

# iscte

INSTITUTO  
UNIVERSITÁRIO  
DE LISBOA

---

## **Sexualidade na Dificuldade Intelectual e Desenvolvidamental: Trabalho de projeto para prestadores de cuidados e adultos com DID**

Cátia Alexandra Fonseca Nunes

Mestrado em Psicologia Comunitária e Proteção de Crianças e Jovens em Risco

Orientadora:

Doutora Carla Moleiro, Professora Associada

ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Outubro, 2020



CIÊNCIAS SOCIAIS  
E HUMANAS

---

Departamento de Psicologia Social e das Organizações

**Sexualidade na Dificuldade Intelectual e Desenvolvidamental:  
Trabalho de projeto para prestadores de cuidados e adultos com  
DID**

Cátia Alexandra Fonseca Nunes

Mestrado em Psicologia Comunitária e Proteção de Crianças e Jovens em Risco

Orientadora:

Doutora Carla Moleiro, Professora Associada

ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Outubro, 2020

## **Dedicatória**

Dedico este trabalho a todas as pessoas com dificuldades intelectuais. Espero que este seja um catalisador na constante procura de maior igualdade social, por um grupo de pessoas que frequentemente é esquecido e negligenciado.



## **Agradecimentos**

À Professora Doutora Carla Moleiro, por todo o papel que teve enquanto orientadora, não só pelo voto de confiança, mas por toda a sua capacidade em guiar-me em todo este processo, sem nunca impor as suas ideologias, mas estando sempre pronta para toda e qualquer discussão de ideias. Todo este percurso promoveu um grande crescimento pessoal, que em parte muito o devo à autonomia que me foi dada.

Ao meu namorado António, pelo constante apoio e disponibilidade durante este percurso, e pela paciência que teve para lidar com a minha frustração, quando só me apetecia desistir... Obrigada pelo incentivo diário, e por acreditares nas minhas potencialidades, quando eu não as consigo ver.

Ao Dr. Miguel Mata, que sempre se mostrou disponível para a discussão do tema, e por dissipar qualquer dúvida que eu pudesse ter.

E por fim, um grande agradecimento aos participantes deste trabalho, pela sua receptividade à minha presença e vontade em participar neste estudo, permitindo a materialização desta dissertação.

A todos vocês, muito obrigada por partilharem o vosso conhecimento, e por me acompanharem neste percurso!



## **Resumo**

Embora a sexualidade seja parte integrante na vida do Ser Humano, e um conceito intimamente relacionado com a QdV, quando se trata da pessoa com DID, este tema frequentemente acaba por ser ignorado ou negado, pelos cuidadores, profissionais e até pela comunidade em geral, negligenciando os seus direitos sexuais. Historicamente, esta população tem sido alvo de segregação e confinamento sexual, proibição conjugal e esterilização ilegal sob pretextos de proteção do indivíduo contra a gravidez e o abuso sexual. Em Portugal a deficiência é o segundo motivo mais apontado para a discriminação, originando desigualdades sociais, segregação, exclusão, e preconceito. Considerando as carências desta população, realizou-se uma avaliação de necessidades, através de entrevistas individuais e semiestruturadas a 6 indivíduos com DID, tendo como principais objetivos compreender as suas expectativas, receios, sonhos, e experiências com a sexualidade. Com base nos resultados obtidos, desenhou-se um programa de intervenção constituído por dois projetos, o primeiro destinado aos prestadores de cuidados, e o segundo para indivíduos com DID, tendo como principal objetivo intervir sobre questões da sexualidade na DID, promover o conhecimento da sexualidade, do contacto físico, do desenvolvimento pessoal, a autodeterminação, a inclusão social, as relações interpessoais, os direitos, e o bem-estar físico e emocional das pessoas com DID.

**Palavras-chave:** Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental; Sexualidade; Qualidade de Vida; Autodeterminação; Inclusão Social

Categorias e Códigos de Classificação (APA):

**2980** Sexual Behavior & Sexual Orientation

**3250** Developmental Disorders & Autism





## **Abstract**

Although sexuality is an integral part of the life of the Human Being, and a concept closely related to a QoL, when it comes to the person with IDD, this theme often ends up being ignored or denied by caregivers, professionals and even the community in general, neglecting their sexual rights. Historically, this population has been a target of sexual segregation and confinement, marital prohibition, and illegal sterilization under the pretext of protecting the individual against pregnancy and sexual abuse. In Portugal, disability is the second most pointed reason for discrimination, resulting in social inequalities, segregation, exclusion, and prejudice. Considering this population needs, a needs assessment was carried out, through individual and semi-structured interviews with 6 individuals with IDD, with the main goal of understanding their expectations, fears, dreams, and experiences with sexuality. Based on the results obtained, an intervention program was designed consisting of two projects, the first aimed at caregivers, and the second for individuals with IDD, with the main objective of intervening on sexuality issues regarding individuals with IDD, promoting knowledge of sexuality, physical contact, personal development, self-determination, social inclusion, interpersonal relationships, rights, and the physical and emotional well-being of people with IDD.

**Keywords:** Intellectual and Developmental Disability; Sexuality; Quality of life; Self-determination; Social inclusion

PsycINFO Classification Categories and Codes (APA):

**2980** Sexual Behavior & Sexual Orientation

**3250** Developmental Disorders & Autism



## Índice Geral

Resumo .....	vii
Abstract.....	ix
I. INTRODUÇÃO.....	1
1.1. Definição e justificação do problema.....	1
II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	4
2.1. Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental.....	4
2.2. Qualidade de Vida.....	6
2.3. Modelos teóricos da QdV .....	8
2.4. Sexualidade.....	11
2.5. Eficácia dos programas .....	15
III. AVALIAÇÃO DE NECESSIDADES .....	17
3.1. Enquadramento .....	17
3.2. Participantes.....	17
3.3. Instrumento .....	18
3.4. Procedimento de recolha .....	19
3.5. Procedimento de análise .....	19
3.6. Resultados.....	20
IV. DESENHO DO PROGRAMA .....	21
4.1. Modelo Teórico de Processo .....	21
4.2. Modelo Lógico.....	22
4.3. Objetivos Gerais.....	23
4.4. Destinatários .....	23
4.5. Programa.....	24
4.5.1. Projeto I .....	25
4.5.1.1. População-alvo.....	25

4.5.1.2. Objetivos.....	25
4.5.1.3. Atividades .....	25
4.5.1.3.1. Sexualidade - É para todos e sem tabus .....	26
4.5.1.4. <i>Stakeholders</i> .....	27
4.5.1.5. Recursos.....	27
4.5.1.6. <i>Outputs</i> .....	28
4.5.1.7. Cronograma.....	28
4.5.1.8. <i>Outcomes</i> .....	28
4.5.2. Projeto II .....	30
4.5.2.1. População-alvo.....	30
4.5.2.2. Objetivos.....	30
4.5.2.3. Atividades .....	30
4.5.2.3.1. Formação de competências para a Educação Sexual .....	31
4.5.2.4. Stakeholders.....	32
4.5.2.5. Recursos.....	32
4.5.2.6. <i>Outputs</i> .....	33
4.5.2.7. Cronograma.....	33
4.5.2.8. <i>Outcomes</i> .....	33
4.6. Riscos/ Limitações .....	34
V. AVALIAÇÃO DO PROGRAMA .....	37
VI. CONCLUSÕES E DISCUSSÃO DO TRABALHO .....	39
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	43
Anexos .....	55

### **Índice de Quadros**

Quadro 1. Caracterização dos participantes .....	17
--	----

# I. INTRODUÇÃO

## 1.1. Definição e justificação do problema

As pessoas com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental (DID) constituem um grupo altamente estigmatizado, sofrem comportamentos discriminatórios, preconceituosos e são socialmente excluídos (Jahoda & Markova, 2004; Maulik et al., 2011; Ali et al., 2012; Werner et al., 2012). Enfrentam barreiras diárias que os restringem dos seus direitos humanos (Ali et al., 2012) como o acesso ao emprego, à habitação, à educação, a negação de inclusão e aceitação social na comunidade em que se inserem e na sociedade em geral, e a formar ou manter relacionamentos íntimos (Jahoda & Markova, 2004; Werner et al., 2012; Buljevac et al., 2020). Estas pessoas experienciam níveis elevados de desigualdades sociais, na saúde e financeiras, e são muitas vezes rotulados como incapacitados (e.g., incapazes de contribuir para a sociedade, e de viver de forma independente e autónoma) (Scior et al., 2016).

Segundo o observatório da deficiência e direitos humanos (2017) “em 2016 foram realizadas 284 queixas de discriminação com base na deficiência” sendo que “a deficiência é o segundo motivo mais apontado para a discriminação em Portugal (65%) e é aquele onde se regista a maior diferença em relação à média da UE (+15%)” (p.7). O mesmo relatório no ano de 2019 indica que “entre 2009-2018, as queixas por discriminação com base na deficiência aumentaram 1 937%, passando de 41 para 835 queixas” (p.6), e que “entre 2009 e 2018, o número de desempregados/as com deficiência registados nos Centros de Emprego aumentou 41%, ao passo que na população em geral reduziu 38%” (p.7). O estudo do Centro de Reabilitação Profissional de Gaia juntamente com o ISCTE (2007) (citado por Loja et al., 2011), que incluiu uma amostra de 15.005 indivíduos com DID, concluiu que estas pessoas apresentam maiores desigualdades sociais, como o acesso a um emprego, educação, e rendimentos, revelando a existência de discriminação e preconceito na sociedade portuguesa.

Os estudos qualitativos de Buljevac et al., (2020) e de Merrells et al., (2019) vêm corroborar os sentimentos de discriminação, segregação e exclusão que as pessoas com DID sentem em relação à sociedade. Os resultados revelaram que os participantes sofrem discriminação por pessoas com quem interagem diariamente (e.g., professores, familiares, empregadores e pares), relataram dificuldades em obter um emprego, incapacidade de gozar do direito à educação, de manter relacionamentos íntimos e de participar na vida comunitária. Os

dados indicaram ainda que as interações sociais destes participantes eram principalmente com a família ou com pessoas com DID.

Como forma de alterar atitudes e expectativas negativas associadas a esta população, em 2007 a *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* – AAIDD – substituiu o termo Deficiente Mental para Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental - DID, pois o termo da deficiência mental pode ser altamente estigmatizante, pejorativo, ofensivo e a pessoa tende a ser vista com poucas expectativas de evolução (Morato & Santos, 2012). O novo conceito da DID tem como objetivo ser mais positivo e realista. Apresenta uma perspectiva ecológica e centrada nos apoios (Santos & Morato, 2007; Schalock et al., 2007), descentra-se única e exclusivamente do funcionamento intelectual do indivíduo (Simões & Santos, 2013), e vai ao encontro do novo paradigma da Qualidade de Vida (QdV; Rodrigo et al., 2016). Segundo Jahoda e Markova (2004) o estigma está positivamente relacionado com o mal-estar psicológico e negativamente com a qualidade de vida. Assim sendo, torna-se prioritário focar a qualidade de vida e os seus indicadores como ferramentas imprescindíveis na intervenção com esta população, numa tentativa de encontrar apoios centrados na pessoa enquanto membro integrante da sua comunidade.

Sendo o tema da sexualidade considerado um tema tabu nesta população, mas algo intrínseco ao Ser Humano e um conceito intimamente relacionado com a QdV, surge a necessidade de abordá-lo enquanto passo fulcral para a intervenção. Diversos estudos demonstram que a população com DID, quando comparada à população sem DID, apresenta menor conhecimento acerca dos seus direitos sexuais, menor experiência sexual, maior vulnerabilidade ao abuso sexual e atitudes mais negativas em relação à sexualidade (McCabe & Schreck, 1992; McCabe, 1999; O’Callaghan & Murphy, 2007; Baines, et al., 2018).

Assim, o presente trabalho de projeto pretende apresentar uma proposta de um programa de intervenção sobre questões da sexualidade na DID, promover o conhecimento da sexualidade, do contato físico, do desenvolvimento pessoal, a autodeterminação, a inclusão social, as relações interpessoais, os direitos, e o bem-estar físico e emocional das pessoas com DID.

O presente trabalho de projeto encontra-se dividido em 6 capítulos.

O primeiro capítulo corresponde à introdução, onde será feita uma breve definição e justificção do problema a ser abordado. O segundo capítulo corresponde ao enquadramento teórico, focando a descrição da população-alvo, o paradigma da qualidade de vida enquanto ferramenta de intervenção, assim como os modelos teóricos subjacentes ao mesmo, seguido do tema da sexualidade, e por fim, serão apresentados alguns exemplos de projetos na área da educação sexual. O terceiro capítulo corresponde à avaliação das necessidades, onde será feita uma breve descrição do objetivo do desenho do programa, com base na revisão da literatura, os participantes, o instrumento utilizado, o procedimento de recolha de dados, a análise de conteúdo, e os resultados obtidos. O quarto capítulo, correspondente ao desenho do programa, onde será feita a descrição do modelo teórico de processo, do modelo lógico, dos objetivos gerais, e dos seus destinatários. Seguidamente, irá ser apresentada a descrição dos dois projetos propostos para este programa de intervenção e respetiva população-alvo, objetivos, atividades planeadas, *stakeholders*, recursos necessários, *outputs*, e *outcomes*. O final deste capítulo será dedicado à avaliação dos potenciais riscos e limitações durante a implementação do programa, assim como a apresentação de sugestões para superar os mesmos. No penúltimo capítulo deste programa será detalhada a forma de avaliação dos dois projetos, através da avaliação das competências adquiridas e da avaliação das sessões. No último capítulo será feita uma discussão e conclusão do trabalho desenvolvido.

## II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 2.1. Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental

Face às mudanças sociais da realidade que nos envolve, tornou-se pertinente renomear a diferença, procurando um termo que melhor se adequasse a esta população. Durante décadas, os termos mais comuns para caracterizar esta população incluíam deficiência mental, subnormalidade mental, deficiência do desenvolvimento, dificuldades de aprendizagem, débil, fraco e retardado (Harris, 2013; Schalock, 2007; 2015).

Assim sendo a *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* – AAIDD - propõe a mudança do termo Deficiente Mental para Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental – DID. Este termo é atualmente adotado por organizações como: *the American Association on Intellectual and Developmental Disabilities—AAIDD*, *International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities* (Schalock et al., 2007), *President’s Committee for People with Intellectual Disabilities* (Salvador-Carulla & Bertelli, 2007; Schalock et al., 2007), *American Psychology Association*, *International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities*, *American Academy of School Psychology* (Salvador-Carulla & Bertelli, 2007), *The World Health Organization* e no *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Esta alteração surgiu com o objetivo de eliminar a carga negativa da rotulação associada à pessoa com “deficiência mental” (da Silva & Coelho, 2014), por ser este ser um termo bastante estigmatizante, preconceituoso, pejorativo, ofensivo e por estar associado a algo com poucas expectativas de evolução (Santos & Morato, 2012; Shea, 2012). Walsh (2002) (citado por Santos & Morato, 2012) acrescenta ainda que o termo “deficiente mental” se banalizou, sendo utilizado como forma de insultar o outro. O termo da DID procura ser menos estigmatizante e ofensivo (Verdugo et al., 2005; Schalock, 2015), apresenta uma perspectiva ecológica, centrada nas interações pessoa-ambiente, reconhece a importância de apoios individualizados como melhoria do funcionamento humano e inclusão da comunidade (AAIDD, 2008), tem como objetivo ser mais positivo e realista, descentrar-se única e exclusivamente do funcionamento intelectual do indivíduo (Schalock, 2007; Simões & Santos, 2013), e vem focar os princípios de inclusão social, autodeterminação e desenvolvimento pessoal (Schalock, 2007; 2015). Este termo vai ao encontro do novo paradigma da Qualidade de Vida, alterando assim as atitudes e expectativas negativas associadas à pessoa com DID (Rodrigo et al., 2016).



Segundo a AAIDD (2008) a DID pode resultar de fatores biomédicos, sociais, comportamentais, e educacionais. O fator biomédico, está relacionado com processos biológicos (e.g., genética), o fator social, está relacionado com a interação social e familiar (e.g., falta de estimulação infantil, e responsividade do adulto), o fator comportamental, está relacionado com comportamentos prejudiciais (e.g., abuso materno de substâncias), e o fator educacional, refere-se à disponibilidade de fornecer suporte familiar e educacional, que promovam o desenvolvimento intelectual e o aumento do comportamento adaptativo. Analogamente, o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais (APA, 2013, p.33) e a AAIDD (Schalock et al., 2007; Gardner, & Bradley, 2009), referem que a DID se manifesta durante o período de desenvolvimento, e é caracterizada por significativas limitações do funcionamento intelectual e do comportamento adaptativo, expressos em 3 domínios: conceptual (e.g., resolução de problemas abstratos e intelectuais que envolvam o uso da linguagem e capacidades numéricas), social (e.g., relações interpessoais, conduta social e autoestima) e prático (e.g., capacidade para executar atividades de vida diária como comer, vestir-se, preparar refeições, usar transportes e realizar atividades domésticas). A Organização Mundial de Saúde (citado por Harris, 2013) acrescenta que a DID é definida por um conjunto de condições do desenvolvimento, caracterizadas pelo comprometimento significativo das funções cognitivas, que resultam em limitações na aprendizagem, no comportamento adaptativo, na aquisição de competências, e no funcionamento social (e.g., dificuldade na participação e inclusão na sua comunidade).

Desta forma, o diagnóstico da DID deixa de depender apenas de testes psicométricos, estando dependente da avaliação das competências cognitivas e o comportamento adaptativo do indivíduo, o seu funcionamento dentro do contexto e da idade, pares e cultura, tendo sempre em conta as diferenças culturais e linguísticas, fatores de comunicação, sensoriais, motores e comportamentais do indivíduo. Assim sendo, a intervenção com esta população deve ter em conta o desenvolvimento de um plano de apoios necessários e individualizado, reconhecendo que as limitações do indivíduo coexistem com pontos fortes. Por fim, deve ser fornecido suporte adequado e personalizado como forma de melhorar o funcionamento pessoal, promover a autodeterminação, melhorar o bem-estar e potenciar a inclusão comunitária da pessoa com DID (AAIDD, 2008).

## 2.2. Qualidade de Vida

Ter qualidade de vida é importante para todas as pessoas, pelo que deve ser pensada de igual forma para todos. Desta forma, torna-se pertinente o desenvolvimento de ambientes que permitam a todas as pessoas o acesso a locais e aos seus recursos (Schalock et. al., 2002). Segundo a OMS, a Qualidade de Vida (QdV) é um “conceito amplo, subjetivo e uma percepção do indivíduo em relação à sua posição na vida, no contexto cultural e nos valores em que vive. Está relacionado com os seus objetivos, expectativas, normas e preocupações” (WHOQOL, 1998, p. 1). Assim sendo, e estando a QdV na base do planeamento e conseqüente satisfação com a vida por parte da pessoa, torna-se pertinente aprofundar este tema realçando o seu cruzamento com as populações com DID.

O construto da QdV é multidimensional, e composto por vários domínios que deverão ser satisfeitos para que o indivíduo possa usufruir de uma vida plena e com qualidade (Schalock, et al., 2002). Este conceito é influenciado por características ambientais e pessoais (e.g., saúde física e psicológica, nível de independência e relações sociais), e inclui indicadores subjetivos relacionados com as próprias crenças, e objetivos que contêm indicadores indispensáveis para uma vida de qualidade e transversais a todos, como o acesso a infraestruturas (Brown et al. 2009; Schalock et al. 2002, 2007). É necessário ter em consideração o que cada pessoa considera importante e satisfatório (Nota, et. al., 2006), uma vez que diferentes indivíduos irão dar mais importância a uns fatores que a outros, em função do significado pessoal que atribuem ao mundo que os rodeia e tendo em conta a sociedade em que se inserem. Será importante referir que uma vida com qualidade tem por base um conjunto de necessidades individuais que são satisfeitas, sendo a pessoa um ponto central das suas próprias decisões (Schalock et al. 2002). Desta forma, a QdV deve ser definida de forma individual e tendo em conta o estilo de vida de cada pessoa: experiências, expectativas, desejos, valores culturais e crenças (Nota, et. al., 2006). Este conceito apresenta uma postura ecológica, centrado num sistema de apoios individualizados e entre a interação pessoa-ambiente, tendo como objetivos a melhoria do funcionamento humano e pessoal do indivíduo (Claes et al., 2012). Implica igualmente a promoção de comportamentos que conduzam a uma vida mais autónoma, maior valorização dos seus papéis sociais, aumento do *empowerment* e emancipação do indivíduo em relação aos seus direitos, resultados pessoais e autodeterminação (Schalock et al., 2002).

Atendendo ao contexto cultural atualmente experienciado e aos crescentes apelos de uma sociedade mais inclusiva, surge a necessidade de focar o paradigma da Qualidade de Vida

como catalisador para a intervenção com indivíduos tidos como “diferentes”. Atualmente esta intervenção deverá ser holística, ou seja, não se deverá focar unicamente o indivíduo e as suas incapacidades, mas sim a interação do indivíduo com o que o rodeia, numa visão que potencia a integração, a autodeterminação e a aquisição de competências para que todos os cidadãos tenham o seu papel e função na comunidade em que se inserem. Na DID, a QdV surge como um desafio a ser respondido em termos de resposta social, no desenho de programas e na avaliação dos serviços prestados (Schalock et al., 2002). Esta avaliação implica ter em consideração as experiências de vida que os indivíduos valorizam, os domínios que contribuem para uma vida plena, compreensão da importância do contexto (físico, social e cultural) para o indivíduo e, inclui experiências comuns a todos os cidadãos e únicas para cada um (Verdugo et al., 2005).

Segundo Santos (2014) a sociedade tem poucas expectativas em relação às pessoas com DID, tornando-as vulneráveis à exclusão de oportunidades que habitualmente estão disponíveis para outros cidadãos. Desta forma, torna-se crucial a avaliação da QdV de forma a melhorar serviços públicos e orientar políticas de inclusão e educação pública (Brown et al., 2009; Schalock et al., 2007), que permitam a estes indivíduos provar que também podem ter um papel ativo na sociedade.

### 2.3. Modelos teóricos da QdV

Sendo um conceito em constante evolução, a Qualidade de Vida tem vindo a perder o ser “estatuto” de abstrato para um construto social mensurável (Schalock, et al., 2002). Assim, são vários os modelos teóricos que corroboram o paradigma da QdV. Segundo Schalock e Buntinx (2010) o modelo proposto em 1980 pela OMS - *International Classification of Impairment, Disability and Handicap - ICHIDH*, que surge enquanto nomenclatura universal para descrever e medir as consequências da doença e do trauma, através da introdução dos conceitos de incapacidade, dificuldade e deficiência, como resposta aos modelos biomédicos que focavam essencialmente o diagnóstico e a patologia. Após críticas sobre este modelo, em 2001 a OMS procedeu a alterações incorporando o termo da participação social, que inclui interações entre fatores intrínsecos à pessoa (e.g., condições de saúde, funções corporais e traumas), e fatores extrínsecos (e.g., comunidade e acessibilidades estruturais). Este modelo inclui 9 domínios, sendo estes, a aprendizagem e aplicação de conhecimentos, tarefas gerais, comunicação, mobilidade, autocuidado, vida doméstica, interações e relações interpessoais, principais áreas de vida, e vida comunitárias, social e cívica. Como forma de esbater esta limitação, e de explicar as causas e consequências da doença, traumas, ou outros danos à integridade e ao desenvolvimento do indivíduo, surge o modelo *Disability Creation Process - DCP*. Este modelo baseia-se primordialmente na interação (ou participação social) entre o indivíduo e o seu ambiente, e incluiu 12 domínios de vida, 6 referentes às atividades diárias (nutrição, bem-estar físico, cuidados pessoais, comunicação, habitação e mobilidade), e 6 referentes aos papéis sociais (responsabilidade, relações interpessoais, vida comunitária, educação, emprego e recreação) (Fougeyrollas et al., 1998, citado por Levasseur et al., 2007). Segundo Levasseur et al., (2007) as principais diferenças entre estes modelos, é o “ponto de partida” das condicionantes da participação social. Enquanto que no modelo *ICF* o ponto central é o indivíduo e as suas incapacidades, como principal causa da qualidade da interação social, o modelo *DCP*, tem como ponto de partida as interações sociais e como modelar características intrínsecas e extrínsecas, para potencializar mais e melhores situações de participação social.

Face aos modelos acima elencados, é notória a presença de certas componentes transversais a todos (e.g., a componente comunitária ou a presença de domínios subjetivos e objetivos), e um grande foco holístico no indivíduo, componentes estas que ainda se mantêm vincados nos dias de hoje (Rodrigo, 2016). Contudo, todos estes modelos não apresentam o conceito da Qualidade de Vida dividido em 3 fatores de ordem superior, tal como apresentado

no modelo teórico de Schalock et al., (2007). Este modelo é bastante adotado, sendo alvo de constantes validações, inclusive na elaboração de instrumentos avaliativos adaptados à população portuguesa (Simões et al., 2016).

O Modelo Multidimensional do funcionamento humano foi proposto em 1992 pela AAIDD, e envolve uma interação dinâmica e recíproca entre a competência intelectual, o comportamento adaptativo, saúde, participação social e contexto, e a importância de apoios individualizados enquanto fator-chave na melhoria do funcionamento humano, e parte integrante do processo de avaliação (Buntinx & Schalock, 2010). É composto por 3 fatores - independência, participação social e bem-estar - e 8 domínios. O fator da independência pretende promover uma vida autónoma. Tem como domínios o desenvolvimento pessoal e a autodeterminação. O desenvolvimento pessoal refere-se à oportunidade de aquisição de novas competências (e.g., comportamento adaptativo e educação). Tem como indicadores as aprendizagens, a motivação e o enriquecimento pessoal. O domínio da autodeterminação é constituído pelos indicadores da autonomia, tomada de decisão, objetivos pessoais e oportunidade de expressar preferências e opiniões (Schalock et al., 2002; 2007; Buntinx & Schalock, 2010; Claes et al., 2012). O fator da participação social foca a oportunidade de o indivíduo levar uma vida ativa no seio comunitário. Tem como domínios: as relações interpessoais, intimamente relacionadas com as relações familiares, sociais e as respetivas redes de apoio e relacionamentos. O domínio da inclusão social, refere-se à capacidade e oportunidade de ter uma vida social saudável, numa comunidade inclusiva e numa tentativa de contrariar a institucionalização compulsiva. Tem como indicadores o acesso a apoios, a participação na comunidade e a integração na realidade social. E o domínio dos direitos humanos (e.g., respeito, dignidade e igualdade) e legais, relacionados com uma vida onde estes são respeitados e as diferenças individuais são tidas em conta. Tem como indicadores a privacidade e confidencialidade, o direito ao acesso a espaços públicos, o à participação ativa e à participação política (Schalock et al., 2002; Buntinx & Schalock, 2010; Claes et al., 2012). Por fim, faz parte o fator do bem-estar, ou seja, o conforto do indivíduo nas várias dimensões da sua vida. Neste fator encontram-se os domínios do bem-estar físico, emocional e material. O domínio físico foca as questões do conforto físico e capacidade de locomoção autónoma, e tem como indicadores a ausência de dor, capacidade de recreação, alimentação, locomoção e mobilidade e ainda a sexualidade. O domínio emocional, que embora apresente componentes mais subjetivas, é composto pelos indicadores do autoconceito, problemas comportamentais, doença mental, stress e satisfação com a vida. E o domínio material que tem como objetivo

aferir se os bens materiais são adequados às necessidades individuais, tendo como indicadores as condições de vida, os apoios sociais e a empregabilidade (Schalock e Verdugo, 2002; Buntinx & Schalock, 2010; Gardner & Bradley, 2009).

O indivíduo apenas poderá experienciar uma vida com qualidade quando todos os domínios estão satisfeitos, mas o grau de satisfação como cada aspeto da sua vida é algo pessoal, e deverá ser sempre focado no plano individual de cada pessoa, como catalisador de uma intervenção prazerosa, eficaz e com sentido (Verdugo et al., 2005). Apesar deste substrato teórico, ainda existem poucos instrumentos avaliativos adaptados à realidade portuguesa, sendo pertinente focar a Escala Pessoal de Resultados (EPR) e a Versão Portuguesa da Escala San Martín (ESM), que apesar de focarem o mesmo construto teórico apresentam abordagens diferentes (Simões & Santos, 2016; Rodrigo, 2016). A Escala Pessoal de Resultados é uma adaptação Portuguesa da *Personal Outcomes Scale*, aborda 8 domínios da QdV (desenvolvimento pessoal, autodeterminação, relações interpessoais, inclusão social, direitos, bem-estar emocional, bem-estar físico e bem-estar material), verificando-se ligeiras adaptações culturais, de modo a tornar este instrumento o mais preciso possível (Simões e Santos, 2013; Simões e Santos, 2016). A Escala San Martín (ESM) é composta por 95 itens, divididos pelos 8 domínios da QdV, e tem como objetivo avaliar as pessoas com DID e as necessidades de apoio significativas e/ou dificuldade em verbalizar (Rodrigo, 2016). Esta escala é aplicada a terceiros e não diretamente ao indivíduo. Este facto deveu-se à necessidade de avaliar pessoas sem capacidade de comunicação verbal, recorrendo a prestadores de cuidados próximos para a recolha de dados. O autor da escala reforça a importância de criar métodos de recolha de informação, não recorrendo exclusivamente a terceiros, para que os dados recolhidos sejam o mais fidedigno possível, para uma intervenção ajustada às reais necessidades (Rodrigo, 2016).

De forma a corroborar a robustez deste modelo, será importante realçar o contributo do estudo de Simões e Santos (2016). Este teve como objetivos comparar a QdV de pessoas com e sem DID, e analisar os preditores de QdV de ambos os grupos de participantes. Incluiu uma amostra de 1929 participantes, dos quais 1264 apresentam diagnóstico de DID e 665 sem diagnóstico. Os resultados indicam que a QdV é significativamente maior em adultos sem DID, e que esta é influenciada por variáveis individuais e ambientais, enfatizando a importância de realçar que as condições de saúde são o maior preditor de QdV para indivíduos com e sem DID.

## 2.4. Sexualidade

A sexualidade é uma parte importante da vida (Cuskelly & Gilmore, 2007; Ditchman et al., 2013; Macleod & McCabe, 2020). Mais que um comportamento sexual (Koller, 2000), é um conceito-chave no processo da normalização e inclusão social (Aunos et al., 2002) e uma necessidade básica intrínseca a todos os seres humanos (Gomez, 2012). Inclui dimensões físicas, emocionais, fisiológicas, psicológicas, sociais e culturais, e influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações (Koller, 2000; Gomez, 2012). Este conceito define a forma como o indivíduo interage com o seu ambiente social, desenvolve os seus relacionamentos, demonstra afeto e como se sente em relação à sua imagem corporal (Swango-Wilson, 2008). Segundo a OMS (WHO, 2015, p.5-6) a sexualidade é vista como parte integrante da vida do indivíduo, “influenciado pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais. Inclui o sexo, identidades, papéis de género, orientação, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. Pode ser expressa através de pensamentos, fantasias, atitudes, crenças, comportamentos, valores e relacionamentos”, e a saúde sexual diz respeito ao bem-estar físico, emocional, mental e social em relação à sexualidade, “requer uma abordagem positiva e respeitosa da sexualidade e relações sexuais, bem como a possibilidade de ter experiências sexuais agradáveis e seguras, livres de coerção, discriminação e violência”.

Embora a sexualidade seja parte integrante na vida do Ser Humano (Szollos & McCabe, 1995) e de muitas culturas acreditarem que estabelecer e manter relacionamentos sexuais e íntimos faz parte do percurso para a vida adulta (Addlakh, 2007), quando se trata da pessoa com DID, este tema frequentemente acaba por ser ignorado ou negado, pelos cuidadores, profissionais e até pela comunidade em geral, negligenciado os seus direitos sexuais (Szollos & McCabe, 1995; Addlakh, 2007). Segundo Block (2000), historicamente esta população tem sido alvo de segregação e confinamento sexual, proibição conjugal e esterilização ilegal sob pretextos de proteção do indivíduo contra a gravidez e o abuso sexual. Exemplo disso foi a aprovação da Lei *Eugenics*, nos EUA que permitia a esterilização involuntária desta população, tendo forçado 60 mil pessoas a esterilização involuntária entre os anos de 1907 e 1957 (Kempton & Kahn, 1991). A esterilização involuntária vai contra os padrões internacionais dos direitos humanos, e não protege contra o abuso sexual nem de doenças sexualmente transmissíveis (WHO, 2011).

A ausência de contacto/falta de conhecimento sobre pessoas com DID muitas vezes traduz-se em falácias em relação à sua sexualidade, como serem sexualmente desviantes (Toomey, 1993, citado por Aunos et al., 2002), promíscuos (Keilty, et al., 2001), sem controlo sexual ou “hipersexuais”, isto é, com um excessivo desejo sexual (Gomez, 2012), assexuados, ou seja, sem definição sexual, sem necessidades nem sentimentos sexuais (Gougeon, 2009; Gomez, 2012), e incapazes de manter uma relação sexual a longo prazo (DeLoach, 1994, citado por Aunos et al., 2002). Ironicamente, esta população apresenta uma grande vulnerabilidade ao abuso sexual, incluindo privação emocional, isolamento social, sentimentos de desamparo, e sexualidade reprimida (Keilty, et al., 2001). Segundo Paquette et al., (2017) o risco de ser abusado sexualmente é 4,6 vezes maior entre crianças com DID, do que entre crianças com um desenvolvimento típico. Outros dos motivos que dificultam a expressão sexual desta população, é por exemplo o facto de viverem uma vida institucionalizada - com a falta de privacidade inerente -, falta de conhecimento sobre o que é sexualidade, oportunidades para se poderem expressar (Cuskelly & Gilmore, 2007), dependência dos cuidados de terceiros (Baines, et. al., 2018), e por serem vistos como “crianças inocentes” em relação à sua sexualidade e intimidade (Gougeon, 2009; Ditchman et al., 2013). Todos estes fatores promovem a exclusão social e impedimento pleno dos direitos (Gougeon, 2009), negação de novas oportunidades de aprendizagens como a sexualidade, e a negação à realização pessoal (Swango-Wilson, 2008). Desta forma surge a importância de desmitificar estes preconceitos e estereótipos, como forma de promoção de igualdade de oportunidade e promoção de maior inclusão social.

Deve ser reconhecido e aceite que todas as pessoas têm necessidades e desejos sexuais (Gomez, 2012) independentemente de um diagnóstico associado, assim como o direito a uma vida sexual (i.e., receber educação sexual, serviços de planeamento familiar, casar e procriar) (Trudel & Desjardins, 1992). No entanto, a literatura aponta para uma falha no campo da sexualidade na DID. Diversos estudos sugerem que existe um grande desconhecimento e desinformação do tema da sexualidade neste grupo, traduzindo-se em consequências como: menor propensão a ter experiências ou relações sexuais íntimas, estão mais propensos a ter gravidezes indesejadas e ISTs, menor conhecimento acerca dos seus direitos sexuais, menor conhecimento sexual (e.g. saber o que é um preservativo ou o que é a homossexualidade), e maior dificuldade em reconhecer situações abusivas, tornando-os mais vulneráveis ao abuso (Murphy & O’Callaghan, 2004; 2007).

No contexto atual dos direitos, está previsto que as pessoas com DID têm o direito a experienciar uma vida sexual (e.g., *World Association of Sexual Health* (2014); Carta de



Direitos Sexuais e Reprodutivos da Federação Internacional de Planeamento Familiar (2009)). No entanto, é necessário manter uma vida social, promover a educação sobre a sexualidade e do próprio corpo, fornecer um meio para comunicar as suas necessidades sexuais, oportunidade de expressão e relacionamentos sexuais, privacidade e o direito de cometer erros (Gomez, 2012). Segundo Gougeon (2009) a aprendizagem sobre aspetos da sexualidade, muitas vezes depende de um “currículo ignorado”, isto é, fora do contexto de sala de aula, através de conversas que envolvem suporte social (e.g., pares), durante as refeições com os amigos, em atividades de lazer, saídas, etc. No entanto, com esta população torna-se mais complicado, uma vez que as suas interações muitas vezes são mediadas por uma figura de autoridade ou estão constantemente sob vigilância de terceiros (Gougeon, 2009).

As pessoas com DID apresentam as mesmas necessidades e desejos sexuais que as pessoas sem diagnóstico (Shakespeare, 2000), sendo que a sexualidade está relacionada com uma maior qualidade de vida (Gomez, 2012; Chrastina, & Večeřová, 2020). A abordagem paternalista de afirmar que estes indivíduos nunca atingem a idade adulta, ou que não são os mais adequados para tomar as suas próprias decisões em relação à sua sexualidade perpetuou durante muito tempo na forma de tratamento que lhes é fornecido (e.g., evitar educação sexual). Uma abordagem pedagógica crítica aparenta ser um passo na direção certa na emancipação e autodeterminação desta população, algo que durante muito tempo lhes foi negado (Gougeon, 2009).

A literatura indica que as atitudes dos cuidadores e dos profissionais que trabalham com esta população pode ter uma influência direta e fulcral na vida destas pessoas (Brown & McCann, 2019). Por exemplo, o estudo de Gilmore e Chambers (2010) teve como objetivo compreender as atitudes das equipas de suporte acerca da sexualidade em indivíduos com DID, e de que forma é que estas influenciam oportunidades e experiências de normalização no tema da sexualidade. Este estudo contou com uma amostra de 219 participantes, com idades compreendidas entre os 20 e os 70 anos, e a aplicação do Questionário de Atitudes na Sexualidade - *Attitudes to Sexuality Questionnaires*. Este questionário foca aspetos como: direitos sexuais, parentalidade, comportamentos sexuais não reprodutivos e autocontrolo. Os participantes foram divididos em dois grupos: o primeiro grupo contou com a participação de 169 funcionários de apoio a esta população, e o segundo grupo contou com a participação de 50 funcionários de indústrias de lazer da comunidade (e.g., cinemas, pastelarias, restaurantes e cafés, cabeleireiros, funcionários de transportes públicos, bibliotecas, bares e hotéis). Os resultados revelaram que os dois grupos apresentam atitudes positivas e visões semelhantes em

relação à sexualidade da população com DID. No entanto, referiram menos autocontrole no comportamento sexual dos homens em comparação com as mulheres, maior liberdade de expressão sexual para indivíduos sem diagnóstico do que para aqueles com DID, e os funcionários de apoio apresentaram atitudes mais conservadoras em relação à parentalidade que o grupo de lazer.

O estudo de Morato e Furtado (2001) contou com uma amostra de 12 jovens com T21, 6 rapazes e 6 raparigas com idades compreendidas entre os 15 e os 17 anos, 6 técnicos que intervêm diretamente com estes jovens e os pais dos jovens. Este estudo teve como objetivo primordial perceber o conhecimento que estes jovens têm acerca das suas vivências, necessidades e interesses afetivo-sexuais e perceber a posição dos pais e técnicos quanto a esta temática e até que ponto é que conhecem a opinião dos jovens em relação à sua sexualidade. Para isso foi produzido um questionário com perguntas relativas à sexualidade, que focava as áreas da: auto e hétero-imagem, conhecimento do seu corpo e do outro, formas de contato, namoro, casamento, contatos afetivo-sexuais, contraceção, procriação, maturidade e educação sexual. Também foram realizadas 12 entrevistas individuais com os jovens e recebidos 6 questionários dos pais e 12 dos técnicos com diferentes áreas de formação. Os resultados indicam que ainda existe um grande tabu em relação a esta população em relação ao tema da sexualidade, que ainda há bastante desconhecimento dos jovens em relação a determinadas questões sobre a sua sexualidade, bem como um desconhecimento por parte dos pais e técnicos em relação à opinião destes. Apesar de ser uma amostra muito reduzida, este estudo contou com a participação direta dos jovens permitindo a sua opinião acerca de um assunto que lhes diz diretamente respeito.

Diariamente são fornecidos apoios a esta população para que aprendam a vestir-se, a alimentar-se e a fazer tarefas domésticas, no entanto não se verifica o mesmo em relação à educação sexual (Gomez, 2012). Uma forma positiva de abordar questões como a temática da sexualidade, é através da construção de programas de educação, voltados para as famílias e cuidadores, com o objetivo de explorar o tema, adquirir novos conhecimentos e competências, e compreender a perspetiva da pessoa com DID em relação às suas necessidades e desejos sexuais (Yıldız & Cavkaytar, 2017). Estes programas educacionais devem focar a expressão sexual como algo intrínseco à vida, e criados de forma apropriada à idade da pessoa e não centradas no seu desempenho cognitivo, apoiando a expressão da sexualidade e o desenvolvimento de relações íntimas com esta população (Fulford & Cobigo, 2018; Wilkinson, Theodore & Raczka, 2015). Devem ser adotadas abordagens que promovam o *empowerment*

do indivíduo, centrada na pessoa e inclusivas. Estes fatores a somar às mudanças nas políticas apresentam oportunidades para abordar questões como a sexualidade (Brown & McCann, 2019), melhorar a autoestima e a autoimagem da pessoa, e superar potenciais sentimentos depressivos e solidão (Koller, 2000).

## **2.5. Eficácia dos programas**

Como forma de promover a educação sexual surge o desenvolvimento de diversos programas, que têm como objetivo a promoção de um maior conhecimento acerca da sexualidade, e a prevenção de situações de risco. Embora Portugal apresente decretos de lei (e.g., Lei n.º 60/2009) que têm como objetivo fornecer diretrizes para a aplicação de educação sexual em meio escolar, não existe nenhum programa transversal a todos, devendo ser o diretor de turma, ou o professor responsável pela educação para a saúde e educação sexual a elaborar o projeto de educação sexual para a turma (Lei n.º 60/2009, artigo 7.º, nº 1).

A nível internacional existem alguns programas de sexualidade pré-definidos para os jovens, adultos, famílias, e profissionais com e sem DID. Estes programas focam essencialmente temas como: o sistema reprodutivo humano, tipos de relacionamentos (e.g., familiar, amizade, amor, relacionamentos românticos e namoro, casamento, criar filhos), o desenvolvimento humano (e.g., anatomia reprodutiva sexual e fisiologia, puberdade, reprodução, imagem corporal, orientação sexual, identidade de género), competências pessoais e interpessoais (e.g., valores, tomada de decisão, comunicação, assertividade, negociação, procura de ajuda), comportamento sexual (e.g., sexualidade ao longo da vida, masturbação, comportamento sexual, abstinência sexual, resposta sexual humana, fantasia sexual, disfunção sexual), saúde sexual (e.g., saúde reprodutiva, contraceção, gravidez e pré-natal, aborto, doenças sexualmente transmissíveis, ISTs, abuso sexual, agressão, violência e assédio), sociedade e cultura (e.g., sexualidade e sociedade, funções de género, sexualidade e as leis, sexualidade e religião, diversidade, sexualidade e os média, sexualidade e artes) (Dukes & McGuire, 2009; Gardiner & Braddon, 2009; Peskin, 2015; Vanwesenbeeck, et al., 2016; Bornman & Rathbone, 2016; Corona et al., 2016; Graf et al., 2017; Yıldız & Cavkaytar 2017; González et al., 2018; Lee & Lee, 2019; Frank & Sandman, 2019; Raymond & Hutchison, 2019; Martin, et al., 2020).

Os resultados destes programas sugerem um efeito positivo no desenvolvimento de competências para a vida, de autogestão em relação a problemas com a saúde sexual, e um aumento do conhecimento relacionado com a saúde reprodutiva e sexual (e.g., Vanwesenbeeck, et al., 2015; Graf et al., 2017; Lee & Lee, 2019; Raymond & Hutchison, 2019). A implementação destes programas vai desde *workshops* de horas a algumas semanas (Sherer, 1980), sessões em grupo (Dukes & McGuire, 2009; Gardiner & Braddon, 2009; Peskin, 2015; Vanwesenbeeck, et al., 2016; Bornman & Rathbone, 2016; Corona et al., 2016; Yıldız & Cavkaytar 2017; González et al., 2018; Frank & Sandman, 2019; Martin, et al., 2020), e situações de *role-play* (Lee & Lee, 2018).

Apesar da vasta gama de programas de promoção de educação sexual, é notória a forma mecanizada como estes são desenhados, onde são prescritos um conjunto fixo de objetivos, os quais não têm em conta as características específicas de cada população, assim como as suas necessidades, questões culturais, e normas de género. Esta forma mecanizada de administrar estes programas poderá ser esbatida recorrendo a instrumentos de avaliação, os quais deverão ser sensíveis a necessidades específicas, auxiliando na construção de um currículo mais dirigido e adequado e que, à partida, terá *outcomes* mais positivos. Outras das limitações destes programas é a ausência de uma avaliação pré e pós teste (i.e., efeitos do programa a longo prazo).

Como forma de materializar a eficácia acima descrita, surge a necessidade de elaborar programas que vão ao encontro das necessidades e expectativas da população em questão. Com o intuito de intervir de uma forma mais direcionada, os projetos que seguidamente serão elaborados apresentarão como ponto de partida a análise de um conjunto de entrevistas, que teve como objetivo fazer o levantamento das necessidades desta população em relação ao tema em questão.

### III. AVALIAÇÃO DE NECESSIDADES

#### 3.1. Enquadramento

O planeamento e desenho do programa de educação sexual surge como uma tentativa de resposta à revisão de literatura efetuada, e ao levantamento das expectativas e desejos dos próprios indivíduos com DID entrevistados. Este tem como objetivos promover o conhecimento acerca da sexualidade, do contato físico, do desenvolvimento pessoal, a autodeterminação, a inclusão social, as relações interpessoais, os direitos, e do bem-estar físico e emocional, através da exploração das expectativas, receios, sonhos, e experiências da pessoa com DID. Outros objetivos deste programa incluem a promoção de competências para o reconhecimento e intervenção em situações que envolvam violência sexual, a prevenção de comportamentos sexuais de risco e o aprimoramento de fatores de proteção.

#### 3.2. Participantes

A avaliação de necessidades deste programa contou com a participação de 6 adultos com diagnóstico prévio de DID. Os critérios de inclusão foram: frequentar um centro de atividades ocupacionais, ser legalmente adulto e conseguir comunicar.

Quadro 1.

*Caracterização dos participantes*

Participante	Idade	Sexo	Diagnóstico
1	45 anos	Feminino	Perturbação Global do Desenvolvimento e epilepsia
2	28 anos	Masculino	Traumatismo Crânio Encefálico
3	43 anos	Feminino	Perturbação Global do desenvolvimento
4	20 anos	Masculino	Perturbação de Oposição e PHDA
5	33 anos	Masculino	Perturbação Global do Desenvolvimento
6	26 anos	Feminino	Perturbação Global do Desenvolvimento + pé boto + espinha bífida

### 3.3. Instrumento

Face aos objetivos deste programa foi realizada uma avaliação de necessidades de natureza qualitativa, através da construção de um guião de entrevista semiestruturado com questões abertas. A sua construção contou com o apoio de um técnico especializado de um centro de atividades ocupacionais.

Optou-se pela construção de um guião de entrevista semiestruturado com questões abertas, uma vez que método permite um discurso livre, detalhado e exploratório (Hannabuss, 1996), uma conversação padronizada, e a oportunidade de colocar novas questões no decorrer da entrevista (O’Keeffe et al. 2016). Outra grande vantagem da entrevista qualitativa é o facto de ser possível avaliar a congruência de respostas verbais e não verbais através da observação a nível motor (e.g., linguagem corporal e contato visual) e a nível paralinguístico (e.g., tom de voz) (Opdenakker, 2006). A aplicação deste guião foi realizada através de entrevistas individuais, por se considerar que este é ainda um tema tabu na população geral, e por permitir um maior conforto e maior partilha de respostas.

O guião da entrevista contou com 16 questões (anexo A), e foi construído tendo em conta as características dos participantes (e.g., linguagem de fácil compreensão e questões abertas que permitem maior liberdade e detalhe nas respostas). Este guião dividiu-se em quatro partes. A primeira parte referente à introdução, contou com questões gerais acerca da sexualidade (e.g., o que entende por sexualidade, o que entende por uma relação sexual, o que é para si intimidade e se já teve alguma experiência sexual). A segunda parte focou questões que iam ao encontro das expectativas do participante em relação à sua sexualidade (e.g., como é que a pessoa mostra que se está interessado(a) em alguém, como é que a pessoa percebe que alguém está interessado em nele(a), o que espera que aconteça numa relação sexual, se está satisfeito com o seu corpo, como é que se fazem bebés, se se imagina a ter filhos ou a ser pai/mãe, e com quem gostava de ter uma relação sexual). A terceira parte, focou questões acerca dos receios e impedimentos em relação à sua sexualidade (e.g., se existe alguma coisa que o/a impeça de ter a vida sexual que gostaria, se existe alguma consequência assustadora quando pensa na sua sexualidade, e de que forma é que tocar no seu corpo pode ser uma coisa boa ou assustadora). A última parte da entrevista contou apenas com uma questão acerca dos sonhos e aspirações em relação à sexualidade dos participantes. No final de cada entrevista, o participante era questionado se tinha algum tipo de dúvida, e/ou se gostaria de acrescentar alguma informação.

### **3.4. Procedimento de recolha**

Depois de reunidos todos os critérios para a aplicação do instrumento consultou-se pessoalmente cada participante. Foi-lhes explicado informalmente a natureza e objetivos do projeto, e pedido o seu consentimento para posterior participação. Uma vez que os participantes dependem de tutores legais para as suas decisões, antes da aplicação das entrevistas um técnico do centro de atividades ocupacionais (frequentado pelo participante), informou os cuidadores acerca do interesse deste na participação do projeto, para que estes estivessem ocorrentes da situação, e autorizassem a sua participação. Para complementar esta autorização os cuidadores foram convidados a assinar um consentimento informado (anexo B), que fornecia informações sobre o objetivo de estudo, o tipo de procedimento a adotar e a sua duração, a exclusão de qualquer potencial risco associado à sua participação e as vantagens da sua participação nesta temática (e.g., maior conhecimento acerca da educação sexual e conseqüentemente uma melhoria da qualidade de vida desta população). Este consentimento reforçava ainda a questão de a participação ser estritamente voluntária, anónima e confidencial.

As entrevistas ocorreram durante o mês de novembro e dezembro de 2019, com uma duração aproximada de 25 minutos cada uma, a fim de evitar que os participantes ficassem muito cansados, e conseqüentemente desatentos. Posteriormente, recorreu-se à gravação destas entrevistas, de forma a permitir uma transcrição aprofundada e com a maior precisão de detalhes (Opdenakker, 2006).

### **3.5. Procedimento de análise**

Para a análise qualitativa das entrevistas, recorreu-se primeiramente à sua transcrição. Seguidamente, procedeu-se à análise dos dados a partir da técnica de análise de conteúdo, com o objetivo de classificar e categorizar os resultados (Carlomagno & Rocha, 2016), através da criação de um dicionário de categorias (anexo C), para uma melhor compreensão dos diversos temas explorados. Este dicionário apresenta o nome da categoria, o seu significado, e exemplos de ilustrações dados pelos participantes durante as entrevistas.

### 3.6. Resultados

A partir da análise das respostas dos participantes, foram criadas 13 categorias, “conhecimento acerca da sexualidade”, “conhecimento acerca de uma relação sexual”, “conhecimento acerca do que é a intimidade”, “experiência sexual pessoal”, “detalhes de interação social”, “expectativas, receios e sonhos em relação à sexualidade”, “detalhes de interação social”, “expectativas acerca de uma relação sexual”, “caracterização da sua imagem corporal”, “conhecimentos acerca da procriação”, “expectativas acerca da parentalidade”, “relação sexual pessoal”, “impedimentos na sua sexualidade”, “consequências assustadoras na sua sexualidade”, e “sonhos na sua sexualidade”.

Refletindo acerca dos resultados obtidos, verificou-se que os discursos são pouco realistas em relação à sexualidade humana (e.g., muita fantasia, imprecisões, ideias copiadas e coladas), repetidos e reproduzidos a partir de informações transmitidas por alguém (pais, familiares e cuidadores), mas sem serem sentidos ou refletidos pelos entrevistados, e centrados sobre uma componente medicalizada ou profilática da sexualidade (e.g., prevenção de ISTs, prevenção da gravidez, a sexualidade é “não podermos engravidar. É saber o método contraceptivo. É evitar as seringas com sida”). Notou-se que os discursos eram muito fantasiados em relação a práticas sexuais (e.g. muito mecânicos, frios e sem afeto subjacente), e alguma dificuldade e vergonha em partilhar as suas experiências sexuais (vivas ou fantasiadas), masturbação e exploração do corpo, e discursos infantilizados sobre sexualidade (e.g., “quando for adulta posso ter namorado/a”, “quando tiver emprego posso pensar nessas coisas”; “Os bebés fazem-se na cegonha. Mete-se a sementinha”).



## IV. DESENHO DO PROGRAMA

### 4.1. Modelo Teórico de Processo

O desenvolvimento deste programa de intervenção foi realizado tendo como base a revisão da literatura, assim como uma avaliação de necessidades.

Segundo Galea, Butler e Iacono (2004) o conhecimento e as atitudes associadas à sexualidade da pessoa com DID, parecem estar relacionados com a sua qualidade de vida. A Organização Mundial da Saúde (OMS) (2004) acrescenta que estas pessoas devem ter o poder de exercer controlo sobre as suas escolhas a nível sexual e reprodutivo, assim como o acesso a serviços de saúde relacionados. No entanto, segundo Pelleboer-Gunnink et al., (2019) a qualidade dos cuidados providenciados a esta população pode ser afetada pelo estigma associado aos mesmos, sendo que a falta de conhecimento acerca desta população reflete-se em atitudes sociais negativas, baixas expectativas (que resultam em experiências de interação social limitadas e oportunidades reduzidas) (Gilmor & Cuskelly, 2014) assim como mitos acerca da sua sexualidade e privação dos seus direitos (Toomey, 1993). O estigma é um conceito abrangente e resultado da falta de conhecimento, atitudes preconceituosas e comportamentos discriminatórios (Thornicroft et al., 2007). Como forma de esbater o estigma e a discriminação associados à pessoa com DID, e promover o contato e inclusão desta população na comunidade, surge a teoria de contato de Allport (1954) que defende que o contato é visto enquanto ferramenta fundamental para lidar com o estigma e a discriminação, e que o conhecimento e a familiaridade com grupos estigmatizados, irá diminuir atitudes negativas e a hostilidade em relação aos mesmos. Esta ideia é corroborada por McManus et al., (2010) através dos resultados obtidos na sua meta-análise que demonstram que um maior conhecimento e contato com pessoas com DID, estão relacionado com atitudes mais positivas e menos preconceituosas.

Desta forma, para uma intervenção de inclusão de sucesso, deverão ser potenciadas mais oportunidades de contato da população com e sem DID (e.g., através de escolas regulares, locais de trabalho e ambientes comunitários), pois isto irá influenciar a probabilidade de estes deixarem de serem vistos como “diferentes”, traduzindo-se em atitudes sociais mais positivas (Gilmor & Cuskelly, 2014).

Um reflexo do estigma associado à pessoa com DID traduz-se muitas vezes em mitos e

tabus associados à sua sexualidade (Toomey, 1993). Estes mitos ocorrem entre os próprios cuidadores e profissionais (Swango-Wilson, 2008), criando assim uma barreira adicional à experiencição saudável e autónoma da sexualidade por parte destes indivíduos. Assim sendo, como forma de prevenção desta falta de conhecimento e promoção de hábitos saudáveis (Schaafsma, et al., 2017) no que toca ao tema da sexualidade na DID, surge a necessidade de desenvolver programas específicos para esta temática e adaptados a esta população. Segundo a revisão de literatura realizada por Kramers-Olen (2016), os programas de educação sexual na DID aumentam o conhecimento acerca da sexualidade, promovem a capacidade de reconhecer limites e de desenvolver comportamentos sexuais mais seguros. Para além destas vantagens, os programas de educação sexual aumentam o conhecimento relacionado com a saúde sexual e reprodutiva (e.g., Graf, et al., 2018; Lee & Lee, 2018; Raymond & Hutchison, 2019). Tendo como base a pertinência de programas de educação sexual para a promoção de hábitos de vida mais saudáveis, e que priorizem a qualidade de vida da pessoa, surge a necessidade de criar um programa de educação sexual para esta população. Estes programas devem responder às necessidades individuais do indivíduo (McCabe & Seherek, 1992; Brown & McCann, 2019) e permitir que estes explorem a sua sexualidade (Brown & McCann, 2019).

#### **4.2. Modelo Lógico**

A construção do desenho de um modelo lógico, surge enquanto método de construção e avaliação de programas (Cassiolato & Guerresi, 2010). Esta técnica permite compreender o ciclo de vida do programa, através de uma representação sistemática e visual dos seus princípios teóricos, objetivos, atividades planeadas (i.e., ações que são parte intencional e necessárias para a implementação do programa), *outputs* (i.e., serviços fornecidos para os clientes diretos do programa), os recursos necessários para a sua implementação (e.g., humanos, financeiros, organizacionais, comunitários e parcerias), e resultados/*outcomes*, isto é, mudanças/benefícios resultantes das atividades propostas pelo programa (e.g., comportamento, conhecimento e aquisição de competências), sendo que estes encontram-se divididos em curto, médio e longo prazo (McLaughlin & Jordan, 1999; Kellogg Foundation, 2004).

Desta forma, surge a necessidade de elaborar um modelo logico para o presente desenho de projeto, na tentativa de enquadrar a necessidade de desenvolver um programa de educação sexual, alterando atitudes preconceituosas, comportamentos discriminatórios, e capacitando

abordagens que promovam um maior conhecimento em relação à sexualidade da pessoa com DID, e maior contato com estes indivíduos. Este modelo pode ser consultado no anexo D.

### **4.3. Objetivos Gerais**

O presente programa de intervenção tem como objetivos gerais:

- Promover a aquisição de competências, e uma maior sensibilização dos prestadores de cuidados, em questões relativas à sexualidade da população com DID;
- Promover uma melhor intervenção dos profissionais;
- Promover um maior contato com as pessoas com DID;
- Promover a independência, participação social e maior bem-estar da população com DID.

Este programa de intervenção tem como objetivo desenvolver sessões de formação com prestadores de cuidados, profissionais, e adultos com DID, como forma de contribuir para a normalização da diferença, promover os ideais de inclusão social e igualdade de oportunidades na nossa sociedade, e aumentar o *empowerment* da população-alvo, através da construção de dois projetos.

No primeiro projeto pretende-se aumentar o conhecimento dos pais/cuidadores de pessoas com DID, assim como dos profissionais que trabalham com a população-alvo, acerca de questões relacionadas com a sexualidade desta população, e desmistificar crenças e mitos. O segundo projeto tem como objetivo intervir diretamente com a população com DID, como forma de promover o aumento do conhecimento acerca da sua sexualidade, promover uma melhor qualidade de vida, apoiar a expressão da sexualidade e o desenvolvimento de relações íntimas com esta população.

### **4.4. Destinatários**

Com base na análise da revisão da literatura apresentada ao longo desta proposta de programa de intervenção, e dos resultados obtidos durante a avaliação de necessidades, torna-se pertinente focar o projeto I para cuidadores, e profissionais que intervêm com a população-alvo, uma vez que estes têm uma influência fulcral e direta na vida destas pessoas (Brown & McCann, 2019), e são peça fundamental para o desenvolvimento de competências sociais em

indivíduos com DID (e.g., Swango-Wilson, 2008). O projeto II destina-se a adultos com DID, uma vez que estes são ponto central e ativo no seu processo de crescimento pessoal.

Embora a sociedade tenha poucas expectativas em relação às pessoas com DID, promovendo a segregação, discriminação, desigualdades e exclusão desta população (Loja et al., 2011; Santos, 2014), tornou-se pertinente intervir junto daqueles que possam providenciar uma melhor resposta de intervenção, aumentar a qualidade de vida desta população, e promover uma maior inclusão social.

#### **4.5. Programa**

Como forma de cumprir os objetivos supracitados, e de responder ao problema definido, e aos resultados obtidos durante o levantamento de necessidades, desenhou-se um programa composto por dois projetos.

- O primeiro projeto, *Sexualidade: É para todos e sem tabus*, destina-se a pais/cuidadores de pessoas com DID, e profissionais que trabalham com a população-alvo.
- O segundo projeto, *Formação de Competências para a Educação Sexual*, destina-se a adultos com DID.

Os projetos serão desenvolvidos através de um conjunto de atividades, que tiveram como ponto de partida o programa de Lee e Lee (2018), e o programa de Hallgarten et. al., (2010). Estes programas decorreram ao longo de um ano letivo, e a dinamização destas atividades incluem: reflexões em grupo, *role-play*, e discussões de situações-problema. De seguida, serão apresentados os detalhes destes projetos.

## **4.5.1. Projeto I**

### **4.5.1.1. População-alvo**

O projeto I tem como destinatários pais/cuidadores de pessoas com DID, e profissionais que trabalham com a população-alvo.

### **4.5.1.2. Objetivos**

#### Gerais:

- Promoção de novos conhecimentos e competências relacionadas com a sexualidade da pessoa com DID;
- Compreender a perspetiva da pessoa com DID em relação às suas necessidades e desejos sexuais;
- Promover a saúde sexual e desenvolver uma visão positiva da sexualidade na DID.

#### Específicos:

- Desmistificar preconceitos, estereótipos e mitos associados à sexualidade da pessoa com DID;
- Promover um maior contato com pessoas com DID;
- Promover uma maior inclusão social;
- Potenciar uma melhor intervenção baseada nas necessidades, individualidade e expectativas destes indivíduos.

### **4.5.1.3. Atividades**

O projeto I intitulado como: *Sexualidade - É para todos e sem tabus*, deverá ser implementado ao longo de um ano letivo, de acordo com as atividades propostas. As sessões deverão ser organizadas pela equipa responsável do projeto, que envolverão de forma ativa os participantes, procurando situações-problema, promovendo discussões saudáveis e momentos de reflexão que convidem os intervenientes a encontrar soluções, e a aplicar o que foi aprendido.

#### **4.5.1.3.1. Sexualidade - É para todos e sem tabus**

A implementação deste projeto terá como destinatários pais/cuidadores de pessoas com DID, assim como profissionais que intervêm com esta população, através de ações de formação, durante um ano letivo.

A primeira fase deste programa, decorrerá durante 5 meses, e dedicar-se-á ao seu delineamento e preparação. Inclui a definição dos objetivos, a elaboração e composição dos conteúdos a abordar em cada sessão, assim como a organização das respetivas atividades, e divulgação do programa, através do contato com diversos centros de atividades ocupacionais, da área metropolitana de Lisboa. A segunda fase deste projeto focar-se-á na implementação do programa, através de sessões dinamizadas e implementadas por um orador responsável pelo projeto, prevendo-se uma duração de 2 horas para cada sessão, com exceção da última sessão que terá a duração de 1 hora. Desta forma, serão desenvolvidas 7 sessões (anexo E). A primeira sessão, destinada à introdução ao programa da sexualidade, terá como objetivo apresentar o programa, incluindo enquadramento, objetivos e resultados esperados, através da exposição destes tópicos. Seguidamente, pretende-se avaliar o nível de conhecimento dos participantes acerca da sexualidade na DID, explorar os conceitos de sexualidade e de saúde sexual, assim como consequências da promoção da educação sexual. No final desta sessão, serão entregues panfletos e será feita a apresentação de um *website* de caráter informativo acerca das questões da sexualidade na DID. A segunda sessão focará os direitos humanos, com o objetivo de compreender como é que os participantes percecionam o conceito de direitos humanos, e posterior identificação dos mesmos, com recurso à Declaração Universal dos Direitos Humanos, a Associação Mundial de Saúde Sexual, e da Carta dos Direitos Sexuais e Reprodutivos. A terceira sessão tem como objetivo focar a sexualidade e os seus mitos em relação à pessoa com DID, através da sensibilização para a importância da educação sexual, a exploração dos motivos que poderão desencadear a dificuldade na expressão sexual (mitos e medos comuns), a desmistificação de estereótipos e preconceitos, e através da análise dos papéis parentais e postura do profissionais enquanto barreira ou suporte na promoção da educação sexual dos seus filhos/clientes. A quarta sessão, abordará o tema da orientação sexual, com o objetivo de promover o desenvolvimento da empatia, do pensamento crítico, e correção da desinformação. A quinta sessão, dedicada aos comportamentos sexuais de risco, tem como objetivo trabalhar a prevenção dos mesmos, e apresentar dados estatísticos acerca das consequências da desinformação na área da educação sexual (e.g., vulnerabilidade ao abuso sexual; gravidez precoce; ISTs). A penúltima sessão, tem como objetivo trabalhar o

comportamento sexual, através da identificação correta da sua expressão, e da capacitação dos participantes para a normalização da existência e necessidade das fantasias sexuais e da pornografia. A última sessão será dedicada à conclusão da formação, terá como objetivo refletir acerca dos tópicos abordados, e das competências adquiridas, através da discussão de ideias. Será também entregue a cada participante um manual com todo o conteúdo das sessões.

A última fase deste programa, será dedicada à sua avaliação, a qual será abordada com maior detalhe durante o capítulo V.

#### **4.5.1.4. Stakeholders**

Pessoas externas - Centros de atividades ocupacionais, clínica de acompanhamento psicológico.

Pessoas internas – equipa responsável do projeto e participantes.

#### **4.5.1.5. Recursos**

Para a concretização e funcionamento deste projeto, serão necessários diversos recursos. Relativamente aos recursos humanos, este projeto contará com um orador formado na área das ciências sociais, responsável por preparar e dinamizar cada sessão, sendo este acompanhado sempre que necessário, por um orador especialista em língua gestual. Será também necessário, um diretor técnico transversal a ambos os projetos, formado na área das ciências sociais e responsável pela intervenção indireta (i.e., desenho do projeto, discussão de ideias com os oradores, responsável pelas reuniões de equipa, e coordenação dos objetivos entre os dois projetos). Será também necessário um técnico informático, responsável pela criação, manutenção e atualização do *website*. Será fulcral um técnico da área de gestão de recursos humanos, responsável pelo processamento salarial e outras questões burocráticas. Para a implementação do projeto serão necessárias infraestruturas, como uma sala ampla, que permita acolher todos os participantes, e a respetiva dinamização das sessões. Este espaço deverá conter mobiliário, como um quadro, cadeiras e mesas, permitindo o conforto dos participantes durante as sessões. Será necessário material de desgaste como: folhas A4, canetas e garrafas de água. Quanto ao material tecnológico será necessário um computador com ligação à internet, um projetor, colunas de áudio e um microfone.

#### **4.5.1.6. Outputs**

Para que se atinjam os resultados definidos, este projeto contará com um total de 7 sessões, e o envolvimento dos participantes (entre 6 e 10).

Serão estabelecidas parcerias com os centros de atividades ocupacionais, os quais deverão fornecer o espaço para a implementação do programa, assim como uma parceria com uma clínica que forneça acompanhamento psicológico. Este acompanhamento apenas deverá acontecer em situações pontuais, sempre que o participante se encontre em situações de *stress*.

Para avaliar o impacto do projeto, este contará com 2 fases de avaliação. A primeira fase refere-se à avaliação das competências adquiridas, através da aplicação de um questionário ao grupo de controlo e ao grupo experimental, antes e depois da implementação do projeto. A outra fase é relativa à avaliação da formação, que contará com a aplicação de um questionário, no final de cada sessão, e posterior elaboração de um relatório final.

Como forma de manter estas aquisições, será fornecido a cada participante um manual com os temas abordados durante a formação, e um panfleto de caráter informativo acerca de questões da sexualidade na DID, que focará sucintamente os principais temas abordados. Também será disponibilizado um *website* relativo à população e à temática, que terá como um dos seus objetivos a partilha de testemunhos reais dos participantes deste projeto.

#### **4.5.1.7. Cronograma**

O cronograma relativo a este projeto, pode ser consultado no anexo F.

#### **4.5.1.8. Outcomes**

Com a implementação deste projeto espera-se que ocorram os seguintes resultados:

##### Curto-prazo:

- Reconhecimento da sexualidade enquanto parte integrante da vida.
- Reconhecimento da sexualidade como um direito humano.
- Compreensão das principais causas e consequências da desinformação.

##### Médio-prazo:



- Compreensão das dificuldades vivenciadas pela população com DID em relação à sua sexualidade.

Longo-prazo:

- Redução de preconceitos, comportamentos discriminatórios e tabus em relação à sexualidade desta população.
- Promoção do contato com pessoas com DID.
- Promoção de mecanismos de resiliência e de adaptação à pressão social.
- Capacitação na abordagem de questões acerca da sexualidade nesta população, e potencializar uma melhor intervenção baseada nas necessidades, individualidade, e expectativas destes indivíduos.

## **4.5.2. Projeto II**

### **4.5.2.1. População-alvo**

O projeto II tem como destinatários adultos com DID.

### **4.5.2.2. Objetivos**

#### Gerais:

- Promoção da participação ativa do indivíduo em temas que ele valoriza, explicando o direito a uma vida afetiva e os benefícios de experienciar uma sexualidade saudável;
- Discussão deste tema promovendo uma perspectiva sem tabus;
- Redução de potenciais sentimentos depressivos e de solidão, e melhorar a autoestima e a autoimagem do indivíduo.

#### Específicos:

- Promoção de competências de autoconfiança e autoeficácia;
- Promoção de conhecimento acerca do contato físico e sexualidade;
- Promoção do desenvolvimento pessoal e autodeterminação;
- Promoção da inclusão social, relações interpessoais e direitos;
- Promoção do bem-estar físico e emocional.

### **4.5.2.3. Atividades**

O projeto II sob o título: *Formação de competências para a Educação Sexual*, deverá ser implementado ao longo de um ano letivo, de acordo com as atividades propostas. As sessões deverão ser organizadas por dois oradores da equipa responsável do projeto. Estas sessões envolverão de forma ativa os participantes, procurando situações-problema, discussões saudáveis e momentos de reflexão que convidem os intervenientes a encontrar soluções, e a aplicar o que foi aprendido.

#### **4.5.2.3.1. Formação de competências para a Educação Sexual**

A implementação deste projeto terá como destinatários adultos com diagnóstico de DID, através de ações de formação para a aquisição de competências para a educação sexual, durante um ano letivo.

A primeira fase de implementação deste programa, decorrerá durante 5 meses, e dedicar-se-á ao seu delineamento e preparação. Inclui a definição dos objetivos, a elaboração e composição dos conteúdos a abordar em cada sessão, assim como a organização das respetivas atividades, e divulgação do programa, através do contato com diversos centros de atividades ocupacionais, da área metropolitana de Lisboa. A segunda fase deste projeto, irá focar a implementação do programa, através de sessões dinamizadas e implementadas por dois oradores responsáveis pelo projeto, prevendo-se uma duração de 1 hora para cada sessão, a fim de evitar que os participantes fiquem muito cansados, e consequentemente desatentos (Lee & Lee, 2018).

Serão desenvolvidas 14 sessões (anexo G). A primeira sessão, destinada à introdução do tema da educação sexual, tem como objetivos compreender a opinião dos participantes acerca da implementação de um programa de sexualidade. A segunda sessão, tem como objetivo abordar o tema dos direitos humanos. Primeiramente será interpretado o conceito que os participantes têm acerca dos direitos humanos, e de seguida será feita a sua identificação com recurso à Declaração Universal dos Direitos Humanos, a Associação Mundial de Saúde Sexual, e da Carta dos Direitos Sexuais e Reprodutivos. A terceira sessão, tem como objetivo permitir que os participantes identifiquem os aspetos referentes à sua imagem corporal que mais apreciam, promovendo o pensamento crítico. A quarta sessão tem como objetivo promover o desenvolvimento da empatia, e do pensamento crítico, acerca do tema da orientação sexual. A quinta e sexta sessão terão como objetivos trabalhar a prevenção de comportamentos de risco, a tomada de decisões conscientes na área da saúde sexual, e a prevenção de gravidezes precoces. A sétima sessão foca o tema dos métodos contraceptivos, com o objetivo de explorar a sua importância, como forma de promoção de competências de tomada de decisão. A oitava e nona sessão, terão como objetivos trabalhar o comportamento sexual, através da identificação de informações corretas e erradas, acerca da forma como devem expressar o seu comportamento sexual, compreensão de comportamentos certos e errados, e normalizar a existência e necessidade de fantasias sexuais e pornografia. A décima sessão, focar-se-á na escolha e a

coação sexual, com o objetivo de que os participantes reconheçam escolhas sexuais voluntárias, e de coação sexual, explicando que têm o direito de dizer “não” ao sexo. A décima primeira e décima segunda sessão, terão como objetivos abordar o tema do desenvolvimento de relações interpessoais, com o objetivo de promover relações (através da autodeterminação e da comunicação). A penúltima sessão terá como objetivo prevenir relações abusivas e violência no namoro, e promover relações com base no respeito. A última sessão será dedicada à conclusão da formação, tendo como objetivo refletir acerca dos tópicos abordados e as competências adquiridas, através da discussão de ideias. Será também entregue a cada participante um manual com todo o conteúdo das sessões. A última fase deste programa, será dedicada à sua avaliação, a qual será abordada com maior detalhe durante o capítulo V.

#### **4.5.2.4. Stakeholders**

Pessoas externas - Centros de atividades ocupacionais, clínica de acompanhamento psicológico.

Pessoas internas – equipa responsável do projeto e participantes.

#### **4.5.2.5. Recursos**

Para a concretização e funcionamento deste projeto, serão necessários diversos recursos. Relativamente aos recursos humanos, este projeto contará com dois oradores, um deles formado na área das ciências sociais, responsável por preparar e dinamizar cada sessão, o outro (transversal a ambos os projetos), especialista em língua gestual. Será também necessário, um diretor técnico transversal a ambos os projetos, formado na área das ciências sociais e responsável pela intervenção indireta (e.i., desenho do projeto, discussão de ideias com os oradores, responsável pelas reuniões de equipa, e coordenação dos objetivos entre os dois projetos). Será fulcral um técnico da área de gestão de recursos humanos (transversal a ambos os projetos), responsável pelo processamento salarial e outras questões burocráticas. Para a implementação do projeto serão necessárias infraestruturas, como uma sala ampla, que permita acolher todos os participantes, e a respetiva dinamização das sessões. Este espaço deverá conter mobiliário, como um quadro, cadeiras e mesas, permitindo o conforto dos participantes durante as sessões. Será necessário material de desgaste como: folhas A4, canetas e garrafas de água.

Quanto ao material tecnológico será necessário um computador com ligação à Internet, um projetor, colunas de áudio e um microfone.

#### **4.5.2.6. Outputs**

Para que se atinjam os resultados definidos, este projeto contará com um total de 14 sessões, e o envolvimento dos participantes (entre 6 e 10), para a promoção de discussão e desenvolvimento de competências que promovam o *empowerment* do indivíduo.

Serão estabelecidas parcerias com os centros de atividades ocupacionais, os quais deverão fornecer o espaço para a implementação do programa, assim como uma parceria com uma clínica que forneça acompanhamento psicológico. Este acompanhamento apenas deverá acontecer em situações pontuais, sempre que o participante se encontre em situações de *stress*.

Para avaliar o impacto do projeto, este contará com 2 momentos de avaliação. O primeiro momento refere-se à avaliação das competências adquiridas, através da aplicação de um questionário ao grupo de controlo e ao grupo experimental, antes e depois da implementação do projeto. O segundo momento é relativo à avaliação da formação, que contará com a aplicação de um questionário, no final de cada sessão, e posterior elaboração de um relatório final.

Como forma de manter estas aquisições, será fornecido um panfleto de caráter informativo acerca de questões da sexualidade, que focará sucintamente os principais temas abordados. Também será disponibilizado um *website* relativo à população e à temática, que terá como um dos seus objetivos a partilha de testemunhos reais dos participantes deste projeto.

#### **4.5.2.7. Cronograma**

O cronograma relativo a este projeto, pode ser consultado no anexo H.

#### **4.5.2.8. Outcomes**

Com a implementação deste projeto espera-se que ocorram os seguintes resultados:

##### Curto-prazo:

- Reconhecimento da sexualidade enquanto parte integrante da vida.
- Reconhecimento da sexualidade como um direito humano.

- Compreensão de comportamentos de risco.
- Promoção de hábitos saudáveis.
- Promoção do conhecimento acerca do contato físico e da sexualidade.
- Compreensão das necessidades, expectativas, receios e sonhos desta população em relação à sexualidade.

#### Médio-prazo:

- Redução de potenciais sentimentos depressivos e de solidão, e melhorar a autoestima e a autoimagem do indivíduo.

#### Longo-prazo:

- Capacitação na abordagem de questões acerca da sexualidade nesta população.
- Criação de um ambiente seguro e acessível para abordagem e discussão do tema.
- Promoção do desenvolvimento pessoal, da autodeterminação, da inclusão social, das relações interpessoais, dos direitos, e do bem-estar físico e emocional.

#### **4.6. Riscos/ Limitações**

Durante a implementação de projetos em construção, poderão surgir potenciais riscos e limitações de várias fontes que afetem o seu desenvolvimento e a sua implementação. A identificação e reflexão dos mesmos surge enquanto fator crítico na gestão do projeto, pois permite identificar e analisar os riscos associados, melhorar os processos de gestão, fazer uso eficaz dos seus recursos, e materializar os seus objetivos em termos de tempo, custo, qualidade e segurança (Banaitiené, et al., 2011). Desta forma, procurou-se identificar potenciais limitações e riscos, que poderão pôr em causa o sucesso deste projeto, prevenindo-os com possíveis soluções.

Uma primeira limitação deste projeto poderá ser a falta de adesão por parte dos participantes, por incompatibilidade de horários, vergonha/constrangimento em abordar o tema, por pensarem que já têm conhecimento suficiente, ou ao estigma e preconceito associados à sexualidade nesta população. Referente à incompatibilidade de horários este problema poderá ser mais prevalente no projeto I, visto que as sessões terão de acontecer em regime pós-laboral, e nem todos os participantes poderão ter disponibilidade. Como sugestão, as sessões poderão acontecer ao sábado, visto ser um dia que geralmente tem menos obrigações laborais. No que

concerne à vergonha/constrangimento em abordar o tema, este problema poderá estar presente em ambos os projetos, visto ser ainda um tema considerado *tabu*. Como solução, propõe-se uma pequena nota introdutória que explique a importância da temática, tanto na perspetiva da pessoa com DID, como do prestador de cuidados. Referente à ideia de que já se tem conhecimento suficiente, o estigma e preconceito sobre a temática, este problema poderá ser mais prevalente no projeto I, surgindo como possível solução uma nota introdutória com o objetivo de normalizar a aquisição destas competências. Será pertinente contar com o apoio de algum profissional do centro de atividades ocupacionais que tenha uma relação próxima com os familiares, de forma a esbater estes receios.

Outra possível causa para a falta de adesão por parte dos participantes poderá estar relacionada com questões religiosas, onde crenças sobre o tema se sobrepõem à necessidade de adquirir novo conhecimento. Esta causa poderá estar presente em ambos os projetos, parecendo bastante complicado encontrar uma solução, com os reduzidos recursos humanos que o projeto dispõe.

A falta de motivação por parte dos participantes do projeto, poderá traduzir-se numa limitação. Participantes que não estejam tão motivados poderão não estar dispostos a aprender ou até mesmo a não serem assíduos, algo que se poderá verificar em ambos os projetos. Atitudes estas que terão consequências nefastas nos *outputs* pretendidos. Como forma de contornar esta possível limitação, as sessões contarão com uma forma dinâmica de expor os conteúdos, havendo a promoção de situações de discussão, *role-play*, jogos e debates, onde cada participante (desde que confortável) possa participar e expor as suas questões e ideias. Caberá ao orador criar um *setting* seguro para a troca de opiniões, reforçando que não existem respostas certas ou erradas.

Outra limitação transversal aos dois projetos poderá ser a disponibilidade de espaços. Estas sessões de grupo serão realizadas em centros de atividades ocupacionais, e outros espaços cedidos por entidades parceiras (e.g., juntas de freguesia), ao longo do decorrer do projeto. Por este projeto acontecer ao longo de 10 meses, é possível que estas sessões coincidam com outros eventos, impossibilitando a sua concretização, sendo necessário encontrar uma outra opção, junto de outros parceiros interessados no projeto.

Atendendo à atual realidade social e económica do país, o financiamento do projeto poderá estar em causa ou ser cortado durante a sua execução, impedido a continuidade de todos os participantes. Como possível forma de contornar esta limitação, poderão ser feitas várias candidaturas a diferentes projetos sociais (com financiamento privado ou público), como o Instituto de Emprego e Formação Profissional, EDP Solidária e Bancos (montepio, CTT...), de

forma a reforçar a importância da temática na sociedade em geral, e utilizando substrato científico para corroborar tais afirmações.

Outra limitação poderá residir no seio da realidade política, uma vez que visões políticas mais extremistas e conservadoras poderão repudiar ideias referentes à sexualidade. Estas visões políticas poderão afetar a implementação de ambos os projetos a vários níveis, desde constrangimentos na cedência de espaços públicos ou financiamento integral, a situações mais extremas como a proibição da abordagem do tema, independentemente da justificação científica dos mesmos.

A linguagem deste programa deverá ser acessível a todos, havendo especial preocupação em encontrar o ponto de equilíbrio entre a linguagem simples, mas que simultaneamente não seja demasiado informal ou infantil, reforçando a importância destes conhecimentos, como parte integrante da vida adulta. Esta problemática poderá ser mais visível no projeto II, atendendo ao diagnóstico dos participantes. Uma possível solução para a promoção de uma linguagem acessível a todos, poderá passar pelo recurso a imagens ilustrativas, peças dramáticas, vídeos, e até um dicionário de conceitos.



## V. AVALIAÇÃO DO PROGRAMA

A avaliação de programas consiste num conjunto de ferramentas que permitem avaliar a sua eficácia, determinar se este é necessário e provável de ser usado, se responde às necessidades dos participantes, se os objetivos propostos foram atingidos, e delimitar novas estratégias que visem maximizar lucros e aumentar os benefícios (Posavac, E., 2018; Rosemberg, 2001).

A avaliação deste programa será dividida em duas partes. Na primeira parte pretende-se descrever como será o processo avaliativo do grupo de controlo e do grupo experimental de cada projeto, durante o pré e pós-teste. Na segunda parte pretende-se descrever como será feito o processo avaliativo das sessões, e de toda a formação.

### Avaliação das competências adquiridas

A avaliação de cada um destes projetos contará com um desenho quasi-experimental, através de um pré e pós-teste, com dois grupos: um grupo experimental, que participará no programa, e um grupo de controlo, constituído por pessoas designadas aleatoriamente. Este método irá permitir analisar a necessidade de experimentação como ferramenta na avaliação do programa, perceber as mudanças que ocorreram na ausência de intervenção (caso existam), e sugerir novas estratégias para lidar com certas limitações e possíveis melhorias (Posavac, E., 2018). Desta forma, antes do início do programa ambos os grupos serão avaliados (i.e., grupo experimental e grupo de controlo), e novamente após a conclusão do mesmo. Os resultados obtidos serão comparados como forma de explicar estatisticamente se a implementação deste programa trouxe novas competências aos participantes.

Antes da implementação do projeto, tanto o grupo experimental como o grupo de controlo do projeto I, serão avaliados através do questionário *Attitudes to Sexuality Questionnaire* (ASQ-ID; Cuskelly & Bryde, 2004). Este questionário é de tipo *Likert*, e tem como objetivo avaliar atitudes em relação à expressão sexual de pessoas com DID, através da avaliação de 8 dimensões da sexualidade – parentalidade, educação sexual, esterilização; masturbação, casamento, relacionamentos pessoais, interação sexual e sentimentos sexuais.

Relativamente ao projeto II, tanto o grupo experimental como o grupo de controlo do projeto II, serão avaliados através da escala *Socio-Sexual Knowledge and Attitudes test- revised* (sskaat-r; Griffiths, D., & Lunsby, Y., 2003), de forma a estabelecer um nível de conhecimento base que será utilizado para comparar os *outputs* do programa.. Esta escala é de aplicação

individual, tendo como objetivo avaliar as atitudes e conhecimentos sociais e sexuais, através da avaliação de 7 dimensões da sexualidade - autonomia, corpo feminino, corpo masculino, intimidade, gravidez, controlo de natalidade e ISTs e limites.

Este processo avaliativo será replicado após a conclusão de todas as sessões, sendo que os dados recolhidos irão servir para aferir se os participantes adquiriram novas competências.

### Avaliação das Sessões

A avaliação das sessões deste programa será dividida em duas partes, uma parte por projeto. No primeiro projeto será tido em conta o *feedback* dos prestadores de cuidados de pessoas com DID, assim como os profissionais que trabalham com a população-alvo. No segundo projeto será tido em conta o *feedback* dos indivíduos com DID.

O projeto I será avaliado com base num relatório final, conseguido através da compilação de todos os relatórios de cada sessão preenchidos pelo orador (anexo I). Este relatório deverá focar o cumprimento dos objetivos, os tópicos que geraram mais e menos participação, e possíveis observações), e questionários de satisfação preenchidos pelos participantes, no final de cada sessão (anexo J). Este questionário será confidencial, e focará os tópicos e interações mais e menos valorizadas pelo participante, assim como possíveis alterações. No final da formação, os participantes serão convidados a preencher um questionário onde avaliam globalmente a sua experiência relativa à sua experiência.

O projeto II será também avaliado através de um relatório final, conseguido através da compilação de todos os relatórios de cada sessão preenchidos pelo orador (anexo I), e questionários de satisfação preenchidos pelos participantes (anexo K). Tal como no projeto I, o orador será convidado a preencher um relatório sucinto acerca de cada sessão (que deverá focar o cumprimento dos objetivos, os tópicos que geraram mais e menos participação, e possíveis observações). Com o objetivo de avaliar o decorrer de cada sessão, os participantes também serão convidados a preencher um sucinto questionário, que será confidencial, relativo à sua experiência naquela sessão. Este modo de avaliação visará perceber qual o feedback sobre a sessão e potenciar a participação ativa do indivíduo. No final do programa, os participantes serão convidados a participar numa discussão final, com o objetivo de perceber constrangimentos, pontos fortes e pontos a melhorar na formação em questão.

## VI. CONCLUSÕES E DISCUSSÃO DO TRABALHO

O tema da sexualidade surge enquanto necessidade para o desenvolvimento humano e enquanto processo de normalização e inclusão social. Segundo o modelo da QdV de Schalock, et al. (2002) para que o indivíduo possa usufruir de uma vida plena e com qualidade, terá de satisfazer todos os seus domínios. No entanto, apesar do enquadramento teórico apresentado ao longo deste trabalho, demonstrar que as pessoas com DID têm as mesmas necessidades e desejos que as pessoas sem DID (e.g., Shakespeare, 2000), ainda existe um grande estigma no que toca ao tema da sexualidade, traduzindo-se num desafio devido aos confrontos de valores sociais, e ao tabu, refletindo-se muitas vezes na inibição plena dos seus direitos humanos. Sendo que o estigma está positivamente relacionado com o mal-estar psicológico e negativamente com a qualidade de vida (Jahoda & Markova, 2004). O cenário português mostra que existe pouco investimento na área de investigação sobre a sexualidade na DID, e que estas pessoas experienciam diariamente barreiras físicas e sociais, discriminação, desigualdades, vergonha de identidade, culpa individual, medidas de remediação e fraca politização e cidadania (Loja et al., 2011). Desta forma, o presente trabalho de projeto pretende apresentar uma proposta de um programa de intervenção sobre questões da sexualidade na DID, tendo presente as principais limitações e sugestões dos diversos programas de promoção da sexualidade e da saúde sexual já existentes.

Para o desenho deste projeto de programa de intervenção, primeiramente foi realizada uma avaliação de necessidades, através de um estudo qualitativo, que contou com uma amostra de 6 participantes com diagnóstico prévio de DID. Este estudo foi realizado através de entrevistas individuais com cada um dos participantes, tendo como principais objetivos compreender as expectativas, os receios, os sonhos, e as experiências com a sexualidade da população com DID. Os resultados vão ao encontro da literatura, pois os participante revelaram pouco conhecimento acerca do tema da sexualidade, inclusive dos seus direitos sexuais, pouca experiência sexual, e constrangimento em abordar o tema (McCabe & Schreck, 1992; McCabe, 1999; O’Callaghan & Murphy, 2007; Baines, et al., 2018).

Atendendo a estes resultados, procedeu-se ao desenho do programa de intervenção composto por dois projetos. O primeiro projeto intitulado como – *Sexualidade: é para todos e sem tabus*, tem como população-alvo pais/cuidadores de pessoas com DID e profissionais que trabalham com a população-alvo, uma vez que estes são peça fundamental para o desenvolvimento de competências sociais em indivíduos com DID (e.g., Swango-Wilson,

2008), pelo que a promoção destas competências irá permitir uma maior facilidade e eficácia na transmissão de novos conhecimentos aos seus filhos/clientes (Jan & Večeřová, 2018). Este projeto tem como objetivos promover novos conhecimentos e competências relacionadas com a sexualidade e a saúde sexual, compreender a perspetiva da pessoa com DID em relação às suas necessidades e desejos sexuais, desmistificar preconceitos e estereótipos associados à sexualidade da pessoa com DID, potenciar uma melhor intervenção baseada nas necessidades, individualidade e expectativas destes indivíduos, e de uma forma indireta, promover uma melhor comunicação entre os prestadores de cuidados, criando uma rede de suporte informal. O segundo projeto intitulado como - *Formação de competências para a educação sexual*, tem como população-alvo adultos com DID, sendo estes um ponto central e ativo no seu processo de crescimento pessoal. Este projeto tem como objetivos promover a participação ativa do indivíduo em temas que ele valoriza, explicando o direito a uma vida afetiva e os benefícios de experienciar uma sexualidade saudável, promover competências de autoconfiança e autoeficácia, o conhecimento acerca do contato físico e sexualidade, desenvolvimento pessoal e autodeterminação, inclusão social, relações interpessoais e direitos e promoção do bem-estar físico e emocional. O desenho destes dois projetos contou com uma avaliação de programas nacionais e internacionais já existentes tendo como ponto de partida algumas sugestões de diversos autores (e.g., Lee & Lee, 2018; Hallgarten et. al., 2010).

Para a implementação deste projeto de intervenção será necessário ter em conta as limitações apresentadas durante o capítulo IV. Trabalhos futuros deverão considerar uma maior amostra na avaliação das necessidades, uma vez que para este desenho, a amostra foi bastante reduzida devido ao estado de pandemia vivenciado. Será igualmente pertinente incluir os prestadores de cuidados na avaliação das necessidades, sendo estes um ponto focal e catalisador de mudança e na procura de melhor qualidade de vida da população-alvo. Será também necessário o desenvolvimento de mais conteúdo científico que revele a eficácia dos programas nesta temática, através da avaliação do seu impacto a médio e longo-prazo, e da sua reformulação através dos dados obtidos (Loja et al., 2011), assim como a validação de instrumentos adaptados, que forneçam dados relativamente às aquisições dos programas aplicados.

O desenvolvimento deste projeto pretende contribuir para a normalização da diferença, promover os ideais de inclusão social e igualdade de oportunidades na nossa sociedade, desmitificar preconceitos e estereótipos, promover o conhecimento da sexualidade, do contato físico, do desenvolvimento pessoal, a autodeterminação, a inclusão social, as relações

interpessoais, os direitos, e o bem-estar físico e emocional, e o enriquecimento do ponto de vista científico e social.

Espera-se que esta dissertação tenha elencado os presentes desafios que a população com DID vivencia diariamente, não só na experiência da sua sexualidade, mas também na vivência pela dos seus direitos. Cabe assim a cada indivíduo esbater estas barreiras, na constante procura de uma sociedade mais justa e inclusiva.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aunos, M., & Feldman, M. A. (2002). Attitudes towards sexuality, sterilization and parenting rights of persons with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 15(4), 285-296. <https://doi.org/10.1046/j.1468-3148.2002.00135.x>
- Addlakha, R. (2007). How young people with disabilities conceptualize the body, sex and marriage in urban India: Four case studies. *Sexuality and disability*, 25(3), 111-123. <https://doi.org/10.1007/s11195-007-9045-9>
- Ali, A., Hassiotis, A., Strydom, A., & King, M. (2012). Self-stigma in people with intellectual disabilities and courtesy stigma in family carers: A systematic review. *Research in developmental disabilities*, 33(6), 2122-2140. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.06.013>
- Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice*. (25). Boston, Massachusetts: Addison Wesley Publishing Company. Disponível em: [https://faculty.washington.edu/caporaso/courses/203/readings/allport\\_Nature\\_of\\_prejudice.pdf](https://faculty.washington.edu/caporaso/courses/203/readings/allport_Nature_of_prejudice.pdf)
- American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. (2008). Frequently asked questions on intellectual disability and the AAIDD definition. Disponível em: [https://www.aaidd.org/docs/default-source/sisdocs/aaiddfaqonid\\_template.pdf?sfvrsn=9a63a874\\_2](https://www.aaidd.org/docs/default-source/sisdocs/aaiddfaqonid_template.pdf?sfvrsn=9a63a874_2)
- American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, AAIDD. (2020). Disponível em: <http://www.aaidd.org/intellectual-disability/definition>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5<sup>th</sup> ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Banaitienė, N., Banaitis, A., & Norkus, A. (2011). Risk management in projects: peculiarities of Lithuanian construction companies. *International Journal of Strategic Property Management*, 15(1), 60–73. <https://doi.org/10.3846/1648715x.2011.568675>
- Baines, S., Emerson, E., Robertson, J., & Hatton, C. (2018). Sexual activity and sexual health among young adults with and without mild/moderate intellectual disability. *BMC Public Health*, 18(1), 667. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5572-9>

- Bornman, J., & Rathbone, L. (2016). A sexuality and relationship training program for women with intellectual disabilities: A social story approach. *Sexuality and Disability*, 34(3), 269-288. <https://doi.org/10.1007/s11195-016-9450-z>
- Buljevac, M., Milić Babić, M., & Leutar, Z. (2020). 'You Don't Have to Tell Me in Person I'm Not to Your Liking': Experiences of Discrimination of People with Intellectual Disabilities. *International Journal of Disability, Development and Education*, 1-16. <https://doi.org/10.1080/1034912X.2020.1736522>
- Buntinx, W. H., & Schalock, R. L. (2010). Models of disability, quality of life, and individualized supports: Implications for professional practice in intellectual disability. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 7(4), 283-294. <https://doi.org/10.1111/j.1741-1130.2010.00278.x>
- Block, P. (2002). Sexuality, parenthood, and cognitive disability in Brazil. *Sexuality and Disability*, 20(1), 7-28. <https://doi.org/10.1023/A:1015230303621>
- Brown, I., & Schalock, L. (2009). Quality of life: Its application to persons with intellectual disabilities and their families—Introduction and overview. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 6(1), 2-6. <https://doi.org/10.1111/j.1741-1130.2008.00202.x>
- Brown, M., & McCann, E. (2019). The views and experiences of families and direct care support workers regarding the expression of sexuality by adults with intellectual disabilities: A narrative review of the international research evidence. *Research in developmental disabilities*, 90, 80-91. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2019.04.012>
- Carta de Direitos Sexuais e Reprodutivos da Federação Internacional de Planeamento Familiar. (2009). Direitos sexuais: uma declaração da IPPF. Disponível em: [http://www.apf.pt/sites/default/files/media/2015/direitos\\_sexuais\\_ippf.pdf](http://www.apf.pt/sites/default/files/media/2015/direitos_sexuais_ippf.pdf)
- Cassiolato, M., & Guerresi, S. (2010). Como elaborar modelo lógico: roteiro para formular programas e organizar avaliação. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/5810>
- Carlomagno, M. C., & da Rocha, L. C. (2016). Como criar e classificar categorias para fazer análise de conteúdo: uma questão metodológica. *Revista Eletrônica de Ciência Política*, 7(1), 173-188. <https://doi.org/10.5380/recp.v7i1.45771>



- Corona, L. L., Fox, S. A., Christodulu, K. V., & Worlock, J. A. (2016). Providing education on sexuality and relationships to adolescents with autism spectrum disorder and their parents. *Sexuality and Disability*, 34(2), 199-214. <https://doi.org/10.1007/s11195-015-9424-6>
- Cuskelly, M., & Gilmore, L. (2007). Attitudes to Sexuality Questionnaire (Individuals with an Intellectual Disability): Scale development and community norms. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 32(3), 214-221. <https://doi.org/10.1080/13668250701549450>
- Chrastina, J., & Večeřová, H. (2020). Supporting sexuality in adults with intellectual disability — a short review. *Sexuality and Disability* 38(2), 285-298. <https://doi.org/10.1007/s11195-018-9546-8>
- Claes, C., Van Hove, G., Vandavelde, S., van Loon, J., & Schalock, R. (2012). The influence of supports strategies, environmental factors, and client characteristics on quality of life-related personal outcomes. *Research in developmental disabilities*, 33(1), 96-103. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.08.024>
- da Silva, M. O. E., & Coelho, F. S. (2014). Da deficiência mental à dificuldade intelectual e desenvolvimental. *Revista Lusófona de Educação*, 28, 163-180.
- Decreto-Lei nº 60/2009 de 6 de agosto de 2009. Diário da República nº 151/2009, Série I de 2009-08-06
- Ditchman, N., Werner, S., Kosyluk, K., Jones, N., Elg, B., & Corrigan, P. W. (2013). Stigma and intellectual disability: Potential application of mental illness research. *Rehabilitation Psychology*, 58(2), 206-216. <https://doi.org/10.1037/a0032466>
- Dukes, E., & McGuire, B. E. (2009). Enhancing capacity to make sexuality-related decisions in people with an intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(8), 727-734. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2009.01186.x>
- Fulford, C., & Cobigo, V. (2018). Friendships and intimate relationships among people with intellectual disabilities: A thematic synthesis. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 31(1), 18-35. <https://doi.org/10.1111/jar.12312>
- Frank, K., & Sandman, L. (2019). Supporting Parents as Sexuality Educators for Individuals with Intellectual Disability: The Development of the Home BASE Curriculum. *Sexuality and Disability*, 37(3), 329-337. <https://doi.org/10.1007/s11195-019-09582-7>

- Galea, J., Butler, J., & Iacono, T. (2004). The assessment of sexual knowledge in people with intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 29(4), 350–365. [doi:10.1080/13668250400014517](https://doi.org/10.1080/13668250400014517)
- Gardiner, T., & Braddon, E. (2009). ‘A Right to Know’. Facilitating a relationship and sexuality programme for adults with intellectual disabilities in Donegal. *British Journal of Learning Disabilities*, 37(4), 327-329. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3156.2009.00591.x>
- Gilmore, L., & Chambers, B. (2010). Intellectual disability and sexuality: Attitudes of disability support staff and leisure industry employees. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 35(1), 22–28. <https://doi.org/10.3109/13668250903496344>
- Gilmore, L., & Cuskelly, M. (2014). Vulnerability to Loneliness in People with Intellectual Disability: An Explanatory Model. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 11(3), 192–199. [doi:10.1111/jppi.12089](https://doi.org/10.1111/jppi.12089)
- Gougeon, A. (2009). Sexuality education for students with intellectual disabilities, a critical pedagogical approach: outing the ignored curriculum. *Sex Education: Sexuality, Society and Learning*, 9(3), 277-291. <https://doi.org/10.1080/14681810903059094>
- Gomez, M. T. (2012). The S words: Sexuality, sensuality, sexual expression and people with intellectual disability. *Sexuality and Disability*, 30(2), 237-245. <https://doi.org/10.1007/s11195-011-9250-4>
- González, C., Fernández-Sogorb, A., Sanmartín, R., Vicent, M., Granados, L., & García-Fernández, J. M. (2018). Efficacy of Sex Education Programs for People with Intellectual Disabilities: A Meta-Analysis. *Sexuality and Disability*, 36(4), 331-347. <https://doi.org/10.1007/s11195-018-9545-9>
- Graff, H. J., Moyher, R. E., Bair, J., Foster, C., Gorden, M. E., & Clem, J. (2018). Relationships and Sexuality: How is a Young Adult with an Intellectual Disability Supposed to Navigate?. *Sexuality and Disability*, 36(2), 175-183. <https://doi.org/10.1007/s11195-017-9499-3>
- Group, T. W. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social science & medicine*, 46(12), 1569-1585. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00009-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00009-4)

- Hallgarten, L. (2010). It's all one curriculum: Guidelines and activities for a unified approach to sexuality, gender, HIV, and human rights education. *Reproductive Health Matters*, 18(36), 191-193. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(10\)36522-0](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(10)36522-0)
- Hannabuss, S. (1996). Research interviews. *New Library World*, 97(1129), 22–30. <https://doi.org/10.1108/03074809610122881>
- Harris, J. C. (2013). New terminology for mental retardation in DSM-5 and ICD-11. *Current opinion in psychiatry*, 26(3), 260-262. <https://doi.org/10.1097/yco.0b013e32835fd6fb>
- Jahoda, A., & Markova, I. (2004). Coping with social stigma: People with intellectual disabilities moving from institutions and family home. *Journal of intellectual disability research*, 48(8), 719-729. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2003.00561.x>
- Keilty, J., & Connelly, G. (2001). Making a Statement: An exploratory study of barriers facing women with an intellectual disability when making a statement about sexual assault to police. *Disability & Society*, 16(2), 273–291. <https://doi.org/10.1080/09687590120035843>
- Kempton, W., & Kahn, E. (1991). Sexuality and people with intellectual disabilities: A historical perspective. *Sexuality and disability*, 9(2), 93-111. <https://doi.org/10.1007/BF01101735>
- Koller, R. (2000). Sexuality and adolescents with autism. *Sexuality and Disability*, 18(2), 125-135. <https://doi.org/10.1023/A:1005567030442>
- Kramers-Olen, A. (2016). Sexuality, intellectual disability, and human rights legislation. *South African Journal of Psychology*, 46(4), 504-516. <https://doi.org/10.1177/0081246316678154>
- Lee, G. Y., & Lee, D. Y. (2019). Effects of a life skills-based sexuality education program on Korean early adolescents. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 47(12), 1-11. <https://doi.org/10.2224/sbp.8600>
- Levasseur, M., Desrosiers, J., & Tribble, D. S.-C. (2007). Comparing the Disability Creation Process and International Classification of Functioning, Disability and Health Models. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 74(5), 233–242. <https://doi.org/10.1177/000841740707405s02>
- Loja, E., Costa, E., & Menezes, I. (2011). Views of disability in Portugal: “fado” or “citizenship”?. *Disability & Society*, 26(5), 567–581. <https://doi.org/10.1080/09687599.2011.589191>

- Maulik, P. K., Mascarenhas, M. N., Mathers, C. D., Dua, T., & Saxena, S. (2011). Prevalence of intellectual disability: A meta-analysis of population-based studies. *Research in Developmental Disabilities, 32*(2), 419–436. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2010.12.018>
- Merrells, J., Buchanan, A., & Waters, R. (2019). “We feel left out”: Experiences of social inclusion from the perspective of young adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability, 44*(1), 13-22. <https://doi.org/10.3109/13668250.2017.1310822>
- Morato, P., & Furtado, S. (2001). Sexualidade em Adolescentes com T21: Vivências, Necessidades e Interesses. *Revista de Educação Especial e Reabilitação, 8*(1), 19-42.
- Morato, P., & Santos, S. (2007). Dificuldades intelectuais e desenvolvimentais. A mudança de paradigma na concepção da deficiência mental. *Revista de Educação Especial e Reabilitação, 14*(1), 51-55.
- Morato, P., & Santos, S. (2012). Acertando o passo! Falar de deficiência mental é um erro: deve falar-se de dificuldade intelectual e desenvolvimental (DID). Porquê?. *Revista Brasileira de Educação Especial, 18*(1), 3-16. <https://doi.org/10.1590/S1413-65382012000100002>
- McCabe, M. P., & Schreck, A. (1992). Before sex education: An evaluation of the sexual knowledge, experience, feelings and needs of people with mild intellectual disabilities. *Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities, 18*(2), 75–82. <https://doi.org/10.1080/07263869200034831>
- McCabe, M. P. (1999). Sexual knowledge, experience and feelings among people with disability. *Sexuality and Disability, 17*(2), 157-170. <https://doi.org/10.1023/A:1021476418440>
- McLaughlin, J. A., & Jordan, G. B. (1999). Logic models: a tool for telling your programs performance story. *Evaluation and Program Planning, 22*(1), 65–72. [doi:10.1016/s0149-7189\(98\)00042-1](https://doi.org/10.1016/s0149-7189(98)00042-1)
- Macleod, A., & McCabe, M. P. (2020). Defining sexuality in later life: A systematic review. *Australasian Journal on Ageing, 39*(1), 6–15. <https://doi.org/10.1111/ajag.12741>
- Martin, J., Riazi, H., Firoozi, A., & Nasiri, M. (2020). A sex education program for teachers of preschool children: a quasi-experimental study in Iran. *BMC Public Health, 20*, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08826-y>

- McManus, J. L., Feyes, K. J., & Saucier, D. A. (2010). Contact and knowledge as predictors of attitudes toward individuals with intellectual disabilities. *Journal of Social and Personal Relationships*, 28(5), 579–590. [doi:10.1177/0265407510385494](https://doi.org/10.1177/0265407510385494)
- Murphy, G. H., & O'Callaghan, A. (2004). Capacity of adults with intellectual disabilities to consent to sexual relationships. *Psychological Medicine*, 34(7), 1347-1357. <https://doi.org/10.1017/S0033291704001941>
- Murphy, G. H. & O'Callaghan, A. (2007). Sexual relationships in adults with intellectual disabilities: understanding the law. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(3), 197-206. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2006.00857.x>
- Nota, L., Soresi, S., & Perry, J. (2006). Quality of life in adults with an intellectual disability: the evaluation of quality of life instrument. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(5), 371-385. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2006.00785.x>
- Observatório da Deficiência e Direitos Humanos, ODDH. (2017). Pessoas com Deficiência em Portugal - Indicadores de Direitos Humanos 2019, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da universidade de Lisboa. Disponível em: <http://oddh.iscsp.ulisboa.pt/index.php/pt/2013-04-24-18-50-23/publicacoes-dos-investigadores-oddh/item/347-relatorio-oddh-2017>
- Observatório da Deficiência e Direitos Humanos, ODDH. (2019). Pessoas com Deficiência em Portugal - Indicadores de Direitos Humanos 2019, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da universidade de Lisboa. Disponível em: <http://oddh.iscsp.ulisboa.pt/index.php/pt/2013-04-24-18-50-23/publicacoes-dos-investigadores-oddh/item/442-relatorio-oddh-2019>
- O'Callaghan, A. C., & Murphy, G. H. (2007). Sexual relationships in adults with intellectual disabilities: Understanding the law. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(3), 197-206. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2006.00857.x>
- O'Keefe, J., Buytaert, W., Mijic, A., Brozovic, N., Sinha, R. (2016). The use of semi-structured interviews for the characterisation of farmer irrigation practices. *Hydrology and Earth System Sciences*, 20(5), 1911–1924. <https://doi.org/10.5194/hess-20-1911-2016>

- Opdenakker, R. (2006). Advantages and disadvantages of four interview techniques in qualitative research. *Forum qualitative sozialforschung/forum: Qualitative social research*, 7(4). <https://doi.org/10.17169/fqs-7.4.175>
- Paquette, G., Dion, J., Tremblay, K. N., Tourigny, M., Hélie, S., Bouchard, J., & Matteau, S. (2017). Differences between sexually abused children with and without intellectual disabilities. *Journal International De Victimologie*, 34(14), 29-39.
- Pelleboer-Gunnink, H. A., Van Oorsouw, W. M., Van Weeghel, J., & Embregts, P. J. (2019). Stigma research in the field of intellectual disabilities: a scoping review on the perspective of care providers. *International Journal of Developmental Disabilities*, 1-20. [10.1080/20473869.2019.1616990](https://doi.org/10.1080/20473869.2019.1616990)
- Peskin, M. F., Shegog, R., Markham, C. M., Thiel, M., Baumler, E. R., Addy, R. C., ... & Emery, S. T. (2015). Efficacy of It's Your Game-Tech: A computer-based sexual health education program for middle school youth. *Journal of Adolescent Health*, 56(5), 515-521. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.01.001>
- Posavac, E. (2018). *Program evaluation: Methods and case studies* (9<sup>th</sup> ed.). Routledge, Londres: Taylor and Francis Group. <https://doi.org/10.4324/9781315102429>
- Raymond, N. M., & Hutchison, A. N. (2019). A pilot test of the effectiveness of an integrated sex positive education program. *American Journal of Sexuality Education*, 14(3), 315-341. <https://doi.org/10.1080/15546128.2019.1584870>
- Rodrigo, A., Santos, S., & Gomes, F. (2016). A qualidade de vida das pessoas com Dificuldade Intelectual com necessidade de apoios permanentes: a validade de conteúdo da versão Portuguesa da Escala de San Martín. *Research and Networks in Health*, 2, 1-9.
- Rosemberg, F. (2001). Avaliação de programas, indicadores e projetos em educação infantil. *Revista Brasileira de Educação*, 16, 19-26. <https://doi.org/10.1590/S1413-24782001000100003>
- Salvador-Carulla, L., & Bertelli, M. (2007). “Mental Retardation” or “Intellectual Disability”: Time for a Conceptual Change. *Psychopathology*, 41(1), 10– 16. <https://doi.org/10.1159/000109950>
- Santos, S. (2014). Adaptive behaviour on the Portuguese curricula: A comparison between children and adolescents with and without intellectual disability. *Creative Education*, 5(07), 501. <https://doi.org/10.4236/ce.2014.57059>

- Simões, C., & Santos, S. (2013). Qualidade de vida na dificuldade intelectual e desenvolvimental: operacionalização do conceito na intervenção. *Revista da Educação Especial e Reabilitação*, 20, 41-57.
- Simões, C., & Santos, S. (2016). The Impact of Personal and Environmental Characteristics on Quality of Life of People with Intellectual Disability. *Applied Research in Quality of Life*, 12(2), 389-408. <https://doi.org/10.1007/s11482-016-9466-7>
- Scior, K., Hamid, A., Hastings, R., Werner, S., Belton, C., Laniyan, A., ... & Kett, M. (2016). Consigned to the margins: A call for global action to challenge intellectual disability stigma. *The Lancet Global Health*, 4(5), 294-295. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(16\)00060-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(16)00060-7)
- Schaafsma, D., Kok, G., Stoffelen, J. M. T., & Curfs, L. M. G. (2017). People with intellectual disabilities talk about sexuality: implications for the development of sex education. *Sexuality and disability*, 35(1), 21-38. <https://doi.org/10.1007/s11195-016-9466-4>
- Schalock, R. L., Verdugo, M. A., & Braddock, D. L. (2002). Handbook on quality of life for human service practitioners. *Washington, DC: American Association on Mental Retardation*.
- Schalock, R. L., Luckasson, R. A., & Shogren, K. A. (2007). The Renaming of Mental Retardation: Understanding the Change to the Term Intellectual Disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 45(2), 116–124. [https://doi:10.1352/1934-9556\(2007\)45\[116:tromru\]2.0.co:2](https://doi:10.1352/1934-9556(2007)45[116:tromru]2.0.co:2)
- Schalock, R. L. (2015). Intellectual Disability. *The Encyclopedia of Clinical Psychology*, 1, 1–7. <https://doi.org/10.1002/9781118625392.wbecp062>
- Shakespeare, T. (2000). Disabled Sexuality: Toward Rights and Recognition. *Sexuality and Disability*, 18(3), 159–166. <https://doi.org/10.1023/A:1026409613684>
- Shea, S. E. (2012). Intellectual Disability (Mental Retardation). *Pediatrics in Review*, 33(3), 110–121. <https://doi.org/10.1542/pir.33-3-110>
- Szollos, A. A., & McCabe, M. P. (1995). The sexuality of people with mild intellectual disability: Perceptions of clients and caregivers. *Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities*, 20(3), 205-222. <https://doi.org/10.1080/07263869500035561>
- Swango-Wilson, A. (2008). Caregiver perception of sexual behaviors of individuals with intellectual disabilities. *Sexuality and disability*, 26(2), 75-81. <https://doi.org/10.1007/s11195-008-9071-2>

- Toomey, J. F. (1993). Final report of the Bawnmore Personal Development Programme: Staff attitudes and sexuality programme development in an Irish service organisation for people with mental handicap. *Research in developmental disabilities, 14*(2), 129-144. [https://doi.org/10.1016/0891-4222\(93\)90016-D](https://doi.org/10.1016/0891-4222(93)90016-D)
- Thornicroft, G., Rose, D., & Kassam, A. (2007). Discrimination in health care against people with mental illness. *International Review of Psychiatry, 19*(2), 113-122. <https://doi.org/10.1080/09540260701278937>
- Trudel, G., Desjardins, G. (1992). Staff reactions toward the sexual behaviours of people living in institutional settings. *Sexuality and Disability 10*(3), 173-188. <https://doi.org/10.1007/BF01102283>
- Vanwesenbeeck, I., Westeneng, J., de Boer, T., Reinders, J., & van Zorge, R. (2016). Lessons learned from a decade implementing Comprehensive Sexuality Education in resource poor settings: The World Starts With Me. *Sex Education, 16*(5), 471-486. <https://doi.org/10.1080/14681811.2015.1111203>
- Verdugo, M. A., Schalock, R. L., Keith, K. D., & Stancliffe, R. J. (2005). Quality of life and its measurement: Important principles and guidelines. *Journal of intellectual disability research, 49*(10), 707-717. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2005.00739.x>
- Werner, S., Corrigan, P., Ditchman, N., & Sokol, K. (2012). Stigma and intellectual disability: A review of related measures and future directions. *Research in developmental disabilities, 33*(2), 748-765. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.10.009>
- Wilkinson, V. J., Theodore, K., & Raczka, R. (2015). "As normal as possible": Sexual identity development in people with intellectual disabilities transitioning to adulthood. *Sexuality and Disability, 33*(1), 93-105. <https://doi.org/10.1007/s11195-014-9356-6>
- World Association for Sexual Health, WAS. (2014). Declaration of sexual rights. Disponível em: <https://worldsexualhealth.net/wp-content/uploads/2013/08/Declaration-of-Sexual-Rights-2014-plain-text.pdf>
- World Health Organization (WHO). (2004). Progress in reproductive health research. *Geneva: World Health Organization, 65*. Disponível em: [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/lancet\\_1.pdf](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/lancet_1.pdf)



- World Health Organization, WHO. (2011). World report on disability 2011. World Health Organization. Disponible em: [https://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/report.pdf](https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf)
- World Health Organization. (2015). *Sexual health, human rights and the law*. World Health Organization. Disponible em: [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/sexual-health-human-rights-law/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sexual-health-human-rights-law/en/)
- W. K. Kellogg Foundation. (2004). Logic model development guide: Using logic models to bring together planning, evaluation, and action. Battle Creek, MI: Author. Disponible em: <https://www.wkkf.org/resource-directory/resources/2004/01/logic-model-development-guide>
- Yıldız, G., & Cavkaytar, A. (2017). Effectiveness of a sexual education program for mothers of young adults with intellectual disabilities on mothers: attitudes toward sexual education and the perception of social support. *Sexuality and Disability*, 35(1), 3-19. <https://doi.org/10.1007/s11195-016-9465-5>



## **Anexo A – Guião de Entrevista para os participantes para avaliação de necessidades**

### **Introdução**

O que entendes por sexualidade?

O que entendes por relação sexual?

O que é para ti a intimidade?

Já tiveste alguma experiência sexual?

Onde? Importas-te de a descrever?

Com quem é que costumavas falar sobre este tema?

### **Expetativas**

Como é que mostras que estás interessado(a) em alguém?

Como é que percebes que alguém está interessado(a) em ti?

O que é tu esperas que aconteça numa relação sexual?

O que achas do teu corpo?

O que gostas mais nele?

O que gostas menos?

Como é que se fazem bebés?

Imaginas-te a ter filhos? Ser pai/ mãe? Porquê ou porque não?

Com quem gostavas de ter uma relação sexual?

Achas que é importante ter uma vida sexual? Porquê?

### **Receios**

O que é que te impede de ter a vida sexual que gostarias? (e.g. pessoa; coisas que disseram; crenças)

O que é que te assusta quando pensas na tua sexualidade?

De que forma é que tocar no teu corpo pode ser uma coisa boa ou assustadora?

### **Sonhos**

Tens algum sonho sobre sexualidade?

Que sonhos tens em relação à tua sexualidade?

Como gostarias que fosse a tua vida amorosa?

## **Anexo B - CONSENTIMENTO INFORMADO**

O presente estudo surge no âmbito da Unidade Curricular de Dissertação em Psicologia Comunitária, pertencente ao Mestrado em Psicologia Comunitária, Proteção de Crianças e Jovens em Risco a decorrer no **ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa**. Este estudo incide sobre o tema da Sexualidade em Adultos com Dificuldade Intelectual e Desenvolvidamental e pretende fazer o levantamento das suas expectativas, receios e sonhos, e experiências com a sexualidade.

Durante este projeto serão planeadas e implementadas entrevistas individuais com cada cliente, com um conjunto de perguntas abertas e que poderá durar cerca de 25 minutos. Neste sentido, venho pedir a sua autorização para a realização de entrevistas individuais, bem como a sua autorização para a gravação áudio para posterior transcrição da informação. Esta gravação apenas será utilizada em contexto do presente trabalho, sendo destruída no final da sua materialização.

Não existem riscos significativos expectáveis associados à participação no estudo. Ainda que possa não beneficiar diretamente com a participação no estudo, as suas respostas vão contribuir para um maior conhecimento desta área científica, promovendo um maior conhecimento acerca da educação sexual e conseqüentemente uma melhoria da Qualidade de Vida desta população.

A participação do cliente neste estudo é estritamente **voluntária**: pode escolher participar ou não participar. Se escolher participar, pode interromper a participação em qualquer momento sem ter de prestar qualquer justificação. Para além de voluntária, a participação é também **anónima** e **confidencial**. Os dados destinam-se apenas a tratamento qualitativo e nenhuma resposta será analisada ou reportada individualmente. Em nenhum momento do estudo precisa de se identificar e apenas excertos não identificados das entrevistas serão apresentados como exemplo.

Caso necessite de qualquer esclarecimento adicional, poderá contactar-me através do endereço eletrónico: [cafns1@iscte-iul.pt](mailto:cafns1@iscte-iul.pt)

Agradeço antecipadamente a sua disponibilidade e colaboração.

Face a estas informações, por favor indique se aceita participar no estudo:

ACEITO

NÃO ACEITO

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## Anexo C – Dicionário de Categorias

### Expetativas, Receios e Sonhos dos participantes em relação à sexualidade

<b>Categoria</b>	<b>Significado</b>	<b>Exemplo de excertos</b>
Conhecimento acerca da sexualidade	Formas de definir a sexualidade	<i>“Eu nunca estive com ninguém, por isso é que não entendo nada sobre isso”; “Só sei que através de uma amizade forte vem o laço do amor”; “É não engravidar”; “É evitar as seringas com sida”; “É esgalhar o pessegueiro”; “Na cama... a fazer amor”.</i>
Conhecimento acerca de uma relação sexual	Formas de caracterizar uma relação sexual	<i>“Nada”; “Eu sou bué tímido para falar disso”; “é quando a pila dum gajo entra na vossa vagina”; “Fazer sexo para ter filhos”; “É quando estão muito apaixonados e gostam um do outro”.</i>
Conhecimento acerca do que é a intimidade	Formas de definir e caracterizar intimidade e o seu surgimento	<i>“É respeitar o espacinho das pessoas”; “Não sei o que é que é isso”; “Coisas privadas”; “É tipo tu dizeres palavras que me tocam: tipo amor, paixão... pronto... filhos”; “Surge quando o casal se ama e os dois tentam se relacionar tipo amor com alma”.</i>

Experiências sexuais

Relatos de qualquer experiência sexual, incluindo a sua existência ou inexistência, bem como a sua caracterização

*“Já”; “Não. Digamos que eu sou incógnito. Não entendo nada do que é essa coisa”; “Não, eu tenho esse cuidado”.*

*“Saltei pela janela para ir ao quarto dele, depois ele despiu-me e fizemos amor”; “A primeira vez quando fomos para o arbusto aqui dentro da escola. Foi horrível! Apanharam-nos”; “Primeiro foi com a língua... lambe a pachacha. Depois abri as pernas dela e fiz aquilo... fazer sexo. Meti a pilinha no pipi”*

---

### Expetativas

---

Detalhs de interação social

Formas de expressar o seu interesse noutra pessoa, assim como perceber se a outra pessoa está interessada em si

*“Tem de ser com as palavras”; “Eu nunca me interessei por alguém”; “Quem escolhe é a minha mãe e a minha irmã para ter essa vontade na vida sexual”; “Não sei mesmo porque eu nunca tive em interação com uma mulher”; “Pelo coração”; “Aproximar mais da pessoa, sair mais com a pessoa, conversar mais com a pessoa e... e... e tratar bem a pessoa”.*

*“Esse alguém tem de querer mesmo o que eu quero e á hora que eu quero”; “Pelos olhares. Querer estar mais comigo, sair mais comigo e conviver”.*

Expetativas acerca de uma relação sexual	Expetativas acerca do que é esperado que aconteça numa relação sexual	<i>“Amor”; “Namorar ou casar”; “Beijar, se aproximar...”; “Eu nunca ameí ninguém assim na minha vida”; “Respeito”; “Desejo”; “Gemidos”; “fazer sexo”; “Ter filhos”.</i>
Caracterização do seu autoconceito	Relatos acerca da satisfação com a sua imagem corporal, assim como aspetos que mudaria	<i>“Estou! Tenho maminhas, tenho aquela parte das meninas quando já estamos adultas da parte da adolescência”; “(Abana a cabeça a dizer que não). Tenho muitos pêlos no peito e nas mamas. Quero ter pipi... mamas”</i>
Conhecimentos acerca da procriação	Concetualização de como é que se fazem os bebés	<i>“É engravidar”; “É ele fazer amor comigo”; “a pila do homem tem de entrar na vagina da mulher”; “É na cegonha ou então mete-se na sementinha. Na barriga da mãe”; “Pelo esperma do homem no buraco do rabo da mulher”; “Dentro dos ovários”; “É fazer sexo. O pénis vai para o pipi”; “Não sei”.</i>
Expetativas acerca da parentalidade	Relatos sobre expetativas de parentalidade, isto é, se se imagina a ter filhos, a ser pai/mãe	<i>“Sim, porque eu adoro crianças”; “Imagino, até já tenho um nome”; “Não. Só sobrinhos! Nunca ter filhos! Só sobrinhos”</i>
Relação sexual pessoal	Idealização acerca de com quem gostaria de ter uma relação sexual	<i>“Com o meu namorado”; “Com uma rapariga... uma qualquer”; “Com ninguém. Quero primeiro arranjar um emprego antes de ter uma vida sexual com alguém”.</i>



---

### Receios

---

Impedimentos na sua sexualidade

Relatos acerca de impedimentos vivenciados na expressão da sexualidade, incluindo crenças e questões culturais.

*“a epilepsia”*; *“Tinha medo do meu filho nascer morto ou nascer doente”*; *“Não deixavam, porque lá da residência é só duas raparigas do mesmo quarto ou dois rapazes no mesmo quarto”*; *“o problema é que está lá a minha mãe, e na casa de lisboa é só rapazes”*.

Consequências assustadoras

Consequências assustadoras quando o participante pensa na sua sexualidade

*“Enervo-me”*; *“Assusto-me. Por causa dos ataques. Tenho medo que venha aí a epilepsia e isso tudo”*; *“Sim. Tenho medo de que me façam mal”*.

---

### Sonhos

---

Sonhos

Sonhos e aspirações dos participantes em relação à sua sexualidade

*“Ir-me embora daqui”*; *“ter o meu namorado perto de mim e os dois irmos passear”*; *“Ter um filhote”*; *“Ser feliz. Arranjar um emprego”*; *“Tirar a pilinha, pôr o pipi e depois as mamas”*; *“Não sei responder a isso muito bem”*.

---

### Anexo D – Modelo Lógico

Problema	Recursos	Atividades	Outputs	Outcomes
<p>Pessoas com DID apresentam maiores desigualdades sociais, maiores comportamentos discriminatórios e preconceituosos, e segregação e exclusão social (Loja et al., 2011; Merrells et al., 2019) Buljevac et al., 2020).</p> <p>População com DID, apresenta menor conhecimento acerca dos seus direitos sexuais, menor experiência sexual, maior vulnerabilidade ao abuso sexual e atitudes mais negativas em relação à sexualidade (McCabe &amp; Schreck, 1992; McCabe, 1999; O’Callaghan &amp; Murphy, 2007; Baines, et al., 2018).</p>	<p><b>Humanos:</b> 2 oradores formados na área das ciências sociais; 1 orador em língua gestual; 1 diretor técnico; 1 técnico informático; 1 técnico da área de gestão de recursos humanos.</p> <p><b>Infraestruturas:</b> Salas amplas.</p> <p><b>Mobiliário:</b> mesas; cadeiras.</p> <p><b>Material de desgaste:</b> Folhas A4; canetas;</p>	<p><b>Projeto I</b>  <u>População-alvo:</u> Pais/cuidadores de pessoas com DID.  Profissionais que trabalham com a população-alvo.  <u>Atividade:</u> Sexualidade: É para todos e sem tabus!</p> <p>Sessões em grupo e <i>role-play</i>, discussões de situações-problema.</p> <p><b>Projeto II</b>  <u>População-alvo:</u> Adultos com DID.  <u>Atividade:</u> Formação de Competências para a Educação Sexual.</p> <p>Sessões em grupo e <i>role-play</i>.</p>	<p><b>Projeto I</b></p> <p>Número de sessões planeadas;  Número de participantes envolvidos;  Parcerias com centros de atividades ocupacionais;  Parcerias com clínicas de intervenção psicológica;  Avaliação e resumo das sessões num relatório final;  Partilha de testemunhos dos participantes em vídeo promocional;  Manual de diretrizes para abordagem deste tema para pais e profissionais;  <i>Website</i> relativo à população e à temática;  Panfleto impresso e em formato digital, com caráter informativo acerca de questões de sexualidade na DID.</p> <p><b>Projeto II</b></p> <p>14 sessões de desenvolvimento de competências que promovam o <i>empowerment</i> do indivíduo em relação à sexualidade;</p>	<p><b>Projeto I</b></p> <p><u>Curto-prazo:</u> Reconhecimento da sexualidade enquanto parte integrante da vida.  Reconhecimento da sexualidade como um direito humano.  Compreensão das principais causas e consequências da desinformação.</p> <p><u>Médio-prazo:</u> Compreensão das dificuldades vivenciadas pela população com DID em relação à sua sexualidade.</p> <p><u>Longo-prazo:</u> Redução de preconceitos, comportamentos discriminatórios e tabus em relação à sexualidade desta população.  Promoção do contato com pessoas com DID.  Promoção de mecanismos de resiliência e de adaptação à pressão social.  Capacitação na abordagem de questões acerca da sexualidade nesta população, e potenciar uma melhor intervenção baseada nas necessidades, individualidade, e expectativas destes indivíduos.</p>

<p>Necessidade de desenvolver um programa de educação sexual para pais/cuidadores de pessoas com DID, assim como para os respectivos profissionais e a própria população-alvo.</p>	<p>garrafas de água; panfletos. <b>Material tecnológico:</b> Computador; projetor; ligação à internet; colunas de áudio; microfone, quadro.</p>		<p>Número de participantes envolvidos; Avaliação e resumo das sessões num relatório final com uma linguagem adaptada a todos; Parcerias com centros de atividades ocupacionais; Livrete e vídeo com caráter informativo de promoção de boas práticas.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Projeto II</b></p> <p><u>Curto-prazo:</u> Reconhecimento da sexualidade enquanto parte integrante da vida. Reconhecimento da sexualidade como um direito humano. Compreensão de comportamentos de risco. Promoção de hábitos saudáveis. Promoção do conhecimento acerca do contato físico e da sexualidade. Compreensão das necessidades, expectativas, receios e sonhos desta população em relação à sexualidade.</p> <p><u>Médio-prazo:</u> Redução de potenciais sentimentos depressivos e de solidão, e melhorar a autoestima e a autoimagem do indivíduo.</p> <p><u>Longo-prazo:</u> Capacitação na abordagem de questões acerca da sexualidade nesta população. Criação de um ambiente seguro e acessível para abordagem e discussão do tema. Promoção do desenvolvimento pessoal, da autodeterminação, da inclusão social, das relações interpessoais, dos direitos, e do bem-estar físico e emocional.</p>
--	---	--	---	--

**Anexo E - Planificação das ações de formação Sexualidade: É para todos e sem tabus.**

<b>Sessão</b>	<b>Duração</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Atividades</b>	<b>Estratégias</b>	<b>Recursos</b>
<b>Sessão 1 – Introdução ao programa da Sexualidade</b>	2h	Apresentação, enquadramento, objetivos e resultados esperados do programa;	Exposição da apresentação enquadramento, objetivos e resultados esperados do programa;	Expositivo	<b>Humanos:</b> Orador do projeto.
		Avaliar o nível de conhecimento dos participantes acerca da sexualidade na DID;	Preenchimento do questionário;	Reflexão	<b>Infraestruturas:</b> Sala ampla.
		Explorar os conceitos de sexualidade e de saúde sexual, e as consequências da promoção da educação sexual;	Desenvolvimento de uma atividade em conjunto com o orador, com o objetivo de explorar as consequências da promoção da educação sexual;	Dinâmica em grupo	<b>Material:</b> mesas; cadeiras; folhas A4; canetas; material informativo; garrafas de água; panfletos; Computador; projetor; ligação à internet.
		Entrega de panfletos e apresentação de <i>website</i> com caráter informativo acerca de questões da sexualidade.	Discussão em grupo.	Discussão de ideias	

<p><b>Sessão 2 - Direitos Humanos</b></p>	<p>2h</p> <p>Descrição do conceito de direitos humanos dos participantes;</p> <p>Identificação dos vários direitos humanos básicos, e correção da desinformação.</p>	<p>Formação de pequenos grupos, onde os participantes são convidados a elaborar uma lista de direitos que gostariam de ter para um novo país imaginário;</p> <p>Debate e reflexão sobre as respostas, através da Declaração Universal dos Direitos Humanos, da Associação Mundial de Saúde Sexual, e da Carta de Direitos Sexuais e Reprodutivos.</p>	<p>Expositivo</p> <p>Dinâmica em grupo</p> <p>Situação-problema</p>	<p><b>Humanos:</b> Orador do projeto.</p> <p><b>Infraestruturas:</b> Sala ampla.</p> <p><b>Material:</b> mesas; cadeiras; folhas A4; canetas; material informativo; garrafas de água; computador; projetor; ligação à internet.</p>
<p><b>Sessão 3 – A sexualidade e os seus mitos</b></p>	<p>2h</p> <p>Sensibilizar para a importância da educação sexual na DID;</p> <p>Explorar os motivos que dificultam a expressão sexual: mitos e medos comuns;</p> <p>Desmistificar estereótipos e preconceitos;</p> <p>Análise dos papéis parentais e postura do profissional enquanto barreira ou suporte na promoção da educação sexual dos filhos/clientes.</p>	<p>Discussão em grupo baseada na visualização de um vídeo com relatos/testemunhos reais (nacionais e internacionais), acerca dos mitos e medos comuns na promoção da sexualidade;</p> <p>É pedido aos participantes que simulem uma situação (<i>role-play</i>), em que os seus filhos/clientes lhes pedem para ter relações sexuais/ ajuda na compra de métodos contraceptivos/ falar da sua experiência sexual, com o objetivo de consolidar os conteúdos abordados.</p>	<p>Reflexão</p> <p>Dinâmica em grupo</p> <p>Discussão de ideias</p> <p><i>Role-play</i></p>	<p><b>Humanos:</b> Orador do projeto.</p> <p><b>Infraestruturas:</b> Sala ampla.</p> <p><b>Material:</b> mesas; cadeiras; folhas A4; canetas; material informativo; garrafas de água; computador; projetor; ligação à internet.</p>

<b>Sessão 4 – Orientação Sexual</b>	2h	Promoção do desenvolvimento de empatia, pensamento crítico, e correção da desinformação.	Formação de pequenos grupos, para a atividade de leitura em grupo de 2 cenários - A História de Nia e A História de Lee (p.64), do livro de Hallgarten (2010), que abordam questões de orientação sexual, com o objetivo de discutir sentimentos, experiências e reações;  Discussão em grupo.	Reflexão  Dinâmica em grupo  Discussão de ideias	<b>Humanos:</b> Orador do projeto.  <b>Infraestruturas:</b> Sala ampla.  <b>Material:</b> mesas; cadeiras; folhas A4; canetas; material informativo; garrafas de água; computador; projetor; ligação à internet.
<b>Sessão 5 – Comportamentos de Risco</b>	2h	Prevenção de comportamentos sexuais de risco;  Apresentação de dados estatísticos acerca das consequências da desinformação na área da educação sexual.	Desenvolvimento de uma atividade em grupo, com recurso à leitura de diversas situações-problema, com o objetivo de abordar questões que envolvam comportamentos de risco e promover o debate.  Apresentação e discussão em grupo acerca dos dados estatísticos partilhados.	Dinâmica em grupo  Discussão de ideias	<b>Humanos:</b> Orador do projeto. <b>Infraestruturas:</b> Sala ampla. <b>Material:</b> mesas; cadeiras; folhas A4; canetas; material informativo; garrafas de água; computador; projetor; ligação à internet.

<p><b>Sessão 6 - Comportamento Sexual</b></p>	<p>2h</p>	<p>Preparar os participantes para a identificação correta de expressão do comportamento sexual;</p> <p>Capacitar os participantes para a normalização da existência e necessidade das fantasias sexuais e da pornografia.</p>	<p>Desenvolvimento de uma atividade onde os participantes são convidados a preencher uma folha que contém diversas frases (e.g., fantasias sexuais, pornografia, masturbação), com as opções “verdade” ou “falso”, permitindo a discussão de ideias, e identificação correta do comportamento sexual, corrigindo toda a desinformação;</p> <p>Partilha de experiências.</p>	<p>Discussão de ideias</p> <p>Dinâmica em grupo</p>	<p><b>Humanos:</b> Orador do projeto.</p> <p><b>Infraestruturas:</b> Sala ampla.</p> <p><b>Material:</b> mesas; cadeiras; folhas A4; canetas; material informativo; garrafas de água; computador; projetor; ligação à internet.</p>
<p><b>Sessão 7 – Sessão Final</b></p>	<p>1h</p>	<p>Conclusão da formação <i>Sexualidade: É para todos e sem tabus.</i></p> <p>Refletir sobre os tópicos abordados;</p> <p>Entregar 1 manual com todo o conteúdo das sessões.</p>	<p>Reflexão sobre os tópicos abordados na formação e competências adquiridas: partilha de sugestões e constrangimentos;</p> <p>Entrega de manual com todo o conteúdo das sessões.</p>	<p>Reflexão</p> <p>Discussão de ideias</p>	<p><b>Humanos:</b> Orador do projeto.</p> <p><b>Infraestruturas:</b> Sala ampla.</p> <p><b>Material:</b> mesas; cadeiras; garrafas de água; computador; projetor; ligação à internet.</p>

### Anexo F - Cronograma do projeto I

Ano letivo 2020/2021										
Actividades/Meses	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Meses seguintes
<i>Sexualidade: É para todos e sem tabus.</i>										
Divulgação	■	■	■	■	■					
Desenvolvimento						■	■	■	■	
Avaliação						■	■	■	■	■



## Anexo G - Planificação das ações de formação de Competências para a Educação Sexual

Sessão	Duração	Objetivos	Atividades	Estratégias	Recursos
<b>Sessão 1 – Educação sexual</b>	1h	Perceção da opinião dos participantes acerca da implementação de um programa de sexualidade.	Desenvolvimento de uma atividade, com recurso a um novelo de lã, que permita aos participantes descreverem as suas expectativas, impedimentos e desejos sobre a educação sexual, com o objetivo de promover o seu debate no final.	Dinâmica em grupo  Discussão de ideias	<b>Humanos:</b> 2 oradores do projeto (inclui orador em língua gestual) <b>Infraestruturas:</b> Sala ampla. <b>Material:</b> mesas; cadeiras; material informativo; garrafas de água; computador; projetor; ligação à internet.
<b>Sessão 2 – Introdução aos direitos humanos</b>	1h	Discrição do conceito de direitos humanos dos participantes;  Identificação dos vários direitos humanos básicos.	Atividade em grupo, onde os participantes são convidados a elaborar uma lista de direitos que gostariam de ter para um novo país imaginário, e promover a discussão de ideias através da Declaração Universal dos Direitos Humanos;  Discussão em grupo.	Dinâmica em grupo  Discussão de ideias	<b>Humanos:</b> 2 oradores do projeto (inclui orador em língua gestual) <b>Infraestruturas:</b> Sala ampla. <b>Material:</b> mesas; cadeiras; folhas A4; canetas; material informativo; garrafas de água; computador; projetor; ligação à internet.

<p><b>Sessão 3 – Imagem corporal</b></p>	<p>1h</p>	<p>Permitir que os participantes identifiquem os aspetos da sua própria aparência que mais apreciam, com o objetivo de promover o pensamento crítico.</p>	<p>Atividade em grupo, onde os participantes são convidados a descrever os aspetos da sua própria aparência que mais apreciam, e a verbalizar características que apreciam nos outros;</p>	<p>Reflexão</p> <p>Dinâmica em grupo</p> <p>Discussão de ideias</p>	<p><b>Humanos:</b> 2 oradores do projeto (inclui orador em língua gestual)</p> <p><b>Infraestruturas:</b> Sala ampla.</p> <p><b>Material:</b> mesas; cadeiras; folhas A4; canetas; material informativo; garrafas de água; computador; projetor; ligação à internet.</p>
<p><b>Sessão 4 – Orientação Sexual</b></p>	<p>1h</p>	<p>Promoção do desenvolvimento de empatia, pensamento crítico, e correção da desinformação.</p>	<p>Formação de pequenos grupos, para a atividade de leitura em grupo de 2 cenários - A História de Nia e A História de Lee, (p.64) do livro de Hallgarten (2010), que abordam questões de orientação sexual, com o objetivo de discutir sentimentos, experiências e reações;</p>	<p>Reflexão</p> <p>Dinâmica em grupo</p> <p>Discussão de ideias</p>	<p><b>Humanos:</b> 2 oradores do projeto (inclui orador em língua gestual)</p> <p><b>Infraestruturas:</b> Sala ampla.</p> <p><b>Material:</b> mesas; cadeiras; folhas A4; canetas; material informativo; garrafas de água; computador; projetor; ligação à internet.</p>

<p><b>Sessão 5 – Comportamentos de risco</b></p>	<p>1h</p>	<p>Prevenção de comportamentos sexuais de risco;  Tomada de decisões conscientes na área da saúde sexual.</p>	<p>Desenvolvimento de uma atividade em grupo, com recurso à leitura de diversas situações-problema, com o objetivo de abordar questões que envolvam comportamentos de risco e promover o debate.</p>	<p>Expositivo  Reflexão  Dinâmica em grupo  Discussão de ideias</p>	<p><b>Humanos:</b> 2 oradores do projeto (inclui orador em língua gestual) <b>Infraestruturas:</b> Sala ampla. <b>Material:</b> mesas; cadeiras; folhas A4; canetas; material informativo; garrafas de água; computador; projetor; ligação à internet.</p>
<p><b>Sessão 6 – Comportamentos de risco</b></p>	<p>1h</p>	<p>Prevenção de gravidezes precoces;  Tomada de decisões conscientes na área da saúde sexual.</p>	<p>Desenvolvimento de uma atividade em grupo através de colagens auto descritivas, com o objetivo de compreender a gravidez e promover melhores decisões, através da discussão em grupo e apresentação.</p>	<p>Dinâmica em grupo  Reflexão  Discussão de ideias</p>	<p><b>Humanos:</b> 2 oradores do projeto (inclui orador em língua gestual) <b>Infraestruturas:</b> Sala ampla. <b>Material:</b> mesas; cadeiras; folhas A4; canetas; material informativo; garrafas de água; computador; projetor; ligação à internet.</p>

<p><b>Sessão 7 – Métodos contracetivos</b></p>	<p>1h</p>	<p>Explicação da importância da utilização de métodos contracetivos, como forma de promoção de competências de tomada de decisão.</p>	<p>Orador apresenta um vídeo acerca de métodos contracetivos (uso e acessibilidade), com o objetivo de promover a tomada de decisões conscientes na área da saúde sexual;</p>	<p>Expositivo</p>	<p><b>Humanos:</b> 2 oradores do projeto (inclui orador em língua gestual)</p>
				<p>Reflexão</p>	<p><b>Infraestruturas:</b> Sala ampla.</p>
				<p><i>Quizz</i></p>	<p><b>Material:</b> mesas; cadeiras; folhas A4; canetas; material informativo; garrafas de água; computador; projetor; ligação à internet.</p>
			<p>Desenvolvimento de uma atividade em grupo, com recurso à leitura e <i>quizzes</i>, como forma de promover a discussão de ideias.</p>	<p>Discussão de ideias</p>	
<p><b>Sessão 8 – Comportamento Sexual</b></p>	<p>1h</p>	<p>Permitir que os participantes identifiquem informação correta de como podem expressar o comportamento sexual;</p>	<p>Desenvolvimento de uma atividade onde os participantes são convidados a preencher uma folha que contém diversas frases, com as opções “verdade” ou “falso”, permitindo a discussão de ideias, e identificação correta do comportamento sexual;</p>	<p>Reflexão</p>	<p><b>Humanos:</b> 2 oradores do projeto (inclui orador em língua gestual)</p>
				<p>Discussão de ideias</p>	<p><b>Infraestruturas:</b> Sala ampla.</p>
					<p><b>Material:</b> mesas; cadeiras; folhas A4; canetas; material informativo; garrafas de água; computador; projetor; ligação à internet.</p>
		<p>Verdades e mitos.</p>	<p>Discussão em grupo.</p>		

<p><b>Sessão 9 – Comportamento Sexual</b></p>	<p>1h</p>	<p>Dar informação acerca de comportamentos sexuais certos e errados;</p> <p>Compreender como é que os participantes interpretam as fantasias sexuais e a pornografia.</p>	<p>Desenvolvimento de uma atividade em grupo, com recurso à leitura de diversas situações-problema acerca de comportamentos sexuais certos e errados;</p> <p>Discussão em grupo com o objetivo de normalizar a existência e a sua necessidade de fantasias sexuais e pornografia.</p>	<p>Expositivo</p> <p>Reflexão</p> <p>Dinâmica em grupo</p> <p>Discussão de ideias</p>	<p><b>Humanos:</b> 2 oradores do projeto (inclui orador em língua gestual)</p> <p><b>Infraestruturas:</b> Sala ampla.</p> <p><b>Material:</b> mesas; cadeiras; folhas A4; canetas; material informativo; garrafas de água; computador; projetor; ligação à internet.</p>
<p><b>Sessão 10 – Escolha e a coação sexual</b></p>	<p>1h</p>	<p>Reconhecimento de escolhas sexuais voluntárias e coação sexual.</p>	<p>Estudos de caso, com recurso ao livro de Hallgarten (2010) (p.74), acerca da escolha sexual voluntária e a coação sexual, com o objetivo de permitir que os participantes reconheçam casos em que as relações sexuais são voluntárias e entendem o direito de dizer “não” ao sexo;</p> <p>Discussão em grupo.</p>	<p>Expositivo</p> <p>Reflexão</p> <p>Dinâmica em grupo</p> <p>Discussão de ideias</p>	<p><b>Humanos:</b> 2 oradores do projeto (inclui orador em língua gestual)</p> <p><b>Infraestruturas:</b> Sala ampla.</p> <p><b>Material:</b> mesas; cadeiras; folhas A4; canetas; material informativo; garrafas de água; computador; projetor; ligação à internet.</p>

<b>Sessão 11 – Desenvolvimento de relações interpessoais</b>	1h	Promoção do desenvolvimento de relações, através da autodeterminação e da comunicação.	Desenvolvimento de uma atividade de leitura em grupo com vários cenários, acerca do que são relações amorosas apropriadas;	Expositivo	<b>Humanos:</b> 2 oradores do projeto (inclui orador em língua gestual) <b>Infraestruturas:</b> Sala ampla. <b>Material:</b> mesas; cadeiras; folhas A4; canetas; material informativo; garrafas de água; computador; projetor; ligação à internet.
			Desenvolvimento de uma atividade em grupo, com recurso ao método “ <i>Stop-think-Go</i> ”;  Discussão e apresentação.	Reflexão  Dinâmica em grupo  <i>Stop-think-Go</i>  Discussão de ideias	
<b>Sessão 12 – Desenvolvimento de relações interpessoais</b>	1h	Promoção do desenvolvimento de relações, através da autodeterminação e da comunicação.	Desenvolvimento de uma atividade em grupo, com vários cenários e com recurso ao método “ <i>Stop-think-Go</i> ”, com o objetivo de promover situações de <i>role-play</i> , para trabalhar competências pessoais e promover relacionamentos afetivo-sexuais;	Dinâmica em grupo	<b>Humanos:</b> 2 oradores do projeto (inclui orador em língua gestual) <b>Infraestruturas:</b> Sala ampla. <b>Material:</b> mesas; cadeiras; folhas A4; canetas; material informativo; garrafas de água; computador; projetor; ligação à internet.
			Discussão e apresentação.	<i>Stop-think-Go</i>  Reflexão  <i>Role-play</i>  Discussão de ideias	

<b>Sessão 13 – Respeito</b>	1h	Prevenção de relações abusivas e violência no namoro, e promoção de relações com base no respeito.	Criação de peças dramáticas, com o objetivo de promover a discussão em grupo acerca de atitudes de violência na relações e explorar o conceito de respeito.	Dinâmica em grupo  Discussão de ideias	<b>Humanos:</b> 2 oradores do projeto (inclui orador em língua gestual) <b>Infraestruturas:</b> Sala ampla. <b>Material:</b> mesas; cadeiras; folhas A4; canetas; material informativo; garrafas de água; computador; projetor; ligação à internet.
<b>Sessão 14 – Sessão Final</b>	1h	Conclusão da formação - <i>Competências para a Educação Sexual</i>  Refletir sobre os tópicos abordados;  Entregar 1 manual com todo o conteúdo das sessões, em formato escrito e em suporte de áudio	Reflexão sobre os tópicos abordados na formação e competências adquiridas;  Partilha de sugestões e constrangimentos;  Entrega de manual com todo o conteúdo das sessões.	Reflexão  Discussão de ideias	<b>Humanos:</b> 2 oradores do projeto (inclui orador em língua gestual) <b>Infraestruturas:</b> Sala ampla. <b>Material:</b> mesas; cadeiras; folhas A4; canetas; material informativo; garrafas de água; computador; projetor; ligação à internet.

### Anexo H - Cronograma do projeto II

Ano letivo 2020/2021										
Actividades/Meses	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Meses seguintes
<i>Formação de Competências para a Educação Sexual</i>										
Divulgação	■	■	■	■	■					
Desenvolvimento						■	■	■	■	
Avaliação						■	■	■	■	■



## Anexo I - Ficha de desenvolvimento das sessões para o orador

### Caraterização do orador

Nome: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

### Objetivos da sessão

---

---

---

---

---

### Tópicos abordados

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### Atividades desenvolvidas

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### Tópico(s) com maior adesão de participação

---

---

### Tópico(s) com menor adesão de participação

---

---

### Observações

---

---

---

---

---

**Anexo J - Ficha de desenvolvimento das sessões para Pais/Cuidadores de pessoas com DID e profissionais que trabalham com a população-alvo**

**Caraterização do participante**

Pai/Cuidador  Profissional

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: F \_\_\_\_ M \_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

**Tópico(s) que mais valorizei. Porquê?**

---

---

---

---

---

**Tópico(s) que menos valorizei. Porquê?**

---

---

---

---

---

**Interação que mais valorizei. Porquê?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Interação que menos valorizei. Porquê?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**O que mudaria/acrescentaria?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Gratos pela sua participação**

**Anexo K – Questionário final de satisfação com a formação - Sexualidade: É para todos e sem tabus.**

**Caraterização do participante**

Pai/Cuidador \_\_\_\_ Profissional \_\_\_\_ Nome (opcional) \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: F \_\_\_\_ M \_\_\_\_  
 Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

1. Qual o seu grau de satisfação em relação aos conteúdos abordados durante as sessões?
2. Qual o seu grau de satisfação com a forma como foram conduzidas as sessões?
3. Qual o seu grau de satisfação com o/a orador(a) que desenvolveu a sessão?
4. Qual o seu grau de satisfação com a diversidade dos conteúdos abordados?
5. Qual o seu grau de satisfação com a utilidade dos conteúdos abordados?
6. Qual o seu grau de satisfação com a duração das sessões?
7. De um modo geral, qual o seu grau de satisfação com a formação?

Nada Satisfeito (a)	Pouco Satisfeito (a)	Satisfeito (a)	Muito Satisfeito (a)	Completamente Satisfeito (a)

8. Acredita ter adquirido novos conhecimentos?
9. Recomendaria esta formação a outras pessoas?

Sim	Não

10. Indique os conteúdos que na sua opinião deveriam ter sido mais aprofundados:

---

---

---

---

---

Observações, opinião ou melhorias

---

---

---

---

---

**Gratos pela sua participação**

## Anexo L – Exemplos de alguns Programas de Promoção de Educação Sexual

Nome do programa (se tiver)	Autores	Nº de sessões/ duração	Principais conteúdos	Especificidades da população que recebe	Eficácia/impacto	Outras observações
1. Broadening Horizons: A Human Sexuality Program at Summer Camp	Sherer, D. P. (1980).	D. 2 horas de 2 a 4 semanas, ou de 6 a 8 semanas.	1. Sistema reprodutivo humano; 2. Funcionamento sexual; 3. Comportamento sexual; 4. Tipos de relacionamentos; 5. Controlo de natalidade e gravidez; 6. ISTs; 7. Estilos de vida alternativos.	Adolescentes e adultos com diferentes tipos de DID: paralisia cerebral, poliomielite, distrofia muscular e artrite. Idades entre os 13 e os 72 anos.		Grupos de workshops homogéneos em função do grau de necessidades de apoio.
2. Effects of a life skills-based sexuality education programme on the life-skills, sexuality knowledge, self-management skills for sexual health, and programme satisfaction of adolescents.	Lee, G. Y., & Lee, D. Y. (2018).	10 sessões, com 45 minutos cada, durante 10 semanas.	<b>1. Ferramentas de habilidades para a vida</b> (e.g., autoestima, resolução de problemas, relacionamento interpessoal, tomada de decisão e estabelecimento de objetivos). <b>2. Conhecimentos acerca da saúde sexual e reprodutiva, habilidades de autogestão para questões de saúde sexual.</b>	Jovens do ensino secundário	Os resultados deste estudo mostram que o fornecimento de educação sobre a sexualidade e habilidades para a vida teve um efeito positivo no desenvolvimento de habilidades para a vida, bem como no aumento do conhecimento relacionado com a saúde sexual e reprodutiva e habilidades de autogestão em relação a problemas com a saúde sexual.	- 105 participantes. - O método educacional para o grupo experimental consistiu em palestras, <i>role play</i> , discussões, atividades audiovisuais e <i>brainstorming</i> . - O método de educação para o grupo controlo foi baseado exclusivamente em aulas/palestras.

3. A Pilot Test of the Effectiveness of an Integrated Sex Positive Education Program	Raymond, N. M., & Hutchison, A. N. (2019).	4 meses.	O efeito do programa de educação sexual positiva e prevenção da violência.	Só mulheres.	Aumento da autoeficácia e autodefesa. Aumento do conhecimento e conscientização sobre os tópicos apresentados e mudanças de comportamento nas áreas: comunicação sexual, atribuições de culpa e assertividade.	O impacto do programa foi testado em 63 participantes do sexo feminino. The Sexual Experience Survey. The Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire. The Sexual Assertiveness Scale. The Behavioral and Characterological Self-Blame Scale. The Sexual Communication Survey.
---	--	----------	--	--------------	---	---

---

<p>4. Guidelines for Comprehensive Sexuality Education: Kindergarten-12th Grade</p>	<p>Peggy Brick; Martha Roper; Clair Scholz; Robert Selverstone; Stanley Snegroff; Mary Lee Tatum; Trish Moylan Torruella; Katherine Voegtle; James Williams; Pamela Wilson; William L. Yarber; Maureen Corry; Brenda Green; Debra Haffner; Marian Hamburg; Carol Hunter Geboy; Richard Jimenez; Robert Johnson; Michael McGee; JoAnne Pereira. (2004).</p>	<p>Criar uma estrutura organizacional acerca dos conhecimentos e habilidades relacionados com a sexualidade e a vida familiar.</p> <p><b>Conceito 1:</b> Desenvolvimento Humano (e.g., anatomia reprodutiva sexual e fisiologia, puberdade, reprodução, imagem corporal, orientação sexual, identidade de gênero). <b>Conceito 2:</b> Relacionamentos (e.g., familiar, amizade, amor, relacionamentos românticos e namoro, casamento, criar filhos). <b>Conceito 3:</b> Habilidades pessoais e interpessoais (e.g., valores, tomada de decisão, comunicação, assertividade, negociação, procura de ajuda). <b>Conceito 4:</b> Comportamento Sexual (e.g., sexualidade ao longo da vida, masturbação, comportamento sexual Compartilhado, abstinência sexual, resposta sexual humana, fantasia sexual, disfunção sexual). <b>Conceito 5:</b> Saúde Sexual (e.g., saúde reprodutiva, contraceção, gravidez e pré-natal, aborto, doenças sexualmente transmissíveis, HIV, abuso sexual, agressão, violência e assédio). <b>Conceito 6:</b> Sociedade e Cultura (e.g., sexualidade e sociedade, funções de gênero, sexualidade e as leis, sexualidade e religião, diversidade, sexualidade e os mídia, sexualidade e artes).</p>	<p>Conceitos a abordar divididos por níveis dependentes da idade:</p> <p><b>Nível 1:</b> infância (e.g., com idades entre 5 e 8 anos). <b>Nível 2:</b> pré-adolescência (e.g., dos 9 aos 12 anos). <b>Nível 3:</b> adolescência (e.g., dos 12 aos 15 anos). <b>Nível 4:</b> Ensino secundário (e.g., dos 15 aos 18 anos).</p>	<p><u>Objetivos:</u></p> <p>promover a saúde sexual de adultos. Ajudar os jovens a desenvolver uma visão positiva da sexualidade, fornecendo informações necessárias acerca da saúde sexual e habilidades para tomar decisões agora e no futuro.</p>
---	--	--	---	--

---

5.  
National  
Sexuality  
Education  
Standards:  
Content and  
Skills, K–12

Laurie Bechhofer,  
Nora Gelperin,  
Eva Goldfarb,  
Mal Goldsmith,  
Debra Hauser,  
Nora L. Howley,  
Barbara  
Huberman, Leslie  
M. Kantor, Kyle  
Lafferty, Robert  
McGarry, Linda  
Moore, Linda  
Morse, Buzz  
Pruitt, Monica  
Rodriguez,  
Deborah  
Roffman,  
Elizabeth  
Schroeder,  
Jennifer Heitel  
Yakush, Danene  
Sorace.  
(2011).

- 1. Consentimento e relacionamentos saudáveis (CHR)** (e.g., foca o consentimento e a autonomia corporal).
- 2. Anatomia e Fisiologia (AP).**
- 3. A Puberdade e o Desenvolvimento do Adolescente (DP)** (e.g., questões essenciais para cada pessoa que têm impacto no desenvolvimento físico, social e emocional).
- 4. Identidade e expressão de gênero (GI).**
- 5. Orientação e identidade sexual (SO).**
- 6. Saúde Sexual (SH)** (e.g., como acontece uma gravidez, como evitar as ISTs e o HIV).
- 7. Violência Interpessoal (IV)** (e.g., *bullying*, assédio sexual, abuso sexual, agressão sexual, violência no namoro e violência doméstica).

Desde o  
ensino básico  
ao ensino  
secundário.

**Objetivos:**

**Conceito-chave 1** – Ajudar os jovens a estabelecer as bases para uma compreensão das relações sexuais.

**Conceito-chave 2** – fornece uma base para a compreensão da função humana.

**Conceito-chave 3** – foco no desenvolvimento sexual na adolescência.

**Conceito-chave 4** – Distinção de áreas de identidade que não devem ser confundidas.

**Conceito-chave 5** – Foca o tema das doenças sexualmente transmissíveis e HIV. Adota uma abordagem mais holística do que significa ser sexualmente saudável. Reflete a sobreposição de conhecimentos e habilidades necessárias para a prevenção, cuidados e tratamento da gravidez e ISTs.

**Conceito-chave 6** – Reflete todos os tipos de violência que podem ocorrer nos relacionamentos (por exemplo, entre colegas, familiares, relações amorosas e sexuais).



6. Relationships and Sexuality: How is a Young Adult with an Intellectual Disability Supposed to Navigate?	Graf, H., Moyher, R., J. Bair., C. Foster (2017)	3 anos	Curriculum de escolhas positivas para uma vida sexual dividido em 5 capítulos: <b>- relacionamentos e autoconsciência;</b> <b>- maturação;</b> <b>- o ciclo da vida;</b> <b>- saúde sexual;</b> <b>- ser forte, sendo seguro.</b>	Adultos com DID, com idades entre 18 e 27 anos.	Aumento do conhecimento acerca da educação sexual para jovens adultos com DID.	O programa incluiu 55 participantes.
7. A sex education program for teachers of preschool children: a quasi-experimental study in Iran	Martin, J., Riazi, H., Firoozi, A., Nasiri, M. (2020).	Duas sessões de 90 minutos para o grupo experimental. O grupo de controlo não recebeu intervenção.	Avaliação do conhecimento e atitudes dos professores nos domínios: <b>1. princípios da educação sexual;</b> <b>2. identidade sexual;</b> <b>3. fases de desenvolvimento e métodos adequados de educação sexual;</b> <b>4. questões relacionadas com o sexo, masturbação e abuso sexual.</b>	80 professores do pré-escolar no Teerão, Irão.	Os resultados revelaram que o programa de educação sexual pode promover o conhecimento e as atitudes dos professores na pré-escolar em todos os domínios avaliados.	<u>Objetivo:</u> determinar os efeitos de um programa de educação sexual pré-escolar no conhecimento e nas atitudes dos professores.  Para avaliar a eficácia do programa foi administrado um questionário ao grupo de controlo e ao grupo experimental um mês antes e um mês depois da intervenção.

<p>8. Lessons learned from a decade implementing Comprehensive Sexuality Education in resource poor settings: <i>The World Starts With Me</i>.</p>	<p>Vanwesenbeeck, I., Westeneng, J., de Boer, T., Reinders, J., &amp; van Zorge, R. (2015).</p>	<p>14 – 17 sessões.</p>	<p><b>1. autoconsciência;</b>  <b>2. tomada de decisão;</b>  <b>3. identidade e desenvolvimento sexual;</b>  <b>4. papel do contexto social;</b>  <b>5. gênero e direitos;</b>  <b>6. sexo e amor (orientação, prazer);</b>  <b>7. problemas de saúde sexual;</b>  <b>8. habilidades para a vida.</b></p>	<p>Jovens entre os 12 e 19 anos.</p>	<p>O programa foi testado em 4 países: Uganda, Quênia, Tailândia e Indonésia.</p> <p><b>Resultados:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uganda, Tailândia e Indonésia = efeitos positivos em aspetos importantes e determinantes do comportamento sexual seguro.</li> <li>Houve um aumento de conhecimentos em relação à gravidez, ao uso de preservativos, autoeficácia e nas intenções (e.g., adiar a primeira experiência sexual e na procura de serviços de saúde sexual).</li> <li>- No Uganda os mitos sobre a gravidez diminuíram, as normas sociais percebidas para adiar o sexo melhoraram e a autoeficácia no tratamento da violência sexual aumentou.</li> <li>- Na Tailândia o programa contribuiu para a divulgação de tópicos sensíveis relacionados à sexualidade. Não foram encontradas alterações em termos de atraso na relação sexual, uso de preservativo ou outro contraceptivo.</li> <li>- No Quênia não foram encontrados nenhuns efeitos positivos. No entanto as atitudes em relação ao uso de preservativos tornaram-se mais negativas.</li> </ul>	<p>O <i>World Starts With Me</i> está disponível em CD-ROM, na internet e impresso.</p>
--	---	-------------------------	---	--------------------------------------	---	---

---

<p>9. Efficacy of It's Your Game-Tech: A Computer-Based Sexual Health Education Program for Middle School Youth</p>	<p>Peskin, M. F., Shegog, R., Markham, C. M., Thiel, M., Baumler, E. R., Addy, R. C., ... Emery, S. T. (2015).</p>	<p>13 sessões com 35 a 45 minutos cada.</p>	<p><b>1. Comportamentos sexuais;</b>  <b>2. Relacionamentos saudáveis e não saudáveis;</b>  <b>3. Anatomia e reprodução;</b>  <b>4. Consequências físicas, sociais e emocionais do sexo;</b>  <b>5. Habilidades de comunicação;</b>  <b>6. Comunicação na internet e segurança;</b>  <b>7. Consequências da gravidez na adolescência e ISTs;</b>  <b>8. Conhecimentos e habilidades para uso de métodos contraceptivos.</b></p>	<p>Jovens do ensino secundário.</p>	<p>Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no atraso da atividade sexual ou noutro comportamento sexual entre o grupo experimental e o grupo de controlo.</p>	<p>O programa <i>It's Your Game (IYG) – Tech</i> é um programa de educação em saúde sexual para escolas, totalmente baseado em computador.</p>
					<p>Diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nas variáveis psicossociais relacionadas com o conhecimento de ISTs, o conhecimento acerca dos métodos contraceptivos, atitudes sobre abstinência, autoeficácia do uso de métodos contraceptivos e normas percebidas sobre sexo.</p>	<p>- 810 participantes: 444 grupo experimental; 366 grupo de controlo.</p>

10. Keeping Safe: Child Protection Curriculum	Governo do Sul da Austrália: Departamento de educação. (2019).	2 temas principais: - Todos nós temos direito à segurança; - Nós podemos ajudar-nos a nós a mantermo-nos seguros conversando com pessoas em quem confiamos.	Pré-escolar: 3 a 5 anos de idade. Ensino primário inicial: 5 a 7 anos de idade; Ensino primário elementar: 8 a 10 anos de idade; Ensino intermediário: 11 a 14 anos de idade; Ensino secundário avançado: 15 a 17+ anos de idade.	<u>Objetivo:</u> - ensinar todas as crianças e jovens que estes têm o direito de se sentirem seguros, e que se podem ajudar a si próprios a estarem seguros conversando com pessoas em quem confiam. - O KS: CPC é implementado por professores.
11. Professional Learning Standards for Sex Education (PLSSE)	SIECUS: Sex Ed for Social Change - Conselho de Informações e Educação sobre Sexualidade dos Estados Unidos.	<b>1. Contexto para educação sexual.</b> <b>2. Disposição profissional.</b> <b>3. As melhores práticas para educação sexual.</b> <b>4. Principais áreas de conteúdo.</b>	Professores.	- Conjunto de padrões criados para ajudar a melhorar a capacidade dos educadores na abordagem do tema da sexualidade em sala de aula.

12. Enhancing capacity to make sexuality-related decisions in people with an intellectual disability	Dukes and McGuire (2009)	Sessões individuais: 2 vezes por semana, durante 10 semanas.	<b>1. conhecimento do ser humano;</b> <b>2. sexualidade;</b> <b>3. Práticas de Segurança.</b> <b>4. Escala inadequada de comportamento sexual</b>	Adultos com DID.	Todos os participantes melhoraram a sua capacidade de tomada de decisão em todas as áreas-alvo.	4 participantes. Foi aplicada a SCEA - Sexual Consent and Education Assessment.
13. Supporting Parents as Sexuality Educators for Individuals with Intellectual Disability: The Development of the Home B.A.S.E Curriculum	Katherine Frank, Linda Sandman (2019)	3 sessões ao longo de 1 mês. Cada sessão tinha 3 horas.	<b>1. Identificar mitos comuns sobre a sexualidade de indivíduos com DID e medos dos pais que geralmente afetam a educação formal e comparar os direitos sexuais desta população;</b> <b>2. Evidências sobre o tópico da sexualidade, namoro e relacionamentos;</b> <b>3. Analisar o papel dos cuidadores enquanto apoio ou barreiras para uma vida sexual, de namoro e de relações saudáveis;</b> <b>4. Planeamento e aplicação de novos conhecimentos de pais para filhos sobre a sexualidade, namoro e relações;</b> <b>5. Modificação de atitudes;</b> <b>6. Recursos disponíveis.</b>	Pais de adolescentes e adultos com DID.	(estudo de eficácia ainda em curso)	Aplicado o <i>The Home B.A.S.E. curriculum</i> - desenvolvido por um terapeuta ocupacional e uma assistente social para fornecer treino no tema da sexualidade para pais de adolescentes (de 12 a 19 anos) com DID.  O <i>The Home B.A.S.E. curriculum</i> é um manual de programa padronizado e com <i>scripts</i> .

<p>14. Providing education on sexuality and relationships to adolescents with autism spectrum disorder and their parents.</p>	<p>Corona, L. L., Fox, S. A., Christodulu, K. V., &amp; Worlock, J. A. (2016).</p>	<p>6 sessões de 2 horas durante 3 meses.</p>	<p><b>1. Apresentações, conhecendo-se e introdução ao tema da sexualidade;</b>  <b>2. Puberdade, corpo humano e maturação, masturbação, privacidade;</b>  <b>3. Higiene pessoal e desenvolvimento da amizade;</b>  <b>4. Tipos de relacionamento interpessoal;</b>  <b>5. Comportamento adequado de namoro, tipos de contato físico e atividade sexual;</b>  <b>6. Segurança pessoal, questões legais, comunicação eletrónica, resumo e encerramento.</b></p>	<p>Pais e adolescentes com PEA: Entre os 12 e os 16 anos.</p>	<p>Após a implementação do programa, pais e adolescentes discutiam uma gama mais abrangente de temas relacionados com a sexualidade.</p>	<p>8 participantes.</p>
<p>15. The effective use of group in sex education with people diagnosed as mildly developmentally disabled.</p>	<p>Ragg, D. M., &amp; Rowe, W. (1991).</p>	<p>Dependente do grupo</p>	<p><b>1. Habilidades sociais básicas</b> (e.g., desejos e vontades; ouvir os outros; tomar decisões; ajudar a implementar decisões);  <b>2. Habilidades relacionais</b> (e.g., posição assertiva; lidar com a pressão dos colegas; assumir uma autorresponsabilidade; responder aos outros; ajudar os outros).</p>	<p>Grupos homogéneos de adolescentes /adultos com DID.</p>		

<p>16. Effectiveness of a sexual education program for mothers of young adults with intellectual disabilities on mothers' attitudes toward sexual education and the perception of social support - SEPID.</p>	<p>Yıldız, G., &amp; Cavkaytar, A. (2017).</p>	<p>4 sessões (1h)</p>	<p><b>1 - Negligência Infantil e Abuso Sexual;</b>  <b>2 - Sexualidade e desenvolvimento sexual;</b>  <b>3 - Masturbação, Período Menstrual e Relações Sexuais;</b>  <b>4 - Educação sexual em jovens adultos com DID;</b>  <b>5 - Relacionamentos.</b></p>	<p>Mães de pessoas com DID.</p>	<p>O programa SEPID mudou as atitudes das mães em relação à educação sexual dos seus filhos de maneira positiva e melhoraram as suas percepções de apoio social.</p> <p>Os resultados da validade social mostraram que as mães estavam satisfeitas com o programa e recomendariam este a outros pais.</p> <p>Os resultados indicam ainda que as mães gostariam de ser informadas acerca de questões sexuais consideradas ainda um tabu mundial.</p>	<p>44 mães foram aleatoriamente atribuídas ao grupo experimental (n = 22) e ao grupo de controlo (n = 22).</p>
---	--	-----------------------	---	---------------------------------	---	--

---

<p>17. A sexuality and relationship training program for women with intellectual disabilities: A social story approach.</p>	<p>Bornman, J., &amp; Rathbone, L. (2016).</p>	<p>A sessão do <i>focus grupo</i> durou 180 minutos e não foi transcrita literalmente, embora tenha sido feita uma gravação de áudio para familiarizar os participantes com o procedimento e o equipamento.</p>	<p><u>Fase 2:</u>  <b>1. Diferença entre um relacionamento romântico e outros tipos de relacionamento;</b>  <b>2. esclarecer comportar-se num relacionamento romântico;</b>  <b>3. esclarecer como comportar-se em relacionamentos que não são românticos, por exemplo, como cumprimentar estranhos</b>  <b>4. Comportamento e conversas são apropriados em diferentes tipos de relacionamentos.</b></p>	<p>Mulheres com DID e com mais de 18 anos de idade.</p>	<p><u>Resultados:</u>  <b>Fase 1:</b> histórias sociais enquanto ferramenta de intervenção eficaz na alteração de comportamentos inadequados ou problemáticos.  <b>Fase 2:</b> A maioria dos participantes já tinha experienciado um relacionamento, ou estavam atualmente num relacionamento e todos expressaram interesse em ter uma relação romântica e intimidade. A importância do companheirismo, confiança e segurança nos relacionamentos foram levantadas por alguns dos participantes.  <b>Fase 3:</b> Todos os cuidadores declararam que consideraram o programa aplicável e útil e que gostariam de receber informações adicionais acerca do tema da sexualidade e dos relacionamentos.</p>	<p>Foi utilizado um desenho de estudo que envolveu 3 fases diferentes:  <b>Fase 1:</b> pesquisa sistemática literatura sobre histórias sociais como ferramenta de intervenção.  <b>Fase 2:</b> formação de um grupo focal com mulheres com DID com o objetivo de ouvir as suas próprias vozes sobre os aspetos que elas acham que deveriam ser abordados (e.g., o que acha que é importante numa relação íntima?; o que acha que seria importante incluir num programa de educação sexual?; o que gostaria de aprender mais? O que é que não deveria ser incluído no programa?).  <b>Fase 3:</b> cuidadores de mulheres com DID foram ensinados acerca da implementação de histórias sociais.</p>
---	--	---	--	---	---	---



<p>18. Identifying Effective Methods for Teaching Sex Education to Individuals With Intellectual Disabilities: A Systematic Review</p>	<p>Schaafsma, D., Kok, G., Stoffelen, J. M., &amp; Curfs, L. M. (2015)</p>	<p>A compilação da literatura resultou em cinco temas:  <b>1.</b> Materiais utilizados para ensinar conhecimento, melhorar atitudes ou aumentar habilidades.  <b>2.</b> Métodos de mudança utilizados nesses materiais.  <b>3 + 4.</b> Foi examinada a qualidade do desenho e das medidas utilizadas nos artigos.          Por fim, foram resumidos os resultados dos estudos incluídos.</p>	<p>Indivíduos com DID.</p>	<p>Estudos revelaram que a generalização de habilidades para situações da vida real muitas vezes não é alcançada.</p>	<p>Foram incluídos 20 artigos com os seguintes critérios:          - eficácia dos programas de educação sexual;          - e população de interesse          -</p>
<p>19. “A Right to Know”. Facilitating a relationship and sexuality programme for adults with intellectual disabilities in Donegal</p>	<p>Gardiner, T., &amp; Braddon, E. (2009).</p>	<p>16 semanas. Cada sessão durou 2,5h, uma vez por semana.</p>	<p><b>Definição de sexualidade, relacionamentos e valores, questões práticas como imagem corporal, relações sexuais, contraceção, gravidez e doenças sexualmente transmissíveis, direitos, estereótipos desafiadores e consentimento informado.</b></p>	<p>60 adultos com DID inscritos em 2 centros sociais.</p>	<p>(sem dados empíricos).  <i>Feedback</i> do staff das instituições:          Maior respeito entre clientes, maior conhecimento na temática, maior autoestima e maior conhecimento de direitos.   <i>Feedback</i> dos participantes:          Gostaram de falar sobre relacionamentos;          Houve relatos de melhorias na autoestima e na educação sobre sexualidade</p>

20. Effects of a Sex Education Program on Intellectually Handicapped Adults.	Robinson, S. (1984).	10 semanas.	<b>1. Anatomia dos órgãos sexuais;</b> <b>2. Desenvolvimento sexual típico (masculino e feminino);</b> <b>3. Variedades de comportamento sexual (heterossexual e relações homossexuais);</b> <b>4. Conceção, gestação e nascimento, contraceção (e doenças venéreas);</b> <b>5. Relações interpessoais, valores sexuais e tomada de decisão;</b> <b>6. Relações entre autoconceito e sexualidade.</b>	83 adultos com DID e com idades compreendidas entre os 16 e os 52 anos.	I) Não houve diferença significativas entre sexos.  2) o grupo experimental apresentou melhor pontuação de conhecimentos e atitudes após implementação do programa em comparação com o grupo de controlo.	Este estudo investigou o efeito de um programa de educação sexual no conhecimento e nas atitudes sexuais.  39 participantes residiam em instituições e 44 participantes residiam noutros locais.
21. Efficacy of Sex Education Programs for People with Intellectual Disabilities A Meta-Analysis	Gonzálvez, C., Fernández-Sogorb, A., Sanmartín, R., Vicent, M., Granados, L., & García-Fernández, J. M. (2018).	Os programas tinham sessões que variaram entre os 40 e os 45 minutos.		Participantes com DID.		Foram identificados 31 estudos independentes, de 8 relatórios de publicados entre 1988 e 2017.  <u>Crítérios de seleção dos estudos:</u> a) o programa deve desenvolver conteúdos sobre educação sexual; b) o estudo deve ter um desenho com um grupo experimental e um grupo controlo e medições pré-teste-pós-teste; c) o estudo teve de fornecer dados suficientes para calcular tamanhos efetivos.