediante o género e a ocasião.

Procedimento:

Os participantes estão juntos numa sala. Antes de iniciar a sessão será explicado a essência do programa e os temas que irão ser abordados. Em seguida, far-se-á num painel de parede um brainstorming da palavra “sexualidade”. Nesta sessão, iremos optar por mostrar imagens masculinas/femininas e questionar os participantes como se identificam “homens ou mulheres”. Será solicitado para descreverem verbalmente ou apontando nas fotos, para identificar diferentes tipos de roupa e características físicas, por exemplo: um homem pode ter barba/bigode; uma mulher pode usar vestido/saia. Também será pedido para os participantes, combinarem diferentes trajes de roupa mediante o género e a ocasião, por exemplo, qual a roupa que iriam vestir num casamento, para praticar desporto ou para ir à praia.

Em grupo, será debatido a importância de reconhecer nos locais públicos as diferentes sinaléticas de “casa de banho” (WC; Sanitários; Lavabos) e qual utilizar de acordo com o seu género. De seguida, os participantes irão escolher no computador a simbologia da casa de banho e género, imprimir, plastificar e identificar nos respetivos locais dos sanitários da instituição.

No fim da sessão será pedido aos participantes para escrever ou representar por imagens, num mural, os conceitos abordados. A construção do mural será elaborada ao longo das sessões.

Sessão 2 “Eu e o meu corpo”

Objetivos:

A.1.3. Identificar o desenvolvimento corporal até à fase adulta

A.1.4. Identificar e nomear os órgãos genitais do sexo masculino e do sexo feminino, usando vocabulário adequado

Materiais:

Recursos multimédia (computador, projetor, quadro branco, PowerPoint).

Fotos dos participantes e da Técnica para indicar os diferentes marcos de crescimento; lápis de carvão; borracha; manual; papel de fotocópia; canetas.

Atividades:

Visualização de um vídeo relacionado com as alterações físicas corporais; fotografias dos participantes e da Técnica para identificar as diferentes etapas de crescimento; exercícios para escrever nos espaços em branco, o nome dos órgãos genitais masculinos e femininos.

Procedimento:

Nesta sessão, tal como aconteceu na sessão passada, os participantes estão juntos numa sala. A sessão inicia-se com uma breve revisão dos conteúdos abordados anteriormente. De seguida, para compreender o desenvolvimento corporal no homem e na mulher, começaremos por visualizar um vídeo explicativo e sempre que necessário será interrompido para esclarecer possíveis dúvidas. Após a exibição do vídeo, discutir-se-á com o grupo os conteúdos desenvolvidos. O recurso a fotografias dos participantes e da Técnica, também serão utilizados de forma que os intervenientes possam manusear as fotos e identificar os diferentes estádios de desenvolvimento.

Para consolidar os conhecimentos sobre identificação e nomeação dos órgãos genitais do sexo masculino/feminino, serão visualizadas e analisadas imagens com a respetiva informação. Também, será solicitado aos participantes para escreverem nos espaços em branco com a denominação correta, os órgãos genitais masculinos e femininos. A Técnica pedirá aos participantes para identificarem neles próprios as partes do corpo (cabeça, braço, cotovelo, anca, tornozelo...)

Sessão 3 “Eu e o meu corpo”

Objetivos:

A.1.5. Nomear as partes íntimas

A.1.6. Compreender o processo de gravidez

Materiais:

Recursos multimédia (computador, projetor, quadro branco, PowerPoint).

Lápis de carvão; borracha; manual; fotocópias; canetas.

Atividades:

Vídeos demonstrativos que indicam as partes íntimas do corpo homem/mulher; explicação das zonas que não se pode tocar no outro em situações sociais ou que não se podem deixar tocar; visualização de vídeos; role-play de situações sobre o toque inapropriado; visualização de um vídeo sobre o processo da gravidez; exercícios para numerar imagens pela ordem do início ao fim da gravidez.

Procedimento:

A sessão inicia-se com um participante a elaborar um esboço/rascunho dos temas já desenvolvidos nas sessões anteriores. Serão visualizados vídeos para os participantes discutirem se o comportamento está certo ou errado e justificar as suas respostas. Far-se-á role-play de situações sobre o que fazer ou como reagir ao toque inapropriado.

Para compreender o processo de gravidez, será visualizado um vídeo com paragens sempre que surjam dúvidas. Também será solicitado a realização de exercícios para ligar a palavra à imagem correspondente e numerar imagens pela ordem do início ao fim da gravidez. Em pares, pretende-se que elaborem uma história com palavras-chave e cada par apresenta a sua narrativa ao grupo.

A sessão finaliza com a partilha de conhecimentos de uma participante sobre a vivência da sua gravidez.

Sessão 4 “Cuidar do meu corpo e ser saudável”

Objetivos:

- B.1.1. Reconhecer a importância do autocuidado
- B.1.2. Identificar a importância da higiene corporal

Materiais:

Recursos multimédia (computador, projetor, quadro branco, PowerPoint).
Produtos de higiene pessoal.

Atividades:

Contexto real - ida ao supermercado para visualizar diferentes objetos de higiene corporal; identificar e comprar um produto que faça parte da sua higiene; debate em grupo.

Procedimento:

Nesta sessão, os participantes irão ao supermercado e terão de se dirigir à zona dos produtos de higiene pessoal. A Técnica solicitará para observarem os produtos. De seguida, os participantes terão de identificar quais os produtos que fazem parte da sua higiene e a sua finalidade. É pretendido que os produtos sejam manuseados e explorados pelos participantes. Posteriormente, será explicado o conceito de “higiene” e a sua importância. Por um lado, por razões sociais e, por outro lado, de saúde. Cada participante, terá a oportunidade de escolher e comprar um objeto de higiene pessoal. A sessão termina com o debate em grupo, reforçando a ideia de que eles deverão estar mais atentos às questões de higiene e pelo seu aprumo pessoal.

Sessão 5 “Cuidar do meu corpo e ser saudável”

Objetivos:

B.1.3. Aprender a realizar a higiene cefalocaudal

B.1.4. Reconhecer as diferenças na higiene corporal segundo o gênero

Materiais:

Recursos multimídia (computador, projetor, quadro branco, PowerPoint).

Atividades:

Jogos interativos; narrativa interativa que aborda o tema “higiene corporal” em que os participantes decidem o desenvolvimento da sequência da história utilizada; contexto real - realização do banho (balneário das piscinas).

Procedimento:

Os participantes encontram-se juntos na sala. A sessão inicia-se questionando os participantes como realizam a sua higiene corporal. De seguida, visualizar-se-á uma narrativa interativa, em que será solicitado aos intervenientes para desenvolver a sequência da história. Também será visualizado um vídeo explicativo sobre as diferenças na realização da higiene da mulher e do homem.

A atividade “vamos à água” (piscina municipal) será um complemento a esta sessão, dado que as instruções aos participantes para a realização do banho e complemento da higiene serão mencionadas no balneário.

Sessão 6 “Cuidar do meu corpo e ser saudável”

Objetivos:

B.1.5. Aprender o conceito de menstruação e as etapas para realizar a higiene menstrual

Materiais:

Recursos multimédia (computador, projetor, quadro branco, PowerPoint).

Kit de higiene menstrual (cueca; pensos e tampões higiénicos).

Atividades:

Visualização de um vídeo explicativo acerca do processo da menstruação; história social sobre a menstruação; exemplificação e realização da colocação de pensos e tampões higiénicos; debate em grupo.

Procedimento:

O grupo está junto numa sala. A sessão inicia-se questionando os participantes sobre os conteúdos abordados na sessão anterior. De seguida, será visualizado um vídeo explicativo sobre o processo da menstruação e será interrompido sempre que ocorram dúvidas.

Também será visualizado e analisado uma história social. Após analisar as imagens do ciclo menstrual, os participantes têm de escrever ou nomear as partes que são pedidas.

Relativamente à higiene menstrual, será demonstrado como usar o kit de higiene menstrual.

Os pensos higiénicos e tampões estão dispostos sobre a mesa para que os participantes possam manuseá-los. Será clarificado que existem em vários tamanhos, com e sem abas e diferentes níveis de absorção. Cada participante realizará o procedimento de colar/retirar o penso higiénico da cueca, revesti-lo e deitar no cesto do lixo.

A sessão termina com relato da experiência das participantes sobre a menstruação (duração, sintomas, técnicas que utilizam/conhecem para os minimizar).

Sessão 7 “Eu e a privacidade”

Objetivos:

C.1.1. Reconhecer o significado da palavra “privacidade”

C.1.2. Reconhecer o direito à privacidade

Materiais: Recursos multimédia (computador, projetor, quadro branco, PowerPoint).

Atividades: Visualização de um vídeo explicativo do significado e do direito à “privacidade”; role-play de situações em que a privacidade é respeitada/violada; debate em grupo.

Procedimento:

A sessão inicia-se com a visualização de um vídeo explicativo sobre o conceito e o direito à privacidade. O vídeo será interrompido sempre que necessário para explicar possíveis dúvidas. De seguida, será pedido aos participantes nos diversos locais da instituição, que reproduzam role-play de situações, em que a privacidade é respeitada ou violada (como por exemplo, abrir a porta da casa de banho sem permissão; entrar no quarto do colega sem autorização).

A sessão termina, com o debate em grupo sobre situações vivenciadas onde a sua privacidade foi respeitada ou violada.

Sessão 8 “Eu e a privacidade”

Objetivos:

C.1.3. Identificar e diferenciar locais públicos e privados

C.1.4. Perceber comportamentos públicos vs privados

Materiais:

Recursos multimédia (computador, projetor, quadro branco, PowerPoint).

Atividades:

Contexto real - identificação e diferenciação de diferentes espaços na comunidade; visualização de imagens de locais públicos e privados; visualização de imagens de comportamentos públicos e privados.

Procedimento:

Nesta sessão os participantes deslocar-se-ão à comunidade, em particular, aos locais que frequentam e será pedido para identificarem os espaços. A Técnica irá questionar os participantes para mencionar os locais públicos e privados que fazem parte da sua rotina. Para compreender os comportamentos públicos e privados, será solicitado aos participantes para identificar oralmente situações que tenham experienciado ou assistido a comportamentos ajustados e desajustados em público.

Para consolidar os conhecimentos, serão visualizadas imagens de locais públicos e privados, bem como, comportamentos públicos e privados. Por fim, os participantes terão de os identificar mediante as indicações.

Sessão 9 “Lado a lado...Relacionamentos e afetos”

Objetivos:

- D.1.1. Conhecer as emoções e associá-las às alterações de humor
- D.1.2. Distinguir os diferentes tipos relacionamentos

Materiais:

Recursos multimédia (computador, projetor, quadro branco, PowerPoint).
Cubo das emoções; manta em tecido (colocar no chão).

Atividades:

Dinâmica de grupo; jogos interativos sobre as emoções; visualização de imagens para conhecer os diferentes relacionamentos; debate em grupo.

Procedimento:

O grupo encontra-se sentado em círculo no jardim da instituição. A sessão inicia-se com a revisão dos conteúdos abordados da sessão anterior. De seguida, far-se-á uma dinâmica de grupo, em que é solicitado aos participantes para lançar o dado. Em cada lado do dado está identificado uma emoção diferente. A Técnica, pedirá aos participantes para exemplificar oralmente situações vivenciadas de acordo com a emoção representada. Para consolidar os conhecimentos, realizar-se-á jogos interativos acerca das emoções. Para explicar os diferentes tipos de relacionamentos, serão visualizadas imagens e será pedido aos participantes a realização de exercícios que têm de assinalar o tipo de relacionamento de acordo com a imagem.

A sessão termina com o debate em grupo, que a partir das imagens visualizadas têm de determinar o tipo de relacionamento e justificar a sua escolha.

Sessão 10 “Lado a lado...Relacionamentos e afetos”

Objetivos:

- D.1.3. Identificar etapas de um relacionamento amoroso
- D.1.4. Reconhecer estratégias para término de uma relação
- D.1.5. Reconhecer estratégias de *coping* face ao início/fim do relacionamento

Materiais:

Atividades:

Role-play do início e término de uma relação amorosa.

Procedimento:

Os participantes encontram-se juntos na sala. A sessão inicia-se com uma exploração introspetiva dos participantes. A Técnica incentivarà à reflexão sobre as suas vivências passadas, comportamentos e emoções relacionadas ao amor e relacionamentos. De seguida, os participantes serão encorajados a partilhar as suas histórias, pensamentos e sentimentos. Posteriormente, solicitar-se-á role-play de situações acerca das diferentes etapas de uma relação amorosa, bem como, para reconhecer estratégias para término da mesma. Durante os role-play, serão mencionadas estratégias de *coping* mediante o início/fim do relacionamento.

A sessão termina com o debate em grupo, acerca das estratégias que recorreram durante a vivência de relações amorosas.

Sessão 11 “Lado a lado...Relacionamentos e afetos”

Objetivos:

D.1.6. Compreender e identificar comportamento apropriados e desapropriados em função do grau de confiança com a pessoa, a ocasião e a adequação do local para as relações sexuais

Materiais: Recursos multimédia (computador, projetor, quadro branco, PowerPoint).

Atividades: Role-play de situações de comportamentos mediante o grau de confiança com a pessoa e a ocasião; visualização de imagens de locais privados.

Procedimento: Os participantes encontram-se juntos numa sala. A sessão inicia-se com a Técnica a explicar que mediante a pessoa, o grau de confiança que se tem e a situação assumimos comportamentos e atitudes diferentes. Será pedido aos participantes role-play de comportamentos apropriados com referência às pessoas com quem interagem, por exemplo, o comportamento que adotam quando vão ao médico, quando estão com os técnicos/professores, com os vizinhos, colegas e namorados/das. Também será lembrado e serão visualizadas imagens de locais privados (já abordado em sessões anteriores) e será solicitado aos participantes para identificar qual/quais o/os local/ais mais adequado/os para as relações sexuais.

Nesta sessão, será dada especial atenção ao role-play dos comportamentos apropriados com os professores externos à instituição, uma vez que é uma necessidade identificada pela equipa do CACI e que precisa de ser trabalhada nos participantes.

Sessão 12 “Eu e a sexualidade”

Objetivos:

- E.1.1. Conhecer diferentes orientações sexuais
- E.1.2. Identificar as zonas erógenas
- E.1.3. Identificar o toque adequado vs. inadequado

Materiais:

Recursos multimédia (computador, projetor, quadro branco, PowerPoint).
Canetas diferentes cores; papel de impressão.

Atividades:

Dinâmica de grupo; visualização de imagens de zonas erógenas; visualização de imagens toque adequado/inadequado.

Procedimento:

A sessão inicia-se questionando o grupo sobre os conhecimentos que têm acerca das diferentes orientações sexuais. Em simultâneo, a Técnica vai registando as opiniões. De seguida, realizar-se-á uma dinâmica de grupo onde será pedido aos participantes para colocarem na folha as cores das canetas correspondentes aos conceitos (como por exemplo, heterossexualidade - uma caneta azul e uma caneta vermelha; homossexualidade - duas canetas da mesma cor [gay - duas canetas azuis e lésbica -duas canetas vermelhas]; bissexualidade - uma caneta azul e duas vermelhas ou vice-versa). O recurso a imagens ilustrativas será utilizado para analisar e identificar as zonas erógenas. O programa interativo “relationshipsdecoded” será utilizado para explicar o toque adequado/inadequado.

A sessão termina com diálogo em grupo sobre os temas abordados na sessão.

Sessão 13 “Eu e a sexualidade”

Objetivos:

- E. 1.4 Aprender o conceito de masturbação
- E.1.5. Reconhecer práticas sexuais coitais e não coitais

Materiais:

Recursos multimédia (computador, projetor, quadro branco, PowerPoint); papel fotocópia; lápis de carvão e cor; borracha.

Atividades:

Elaboração e análise da história social sobre a “masturbação”; explicação de relações sexuais coitais e não coitais.

Procedimento:

Para esta sessão, os participantes terão de elaborar uma história social sobre a “masturbação”, desenvolvendo-se em 12 páginas e que descreve comportamentos sexuais que visam o auto prazer de forma saudável. As legendas e ilustrações serão elaboradas pelos participantes e quando necessário com o apoio da Técnica. A história social construída relata comportamentos importantes relacionados com o antes, durante e depois da prática da masturbação, com referência ao uso da linguagem simples e na primeira pessoa do singular. Esta história social tem o objetivo de facilitar a compreensão, promover identificação com as personagens e possibilitar modelos de comportamentos encadeados nessas situações (como por exemplo, sensações frequentemente esperadas, movimentos comuns, locais apropriados e higiene das partes íntimas). De seguida, a Técnica explicará a diferença entre práticas sexuais coitais e não coitais.

A sessão finaliza com os conteúdos abordados transcritos no mural de parede.

Sessão 14 “Eu e a sexualidade”

Objetivos:

- E.1.6. Aprender o conceito de *sexting*;
- E.1.7. Conhecer o papel do assistente sexual

Materiais:

Recursos multimédia (computador, projetor, quadro branco, PowerPoint).

Atividades:

Visualização de um vídeo explicativo sobre *sexting*; role-play para desenvolver competências de resolução de problemas de *sexting*; visualização do filme “seis sessões”.

Procedimento:

Os participantes encontram-se juntos numa sala. A sessão inicia-se com a revisão dos conteúdos abordados na sessão anterior. O conceito de *sexting* será explicado através da visualização de um vídeo. Desenvolver-se-á role-play que visam desenvolver competências de resolução de problemas de *sexting*. Para dar a conhecer a função do assistente sexual, será visualizado o filme “seis sessões”. E será feita uma breve abordagem à legislação ao contexto português.

Sessão 15 “Conhecer os meus direitos...”

Objetivos:

- F.1.1. Reconhecer o direito ao casamento e a constituir família
- F.1.2. Reconhecer os direitos reprodutivos
- F.1.3. Conhecer e aprender a respeitar diferentes orientações sexuais

Materiais:

Recursos multimédia (computador/tablets, projetor, quadro branco, PowerPoint).
Impressora; folhas de fotocópia.

Atividades:

Visualização de um vídeo explicativo sobre os “Direitos Humanos”; pesquisa na web da “Carta dos Direitos Humanos”, da “Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência” e identificação dos Direitos: ao casamento, a constituir família e reprodutivos.

Procedimento:

Nesta sessão, a Técnica irá questionar os participantes acerca dos conhecimentos sobre os “Direitos Humanos”. De seguida, será visualizado um vídeo explicativo com interrupções sempre que ocorram dúvidas. Posteriormente, será colocada a questão sobre o que pensam do casamento e serão discutidas as respostas dadas por eles. O conceito de casamento será explicado. Os participantes terão de pesquisar nos computadores ou tablets, a “Carta dos Direitos Humanos” e a “Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência”. Após a pesquisa, ambas serão impressas e será pedido aos participantes para identificar os Direitos ao casamento, a constituir família e reprodutivos. Após a identificação e a explicação dos Direitos, os mesmos ficarão expostos no mural. Realizar-se-á um debate reflexivo em grupo, consciencializando os participantes das responsabilidades que ambos os direitos implicam ter.

A sessão termina com a partilha de conhecimentos dos participantes sobre a vivência do casamento dos pais/familiares, fazendo a analogia às responsabilidades de um casal.

Sessão 16 “Traços de violência...”

Objetivos:

G.1.1 Identificar situações de risco e as diferentes formas de violência

G.1.2. Reconhecer o abuso sexual (quem pode cometer o abuso sexual, quem pode ser a vítima, onde pode ocorrer e o que pode fazer quando se é vítima de abuso sexual)

Materiais:

Recursos multimédia (computador, projetor, quadro branco, PowerPoint)

Folhas em papel coloridas; esferográficas.

Atividades:

Apresentação (dinizadora); Visualização de slides explicativos sobre o “abuso sexual”; jogo “Eu já...”; semáforo do risco; brainstorming das características da violência sexual.

Procedimento:

Numa cartolina colorida, todas as pessoas (incluindo a Técnica e a Psicóloga) vão escrever o seu nome, a sua idade e uma palavra que associam à sexualidade. Será pedido para que cada participante se apresente em voz alta e explique a escolha da palavra em questão. A sua cartolina é colada no quadro branco com ajuda das dinimizadoras. O objetivo é a Psicóloga conhecer o grupo e recolherem-se as perceções dos participantes acerca da sexualidade.

Com recurso a slides muito simples, a Psicóloga explicará aos participantes que a vivência da sexualidade deve sempre ser livre, nunca forçada. Deverá ser sublinhada a natureza positiva e de afeto de sexualidade, que permite às pessoas explorarem o seu corpo, terem intimidade com outra pessoa e sentirem-se bem com elas próprias. Em contraste, qualquer situação em que uma pessoa tem um ato sexual (como um beijo, um toque ou uma relação sexual) que não queria ter, foi vítima de uma situação de violência sexual. Ou seja, não existe uma vivência verdadeiramente positiva e livre da sexualidade se alguma das pessoas envolvidas estiver desconfortável, com medo, com dores ou se preferia estar noutro lugar. Aqui é introduzido o conceito de consentimento sexual, que se explica como um acordo, vontade ou motivação para ter qualquer ato sexual. A Psicóloga termina explicando que qualquer contacto sexual em que não há consentimento, há violência sexual, havendo muitos nomes para as diferentes formas de violência sexual, como coerção ou abuso sexual. O foco da explicação não deverá ser na distinção dos nomes das diferentes formas de violência sexual.

Na realização do jogo “Eu já...”, a Psicóloga irá ler 6 frases, uma de cada vez e os participantes deverão estar com os olhos fechados. Os participantes que já estiveram na situação ocorrida, deverão levantar o braço e manter os olhos fechados. Quando a Psicóloga indicar os participantes deverão abrir os olhos em conjunto. No final do exercício, será perguntado aos participantes como se sentiram e o que acharam sobre o que era o exercício. Será explicado que o exercício aborda várias formas de violência sexual, e que pode acontecer através de: comentários, piadas, olhares, toques ou comportamentos mais violentos. Pode incluir ameaças ou comportamentos como impedir a pessoa de sair do lugar onde ela está. As pessoas podem ser tocadas quando não querem ou ser obrigadas a tocar na outra pessoa. A violência sexual pode acontecer no contexto presencial em que as pessoas estão juntas ou através da internet. Em resumo, a violência sexual não implica sempre toques, podendo acontecer através de olhares, comentários, ou mesmo através da internet.

No jogo do “semáforo do risco”. A Psicóloga irá ler várias situações e os participantes têm de decidir se existe risco de violência sexual ou não. A Técnica e a Psicóloga levantam as cartolinas verdes, amarelas ou vermelhas, conforme as respostas dos participantes. Para encerrar a sessão, a Psicóloga irá organizar um brainstorming sobre as principais características da violência sexual. De seguida, será pedido aos participantes para se focarem nas pessoas que podem sofrer violência sexual e ter este tipo de comportamentos. Assim como, quem pode ser vítima desta forma de violência. Será explicado que qualquer pessoa de qualquer idade, género, estatuto social pode ser vítima. O mesmo acontece com as pessoas ofensoras. Seguidamente, a Psicóloga deverá pedir aos participantes para se focarem nos sítios onde poderá ocorrer a violência sexual e será explicado que esta pode acontecer em qualquer lugar, sendo os mais comuns aqueles em que as pessoas estão mais à vontade, como as suas casas. A violência sexual acontece em casa, nas escolas, na rua ou em qualquer outro lugar.

Sessão 17 “Traços de violência...”

Objetivos:

G.1.3. Identificar linhas de apoio

G.1.4. Praticar o uso da comunicação assertiva

G.1.5. Identificar os riscos associados à interação sexual com recursos a meios digitais

Materiais:

Recursos multimédia (computador, projetor, quadro branco, PowerPoint).

Papéis do consentimento impressos; recursos de apoio impressos.

Atividades:

Visualização de imagens explicativas sobre o “Consentimento”; a importância da comunicação assertiva; jogo sobre “Papéis de consentimento”; explicação sobre a “Comunicação online”; role-play de situações sobre violência sexual; recursos de apoio

Procedimento:

Os participantes encontram-se juntos numa sala. A sessão inicia-se com uma breve revisão dos conteúdos abordados anteriormente. A Psicóloga deverá explicar aos participantes que eles irão ver 5 imagens. Eles terão de decidir se existe ou não consentimento nas cenas das imagens e justificar as suas respostas.

Para realizar a atividade acerca da importância da comunicação, a Psicóloga explicará que a comunicação não acontece só no contexto presencial, mas também no digital, nomeadamente através da internet. A Psicóloga lembrará que, na sessão anterior, foi explicado que a violência sexual pode acontecer através da internet. De seguida, será solicitado aos participantes para dar exemplos e será explicado as estratégias de segurança online.

Far-se-á role-play de situações sobre a violência sexual, onde será solicitado aos participantes para identificar as mesmas e quais as possíveis atitudes a tomar.

Para encerrar a sessão, a Técnica e a Psicóloga deverão entregar aos participantes um cartão com recursos de apoio em caso de violência sexual, que irão explicar detalhadamente.

Sessão 18 “Intimidade e bem-estar”

Objetivos:

H.1.1. Identificar as DST

H.1.2. Prevenir as DST

Materiais:

Recursos multimédia (computador, projetor, quadro branco, PowerPoint)

Atividades: Explicação e visualização de slides sobre as principais DST.

Procedimento:

Os participantes encontram-se reunidos na sala. A Enfermeira irá se apresentar ao grupo e posteriormente questionar se já ouviram falar em DST. De seguida, irá explicar o que são as DST e serão visualizadas imagens sobre as principais DST, como se detetam, transmitem, os tratamentos que existem e como nos podemos proteger.

Sessão 19 “Intimidade e bem-estar...”

Objetivos:

- H.1.3. Explicar o conceito de contraceção
- H.1.4. Identificar os diferentes métodos contraceptivos
- H.1.5. Explicar o conceito de menopausa vs andropausa

Materiais:

Recursos multimédia (computador, projetor, quadro branco, PowerPoint)

Atividades: Visualização de imagens sobre os métodos contraceptivos; kit contraceptivo; jogo “à descoberta da sexualidade.”

Procedimento:

Tal como na sessão anterior, os participantes encontram-se juntos numa sala. A Enfermeira começará com uma breve revisão sobre o que é a conceção para explicar em que consiste a contraceção. De seguida, a Enfermeira explicará e será visualizado imagens dos métodos contraceptivos reversíveis e definitivos. Alguns métodos contraceptivos, nomeadamente o preservativo e a pílula estarão dispostos sobre a mesa para que os participantes possam manuseá-los. A Enfermeira exemplificará como se colocam/administram. O conceito de menopausa e andropausa será explicado com a visualização de slides. Em simultâneo, será pedido aos participantes que se encontram nesta fase, para nomear alguns sintomas que experienciaram com a menopausa/andropausa.

Para consolidar os conhecimentos, os participantes irão jogar o jogo de tabuleiro “à descoberta da sexualidade.”

ANEXO 6 – PEDIDO DE COLABORAÇÃO PARA O ESTUDO

Pedido de Colaboração

Implementação de um Programa de Educação Socio-Sexual num grupo de adultos com incapacidade intelectual

Eu, Alexandra Manuela Barbosa da Costa, no âmbito da Dissertação do Mestrado em Educação Especial: Multideficiência e Problemas de Cognição da Escola Superior de Educação do Porto, do Instituto Politécnico do Porto (ESE-IPP), sob orientação da Professora Doutora Mónica Silveira-Maia, pretendo desenvolver e avaliar um Programa de Educação Socio-Sexual dirigido a adultos apoiados no Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão (CACI).

Este trabalho pretende contribuir para a aquisição de conhecimentos e competências relacionadas com a vida socio-sexual dos adultos apoiados no CACI, promovendo competências para a gestão de relações de amizade e íntimas bem como para a autodeterminação e advocacia, apoiando a vivência de uma sexualidade plena, saudável e feliz.

Em termos práticos, esta proposta implica o desenvolvimento de sessões pedagógicas ao longo de 4 meses, com frequência bissemanal. Antes e após a implementação do Programa haverá lugar a uma avaliação formativa, de modo a aferir os conhecimentos e necessidades de cada adulto.

As sessões serão realizadas em grupo e de acordo com a disponibilidade de cada adulto respeitando as suas rotinas e compromissos diários. Pretende-se ainda que a Técnica, enquanto investigadora, seja um elemento importante e participativo neste processo tal como outros convidados, nomeadamente, a Enfermeira e a Psicóloga.

Com este estudo pretendemos testar o Programa e avaliar a possibilidade de ser generalizado noutros momentos e noutros contextos de apoio a adultos com incapacidade – oferecendo às instituições um Programa estruturado e inclusivo de Educação Socio-Sexual. Alinhado com o desígnio das instituições na promoção de uma vida plena, o Programa que se pretende implementar advoga pelos direitos preconizados na convenção dos direitos humanos (ONU, 2006) nomeadamente o direito à educação sexual e a uma vida adulta plena.

Neste âmbito, e enquanto instituição que emprega a investigadora como Técnica de Educação Especial, solicito a V/Excelência, Sr. Diretor do CACI a permissão para implementar este projeto.

O anonimato e a confidencialidade dos dados tratados neste estudo estão garantidos. De ressaltar que pode desistir, desta mesma autorização, em qualquer momento.

Eu, _____, Diretor do CACI, declaro que li e compreendi a informação acima descrita e voluntariamente autorizo a colaboradora, Alexandra Manuela Barbosa da Costa, a realizar o estudo no CACI.

Recebi e assinei este formulário por concordar com as condições deste projeto.

(Diretor do CACI)

_____, ____ de _____ de 2023

ANEXO 7 – CONSENTIMENTO INFORMADO REPRESENTANTES LEGAIS

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO**de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²**

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Desenvolvimento de um programa de educação socio-sexual para um grupo de adultos com incapacidade intelectual sexual numa abordagem de Direitos Humanos (PESSdh).

Enquadramento: Este estudo tem como objetivo desenvolver e avaliar os resultados de um programa de educação socio-sexual, implementado por um Técnico de Educação Especial em contexto de Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão (CACI), sobre um grupo de adultos com incapacidade intelectual.

Explicação do estudo: O estudo será composto por três etapas: a primeira etapa, consiste numa avaliação sobre conhecimentos, experiências e necessidades no domínio socio-sexual do grupo de participantes; no segundo momento será implementado o programa de educação onde serão realizadas sessões em grupo, durante seis meses. Por último, no terceiro momento, pretende-se avaliar novamente os conhecimentos de cada participante, avaliando o impacto do programa. O programa enquadrar-se-á como oferta complementar das sessões pedagógicas desenvolvidas no CACI.

Confidencialidade e anonimato: Será garantido o anonimato, a confidencialidade e uso exclusivo dos dados para o presente estudo. Para mais esclarecimentos, não hesite em contactar o investigador responsável.

Grato pela sua colaboração.

Assinatura/s: _____

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ___/___/___

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 1 PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

¹ http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

² <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>