

Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Psicologia

Área de especialização | Psicologia Clínica

Dissertação

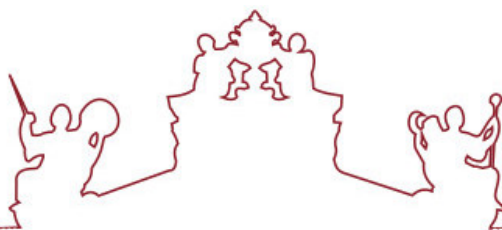
Sexualidade e Deficiência Intelectual: Atitudes Sociais

Filipa Alexandra Stoffel Ribeiro Nobre

Orientador(es) | Vítor Franco

Maria de Fátima Joaquim Minetto

Évora 2025



Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Psicologia

Área de especialização | Psicologia Clínica

Dissertação

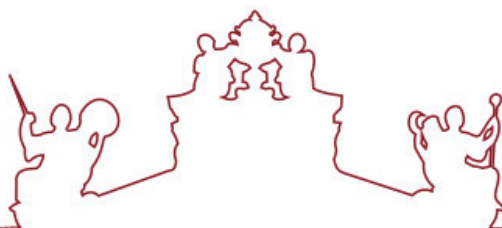
Sexualidade e Deficiência Intelectual: Atitudes Sociais

Filipa Alexandra Stoffel Ribeiro Nobre

Orientador(es) | Vítor Franco

Maria de Fátima Joaquim Minetto

Évora 2025



A dissertação foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola de Ciências Sociais:

Presidente | João Nuno Ribeiro Viseu (Universidade de Évora)

Vogais | Madalena Melo (Universidade de Évora) (Arguente)
Vitor Franco (Universidade de Évora) (Orientador)

Agradecimentos

Deste modo concluo mais uma etapa da minha formação, um passo importante que me deixa mais próxima do meu sonho. Ser psicóloga, ajudar cada pessoa a encontrar-se dentro de si, a superar a dor da rejeição e do abandono, entre tantas outras. Quero agradecer a todos os que, de uma forma ou outra, tornaram a conclusão deste ciclo mais especial. E também a todos os que não menciono, mas agradeço de coração.

Ao Professor Vítor, que me aceitou e acompanhou neste trabalho, orientando e auxiliando a organizar as minhas ideias e preocupações. E à Professora Fátima, que desde o primeiro dia se disponibilizou para fazer parte e sempre foi extremamente prestável e me tratou com todo o carinho. Ao colega Nuno, que sempre esteve à distância de uma mensagem. Que o seu projeto também possa dar os frutos que deseja.

À Dona Olívia, que tenho com o maior carinho e respeito. Obrigada por me ouvir, ajudar e fazer sentir aceite, mesmo pelo meio das suas tribulações.

Aos meus queridos pais, que sempre apoiaram e deram o melhor de si para me proporcionar a oportunidade de seguir o meu sonho. São a luz da minha vida.

Aos meus amados avós, que me incentivaram a estudar e a perseguir sonhos. Especialmente à minha avó que me preparou os melhores almoços e conversas enquanto escrevia a presente dissertação no sossego da sua casa.

Às minhas amigas que o curso me deu, e que gostaria de levar para a vida. Obrigada por todas as vezes que ouviram as minhas inseguranças e lamentos e me encorajaram a seguir em frente. Obrigada Miriam, Rute e Raquel. À minha Becas, de forma especial, porque é quem me ouve e compreende como ninguém. Obrigada ao Pedro, à Teresa, com quem posso sempre contar. Também à Diana e ao Gui.

Também, à minha psicóloga, que me acompanha e tem todo o trabalho e dedicação comigo. Por me ajudar a ser mais eu, e a brilhar.

E às colegas do local onde concluí o meu estágio curricular em Évora, obrigada por me incentivarem e cuidarem de mim quando precisei que me olhassem e pedissem para descansar.

Sexualidade e Deficiência Intelectual: Atitudes Sociais

Resumo

A presente investigação teve como objetivo a caracterização das atitudes em relação à sexualidade das pessoas com deficiência intelectual. Procurou compreender se podem existir distinções nas atitudes consoante as dimensões da sexualidade, assim como verificar a possibilidade de diferenças em função de variáveis como o sexo, idade, nível de escolaridade, conhecer, ter contacto frequente e grau de parentesco com uma pessoa com esse tipo de deficiência. A investigação foi quantitativa com recurso aos instrumentos: *Attitudes Towards Sexuality of Individuals with Intellectual Disability* (ASEXID) e *Attitudes to Sexuality Questionnaire-Individuals with an Intellectual Disability* (ASQ-ID). A amostragem foi não probabilística intencional com a técnica bola de neve e por conveniência. Os dados analisados revelaram uma prevalência de atitudes positivas face à sexualidade da pessoa com DI, apresentando maior expressão na dimensão “Masturbação” e variações para as variáveis observadas. Reflete-se um destaque na dimensão “Parentalidade” associada à dimensão “Casamento”, com atitudes mais conservadoras.

Palavras-Chave: atitudes, deficiência intelectual, sexualidade, perturbações do desenvolvimento

Sexuality and Intellectual Disability: Social Attitudes

Abstract

The aim of this study was to characterize attitudes towards sexuality among people with intellectual disabilities. It sought to understand whether there may be differences in attitudes depending on the dimensions of sexuality, as well as to verify the possibility of differences based on variables such as gender, age, level of education, knowledge, frequent contact, and degree of kinship with a person with this type of disability. The research was quantitative, using the following instruments: *Attitudes Towards Sexuality of Individuals with Intellectual Disability* (ASEXID) and *Attitudes to Sexuality Questionnaire-Individuals with an Intellectual Disability* (ASQ-ID). The sampling was non-probabilistic, intentional, using the snowball technique and convenience sampling. The data analyzed revealed a prevalence of positive attitudes towards the sexuality of people with ID, with greater expression in the “Masturbation” dimension and variations

for the variables observed. There is a notable emphasis on the dimension of “Parenting” associated with the dimension of “Marriage,” with more conservative attitudes.

Keywords: attitudes, intellectual disability, sexuality, developmental disorders

Índice

1. Introdução	1
2. Enquadramento Teórico	2
2.1. Deficiência Intelectual	2
2.1.1. <i>Definição do Conceito</i>	2
2.1.2. <i>Classificação</i>	3
2.1.3. <i>Etiologia</i>	4
2.1.4. <i>Aspetos Históricos</i>	4
2.1.5. <i>Movimentos Atuais</i>	6
2.2. Sexualidade	7
2.2.1. <i>Definições e Diferentes Dimensões</i>	7
2.2.2. <i>A Sexualidade da Pessoa com DI</i>	9
2.2.3. <i>Importância da Educação Sexual</i>	10
2.3. Atitudes	10
2.3.1. <i>Definição do Conceito</i>	10
2.3.2. <i>Atitudes Face à Sexualidade da Pessoa com DI</i>	11
2.3.3. <i>Diferenças Atitudinais entre Variáveis Sociodemográficas</i>	12
3. Método	16
3.1. Tipo de Estudo	16
3.2. Participantes	17
3.3. Materiais	21
3.3.1. Questionário Sociodemográfico	21
3.3.2. <i>Attitudes Towards Sexuality of Individuals with Intellectual Disability (ASEXID)</i>	21
3.3.3. <i>Attitudes to Sexuality Questionnaire- Individuals with an Intellectual Disability (ASQ-ID)</i>	22
3.4. Procedimento de Recolha de Dados	22
3.5. Aspetos Éticos-Deontológicos	23
3.6. Análise dos Dados	23
4. Resultados	25
5. Discussão	33
Referências Bibliográficas	41
Anexos	49

Índice de Tabelas

Tabela 1. Caracterização Sociodemográfica da Amostra: Idade	17
Tabela 2. Caracterização Sociodemográfica da Amostra: Sexo	17
Tabela 3. Caracterização Sociodemográfica da Amostra: Distrito de Residência	18
Tabela 4. Caracterização Sociodemográfica da Amostra: Nível de Escolaridade	18
Tabela 5. Caracterização Sociodemográfica da Amostra: Profissão	19
Tabela 6. Caracterização Sociodemográfica da Amostra: Conhecer uma Pessoa com DI	20
Tabela 7. Caracterização Sociodemográfica da Amostra: Grau de Parentesco	20
Tabela 8. Caracterização Sociodemográfica da Amostra: Contacto com uma Pessoa com DI	20
Tabela 9. Valores da Média e Desvio Padrão para os Fatores da ASEXID	26
Tabela 10. Valores da Média e Desvio Padrão para os Fatores da ASQ-ID	26
Tabela 11. Resultados do Teste Mann-Withney U para os Fatores da ASEXID	28
Tabela 12. Resultados do Teste Mann-Withney U para os Fatores da ASQ-ID	28
Tabela 13. Resultados do Teste Kruskal-Wallis para os Fatores da ASEXID	30
Tabela 14. Resultados do Teste Kruskal-Wallis para os Fatores da ASQ-ID	31

1. Introdução

De acordo com os Censos de 2001, 6.1% da população portuguesa residente era portadora de algum tipo de deficiência. Cerca de 11.2% destes correspondia à deficiência intelectual (DI) e 2.4% à paralisia cerebral. Os dados revelaram maior prevalência de casamentos na população com deficiência sensorial e motora (cerca de 55% a 62%), contando apenas com 30 % para a DI e paralisia cerebral. O estado civil que prevalece na população com DI é o de solteiro/a (Gonçalves, 2003). Estudos mais recentes demonstram que cerca de 75% dos participantes com DI experienciaram relações sexuais antes dos 20 anos de idade (Baines et al., 2018) e até 84.2% entre os 38 e os 55 anos (Llario et al., 2018).

A comunidade científica tem estudado a possibilidade de se afirmar que ocorreu uma mudança positiva nas atitudes face à sexualidade da pessoa com deficiência. No entanto, as conclusões parecem contradizer-se e impedir uma afirmação com certeza. O presente estudo visa contribuir para a investigação na área da inclusão da pessoa com deficiência, colmatando a escassez de estudos na população portuguesa que caracterizam as atitudes face à sexualidade das pessoas com DI. Especialmente sobre as atitudes sociais, uma vez que a maioria dos estudos incidiu na perspetiva da pessoa com DI (Casaleiro, 2015; Fernandes, 2014), ou na comparação de atitudes entre os pais e os profissionais (Gabriel, 2013; Gama, 2016; Silva, 2013). Compreende-se a necessidade de estudar as atitudes da população, uma vez que refletem o nível de aceitação, tolerância e sensibilização da comunidade para com o tema (Bernardino et al., 2013).

Pretende-se caracterizar as atitudes em relação à sexualidade das pessoas com deficiência intelectual. Llario et al. (2021) propuseram que se possam observar atitudes normalizadoras que envolve a perceção de que as pessoas com DI partilham de forma semelhante a experiência da sexualidade como as pessoas sem DI. Atitudes negacionistas que correspondem à crença de que as pessoas com DI têm menor interesse pela sexualidade. E atitudes paternalistas que demonstram a perceção de que as pessoas com DI têm falta de controlo quanto aos impulsos sexuais. Já Cuskelly e Bryde (2004) organizam as atitudes em dois tipos: liberais e conservadoras. Sendo que as atitudes liberais são mais positivas e normalizadoras face à questão da sexualidade da pessoa com DI, enquanto as conservadoras são negativas e baseadas na negação e repressão da sexualidade.

Pretendemos também observar possíveis distinções nas atitudes consoante as dimensões da sexualidade: sentimentos sexuais, educação sexual, masturbação, relacionamentos pessoais, interação sexual, esterilização, casamento e parentalidade (Cuskelly & Bryde, 2004). Propõe-se a possibilidade de se verificarem diferenças nas atitudes conforme variáveis como o género, idade, nível de escolaridade, conhecer e ter contacto frequente com uma pessoa com DI.

Assim, o presente trabalho encontra-se dividido em duas partes. Na primeira parte, apresenta-se um enquadramento teórico que aborda diferentes pontos que contribuem para a sustentação teórica da investigação. Abarca definições, classificação e etiologia do conceito DI, um breve resumo da história das atitudes face à deficiência e a descrição de informações oficiais de acesso ao público que abordam os direitos da pessoa com deficiência. Abordando a sexualidade, discute-se a sua definição, diferentes dimensões e o que a investigação tem demonstrado sobre a sexualidade da pessoa com DI, enfatizando a importância da educação sexual. Quanto às atitudes, são definidas enquanto conceito e descrevem-se os resultados de investigações que exploraram as atitudes face à sexualidade da pessoa com DI. A segunda parte, contém o método que engloba a apresentação dos participantes, do procedimento e dos instrumentos utilizados. Refere-se o trabalho de análise dos dados e apresentam-se os resultados e a discussão, argumentando com recurso à literatura analisada.

2. Enquadramento Teórico

2.1. Deficiência Intelectual

2.1.1. Definição do Conceito

A Organização Mundial de Saúde [OMS] define a deficiência como toda a perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que seja temporária ou permanente, podendo classificar-se como física, auditiva, visual, intelectual ou múltipla (Garghetti et al., 2013).

Importa distinguir os termos incapacidade e desvantagem, que diferem da definição de deficiência apresentada. A incapacidade refere-se a uma restrição ou ausência de aptidão para exercer uma atividade de acordo com o esperado. O conceito de desvantagem, distingue-se por resultar de uma deficiência que limita o desempenho de uma atividade considerada expectável de realizar para o indivíduo dentro de um certo contexto (Claudino, 1997).

A *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* [AAIDD], antiga *American Association on Mental Retardation* [AAMR], fundada em 1876 (Garghetti et al., 2013) e que contribuiu para o estudo sobre a deficiência e em 2006, adotando o termo “deficiência intelectual” e desconsiderando o termo “deficiência mental”, que expressa uma conotação negativa e ofensiva (Fernandes, 2014). Assim, define a DI através de limitações no funcionamento intelectual que situam o indivíduo abaixo da média para a sua faixa etária. As limitações abarcam outras áreas do comportamento adaptativo como: a aprendizagem; comunicação; capacidade de autocuidado; capacidades sociais; utilização de recursos da comunidade; autodeterminação; dificuldades na área da saúde e segurança; vida académica; tempos de lazer; e trabalho (Claudino, 1997).

Compreende-se o ato de definir a DI como um processo complexo, que engloba diferentes aspetos e requer uma avaliação das necessidades e características do indivíduo. Tem em consideração a formação da personalidade, analisando os processos de maturação e aquisição da independência, bem como da responsabilidade pessoal e social (Martins, 2001).

2.1.2. Classificação

A classificação dos diferentes níveis de DI proposta pela AAIDD, envolve a consideração da correspondência entre o critério psicométrico e o comportamento adaptativo. Propõe quatro níveis de DI: ligeiro, moderado, severo e profundo. No ligeiro, o indivíduo consegue realizar aprendizagens a nível académico ainda que abaixo do expectável para a sua faixa etária, desenvolvendo algumas competências sociais. Tem alguma independência, mesmo que necessite de algum apoio. No nível moderado, as dificuldades são acrescidas, assim como a necessidade de maior apoio. No nível severo, as competências são muito limitadas e existe a necessidade de um apoio contínuo. No nível profundo, o comprometimento no funcionamento é grave e a necessidade de apoio é constante, traduzindo-se numa situação de maior dependência (Claudino, 1997).

Alguns autores propõe outra forma de classificação, baseada nos níveis do Quociente de Inteligência (QI). Consideram a DI como ligeira quando o QI do indivíduo se situa entre 55 e 69, moderada com um QI entre 36 e 51, severa com um QI entre 20 e 35 e profunda com um QI abaixo de 20 (Pinto & Morgado, 2023). Realça-se que o diagnóstico deve contar com a singularidade de cada indivíduo, ou seja, que as limitações no funcionamento não devem ser comparadas em ambientes isolados com base nas suas

capacidades. É necessário considerar também os fatores culturais e sociais. Tendo em conta que o diagnóstico deve ser realizado por um profissional, com o fim de esclarecer e dar apoio ao utente e à família para que possam ser realizadas intervenções que visam melhorar a qualidade de vida do indivíduo (Parra & Oliva, 2015).

Outro fator relevante, são os tipos e intensidade de apoios que o indivíduo necessita. A intensidade varia de caso para caso, dependendo da situação na qual o indivíduo se encontra, pelo que existem apoios intermitentes, limitados, extensivos e permanentes. Quanto aos tipos de apoio, podem ser de origem humana, com o uso de tecnologias e recursos terapêuticos e institucionais como serviços sociais, educativos e de reabilitação. Podem ser agrupados de acordo com as funções que se propõem a operar, nomeadamente o ensino como o treino, supervisão e avaliação de capacidades (Gomes & Castilho, 2003).

2.1.3. Etiologia

O estudo sobre as causas e as origens da DI, propõe diversos fatores que influenciam o diagnóstico, tais como fatores biológicos, fisiológicos e genéticos. Também fatores socioeconómicos e outros não mensuráveis como a adaptação social, emocional e vocacional (Claudino, 1997). Já a AAIDD, propôs nove agentes responsáveis pela deficiência mental: infeção e intoxicação; trauma ou agente físico; metabolismo ou nutrição; doença cerebral grave; influência pré-natal desconhecida; anomalia cromossómica; problemas na gestação; atraso decorrente de uma perturbação psiquiátrica; influências ambientais (Ramos, 2005).

2.1.4. Aspetos Históricos

É escassa a informação sobre as atitudes para com a deficiência na época da Idade Antiga e Idade Média. Na Antiguidade, as sociedades caracterizavam-se por uma clara distinção entre grupos sociais, o que impulsionava a exclusão dos mais desfavorecidos. Assim, a criança com deficiência não tinha o seu lugar na sociedade e o seu destino era o extermínio ou o abandono. Com o crescimento do Cristianismo, a deficiência podia ser abordada como uma questão mística associada ao demónio, ou como uma questão que envolvia piedade e caridade, embora a pessoa com deficiência continuasse a ser alvo de incompreensão, preconceito e rejeição (Garghetti et al., 2013).

No início do século XVI deu-se maior relevância à produtividade da comunidade e a pessoa com deficiência era percecionada como improdutiva. Era abordada pela

medicina, com um foco em compreender a parte fisiológica da deficiência, ainda colocando de parte uma visão humana e empática pela pessoa em si. Assim, acabava por ser vítima do abandono nos hospícios ou conventos. A partir do século XVII e XVIII, começaram a surgir estudos na área da psicologia e da pedagogia, principalmente na Europa. Destacam-se as contribuições de Jean Itard, que propôs que as pessoas com DI fossem passíveis de receber educação, influenciando o estabelecimento do Ensino Especial. O seu discípulo Édouard Séguin, debruçou-se sobre atividades físicas e sensoriais como uma forma de estimular o cérebro da pessoa, tendo em 1837, criado a primeira escola para pessoas com DI. Com os estudos e os avanços descritos, a pessoa com deficiência passou a ter a oportunidade de ser vista e abordada de outra forma que lhe permite um pouco de visibilidade, quase inexistente até à época (Garghetti et al., 2013).

Ocorre então uma mudança de paradigma, baseada na normalização da presença da pessoa com deficiência, que se pode aceder à educação, então é possível aspirar à sua integração na sociedade. No entanto, estes avanços, com foco especial na escolaridade da pessoa com deficiência, pressupunham que participassem em turmas para alunos do ensino especial. O que acabava por manter a segregação social e por isso, o que teria inicialmente como objetivo de integração, ainda se verificou baseado em práticas que mantinham a exclusão e o preconceito. Surge então a necessidade de uma mudança e adaptação, sobretudo na educação, por volta da década de 1960, com o novo paradigma baseado na inclusão. Este promove o direito à convivência não segregada e inclui os alunos com deficiência nas turmas do ensino regular, independentemente do tipo de deficiência e nível de comprometimento (Garghetti et al., 2013).

No entanto, apesar de o foco na integração ter ocorrido primeiramente sobre a educação, atualmente, ainda encontramos na sociedade lacunas que nos fazem questionar se a sociedade inclusiva que promovemos realmente existirá. Nomeadamente, pela crescente necessidade de melhorar políticas e programas em áreas como a educação, o acesso à independência e ao trabalho, à saúde e aos recursos que a sociedade oferece para todos. Bem como a desmistificar a deficiência e conversar com os mais pequenos sobre as diferenças, sobre a empatia, a tolerância, a flexibilidade e os direitos que são para todos e que nos permitem procurar erradicar com todas as formas de violência.

2.1.5. *Movimentos Atuais*

Diversas são as informações oficiais de acesso ao público que abordam os direitos da pessoa com deficiência, nomeadamente artigos da Constituição da República Portuguesa (Constituição da República Portuguesa [CRP], art. 13º, 36º & 71º, 1976), Leis e Despachos (Decreto-Lei n.º 38/2004 da Assembleia da República, 2004; Decreto-Lei n.º 60/2009 da Assembleia da República, 2009; Decreto-Lei n.º 54/2018 da Assembleia da República, 2018; Despacho n.º 15/MTSSS/2019 do Ministro do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2019), que advêm de Convenções como a Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência (Resolução A/RES/61/106 da Assembleia Geral Nações Unidas, 2007).

Estes sustentam todo o esforço que a investigação e os profissionais têm realizado, para que a sociedade seja regida por regras e condutas que possam ser cada vez mais inclusivas. Todas estas referências, abordam os direitos das pessoas com deficiência e são documentos fundamentais para a compreensão da importância das medidas e avanços realizados ao longo do tempo. São também uma prova de que ainda são observadas diversas necessidades na prática. Pelo que se constituem como orientações para a prática da inclusão e de uma sociedade que rejeita a discriminação e promove os direitos de todos os cidadãos.

Deste modo, segundo a Constituição da República Portuguesa (1976), o artigo 13 prevê a igualdade de todos os cidadãos perante a lei e sempre será dever de todos os cidadãos proteger o direito da igualdade, combatendo a discriminação das pessoas com deficiência. O artigo 36, expõe que todos os cidadãos se encontram em condições de plena igualdade no que diz respeito também ao direito de casar e constituir família. Por fim, o artigo 71 realça que o estado deve implementar políticas de prevenção, tratamento, reabilitação e integração dos cidadãos portadores de deficiência bem como de desenvolver uma pedagogia que sensibilize a sociedade quanto aos deveres de respeito e solidariedade para com esta população (Constituição da República Portuguesa [CRP], 1976).

Também a Estratégia Nacional para a Inclusão das Pessoas com Deficiência 2021-2025 inserida no Despacho n.º 15/MTSSS/2019 do Ministro do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (2019), contribui para a promoção de uma mudança nas atitudes da sociedade, pois oferece orientações para diversas medidas necessárias para a inclusão da pessoa com deficiência. Pretende também reafirmar os princípios gerais refletidos na

Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, reconhecendo uma abordagem da deficiência baseada nos direitos humanos. No sentido da educação inclusiva, o Decreto-Lei n.º 60/2009 da Assembleia da República (2009) defende também a existência da educação sexual nos estabelecimentos do ensino básico e do ensino.

2.2. Sexualidade

2.2.1. Definições e Diferentes Dimensões

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a sexualidade como uma construção multidimensional que se constitui como um aspeto central na vida de cada ser humano e está presente ao longo de todo o ciclo de vida. Assim, expressa-se através de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas distintas, papéis e também através das relações interpessoais. É influenciada por fatores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, legais, históricos, religiosos e espirituais. O conceito engloba ainda diferentes dimensões, como a atividade sexual, identidade sexual, papéis de género, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade, afetividade, reprodução, entre outras (Baams, & Kaufman, 2023).

A saúde física, mental e sexual interligam-se de forma complementar, pelo que experiências de satisfação sexual associadas ao prazer e ao aumento da autoestima contribuem para o bem-estar geral do indivíduo (Anderson, 2013). Assim, o desenvolvimento saudável da sexualidade possibilita o autoconhecimento e a autoaceitação, refletindo-se nas relações interpessoais de forma positiva (Llario et al., 2014). Como a qualidade dos relacionamentos interpessoais influencia o bem-estar, compreende-se que afeta também a satisfação com a vida, que está associada a perceções positivas das interações sociais, entre outros fatores. Quando não é possível estabelecer e manter relacionamentos interpessoais satisfatórios, existem repercussões para a saúde como sintomas clinicamente significativos (Navaneetham & Kanth, 2022).

No mesmo seguimento, e recuando às teorias da psicologia infantil para justificar a importância dos modelos relacionais primários, recorre-se à Teoria da Vinculação de Bowlby. Este propôs que as relações interpessoais são essenciais para a sobrevivência humana. Contribuem para a sensação de segurança e a construção de modelos internos que orientam os comportamentos e as perceções no meio social. Quando o indivíduo é privado das mesmas, para além de consequências como o isolamento social, pode desenvolver sintomas de stress, originando prejuízos a nível psicológico, emocional e

físico. Especialmente na adolescência, quando os pares têm uma importância na criação dos modelos relacionais, do autoconceito e autoestima, os indivíduos que não experienciam relações a nível romântico ou sexual relatam uma diminuição da satisfação com a vida e o aumento da solidão (Navaneetham & Kanth, 2022).

Abordando as etapas do desenvolvimento psicosssexual da criança, por volta dos dois anos e meio e dos seis anos, dá-se o Complexo de Édipo, no qual a criança acaba por lutar por uma relação privilegiada com um dos progenitores. Esta fase é um marco importante para a estruturação da personalidade e orientação das pulsões. É esperado que os pais insistam em vencer a criança na competição com um dos progenitores, para que se inicie a identificação com o progenitor do mesmo sexo, possibilitando o seu amadurecimento. Nas famílias onde se integra uma criança com DI, esta é muitas vezes rodeada de atitudes que a tomam como frágil e acaba por obter o afeto e atenção total do progenitor desejado. Quando o outro progenitor se afasta, a criança perde a oportunidade de resolver o conflito psíquico, o que mais tarde se pode refletir nas futuras relações amorosas. Assim, o jovem permanece no mundo que criaram para ele, não permitindo que se confronte com o insucesso e sofrimento. Acabando por reduzir as oportunidades para captar experiências essenciais para o seu desenvolvimento, testar os limites e construir uma identidade autónoma (Montobbio & Lepri, 2007).

Sobre o desenvolvimento afetivo e sexual, por volta dos três anos surge um interesse pelo prazer sentido ao brincar com os órgãos sexuais, bem como pela exploração de sensações agradáveis através da masturbação. Pelos quatro ou cinco anos, cresce a curiosidade no comportamento sexual dos adultos. O comportamento masculino e feminino começa a definir-se, quando a criança se identifica com o cuidador do mesmo sexo e o começa a imitá-lo nas suas brincadeiras. Os pais contribuem para a criação da identidade sexual da criança, bem como dos papéis sexuais e sociais que esta irá ocupar (Ramos, 2005). Espera-se que dos 6 aos 12 anos a noção de privacidade se encontre desenvolvida e que o interesse no corpo se manifeste em privado, assim como o interesse pelos pares. Com as alterações físicas e hormonais, chega a puberdade onde os pares ocupam um papel muito importante com troca de informações e experiências sobre a sexualidade. Com o descrito, reforça-se a questão da importância dos modelos primários de relação com os cuidadores, que afetará a capacidade relacional e predisposição para a autonomia e procura da independência da criança (Guilhardi & Minetto, 2023).

2.2.2. *A Sexualidade da Pessoa com DI*

A ciência tem demonstrado que as alterações corporais, etapas e tarefas de desenvolvimento da pessoa com DI, ocorrem da mesma forma que para as pessoas sem DI (Martins, 2001). No entanto, no que toca ao nível de comprometimento cognitivo e às manifestações da sexualidade, quando o comprometimento é severo, as manifestações sexuais são solitárias e direcionadas para o próprio. No moderado, existe maior diferenciação entre os sexos e maior contacto de exploração corporal, podendo atingir gratificação embora ainda de forma infantil. Quando é leve, apresenta consciência de si e dos outros, podendo sustentar relações com afeto num ambiente favorável e desenvolver-se a nível psicossexual (Guilhardi & Minetto, 2023).

De forma geral, falar sobre a sexualidade na deficiência é uma tarefa complexa, visto que abarca dois conceitos complexos envolvendo preconceitos. A sociedade associa a expressão da sexualidade à atração física e à juventude, pelo que se constroem e promovem modelos idealizados de beleza que ditam como as pessoas deveriam ser para os outros se sentirem atraídos. Assim, na pessoa com deficiência, constroem-se modelos irrealistas que não têm em conta as diferenças individuais que fazem de cada pessoa única e bela à sua forma, criando-se dificuldades, falsas expectativas e frustração quando as pessoas sentem que não conseguem corresponder a estes padrões (Gomes & Castilho, 2003).

Parra e Oliva (2015) partilham exemplos de alguns preconceitos e crenças sobre a sexualidade das pessoas com DI, nomeadamente que: não têm desejos nem necessidades sexuais e por isso são seres assexuados ou então crianças eternas; não é possível oferecer educação sexual a uma grande parte das pessoas com DI; a intervenção sexual desperta apenas a sua sexualidade adormecida; são incapazes de controlar os impulsos sexuais; não são atraentes para outras pessoas que não tenham deficiência; apenas podem aspirar a satisfazer outra pessoa; ocorre sempre a transmissão genética da deficiência; não têm orientação sexual definida; não podem existir pessoas transexuais com deficiência porque estão apenas confusas por causa da deficiência; não devem formar um casal, a atividade sexual destina-se à procriação e as pessoas com deficiência não devem fazê-lo; as mulheres têm menos desejo sexual; a homossexualidade advém da falta de oportunidades com pessoas do sexo oposto.

Em suma, tendo as mesmas preocupações e inquietações que os adolescentes da mesma idade, sabemos que ainda se acrescem as inquietações resultantes da deficiência.

Bem como as dificuldades que sentem na realização de algumas tarefas, preocupações resultantes de experiências de insucesso e da falta de motivação e apoio para a sua autonomização. É comum que com o desenvolvimento e o aumento do interesse pela sexualidade e o aumento da agressividade comuns à etapa de vida em que se encontram, possam dificultar as tentativas de controlo e respeito pelos limites dos outros. O que acaba por criar maior resistência dos pais à questão e leva muitas vezes à repressão da sexualidade em detrimento da alternativa de procurar uma educação sexual inclusiva (Martins, 2001).

2.2.3. Importância da Educação Sexual

Frequentemente os jovens com DI têm dificuldades no acesso a intervenções de educação sexual e a profissionais que discutam a sexualidade (Guilhardi & Minetto, 2023). Surge assim a necessidade de proporcionar uma educação afetivo-sexual adaptada às suas características específicas procurando minimizar as consequências negativas da falta de conhecimento na área da sexualidade. Verifica-se um aumento do risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis, bem como da vulnerabilidade à violência sexual. Também gravidezes indesejadas e comportamentos inapropriados como masturbação em público que advém em parte, da falta de conhecimentos sobre a educação sexual e os limites físicos a respeitar (Llario et al., 2021).

Cabe aos pais ou cuidadores, e aos profissionais envolvidos, à sociedade e ao estado, promover o acesso à informação e educação sexual e combater todos os tipos de discriminação (Llario et al., 2021). Defende-se a necessidade da pessoa com DI de receber orientação e educação sexual para que possa usufruir da oportunidade de aprender sobre a sua sexualidade e partilhar experiências. É de notar a necessidade de receber apoio para aprender a desenvolver as suas habilidades sociais, especialmente sobre a forma como pode demonstrar afeto e amor de uma forma que seja ajustada às normas sociais e respeitosa para com o outro e ao mesmo tempo possa aprender a proteger-se de comportamentos de risco e de situações de exploração e abuso sexual (Franco et al., 2012).

2.3. Atitudes

2.3.1. Definição do Conceito

Embora o termo atitude se encontre frequentemente associado a um comportamento, na Psicologia refere-se, sobretudo, ao nível do pensamento. Trata-se de uma construção psicológica que integra componentes cognitivas (crenças e pensamentos

sobre um objeto), afetivas (emoções e sentimentos positivos e negativos) e comportamentais (intenção de agir de determinada forma). Assim, as atitudes não se confundem com o comportamento em si, mas antecedem-no e influenciam-no, representando um dos múltiplos fatores que orientam as ações humanas (Lima et al., 2023).

Pode definir-se o conceito atitude como uma tendência psicológica relativamente estável, expressa por meio de uma avaliação favorável, desfavorável ou neutra de uma entidade, pessoa, objeto ou ideia abstrata, o que se denomina como objeto atitudinal. Estas avaliações variam em termos de valência (positiva, negativa, neutra), intensidade e persistência ao longo do tempo. Quanto maior a intensidade da atitude, maior é a probabilidade de que ela influencie o modo como a informação é processada e, conseqüentemente, de que determinados julgamentos e comportamentos ocorram frente ao objeto avaliado (Lima et al., 2023).

Em síntese, as atitudes constituem uma forma de organização mental que articula pensamentos, emoções e a predisposição à ação, permitindo compreender a base psicológica das escolhas, opiniões e comportamentos humanos, inclusive aqueles relacionados com a sexualidade.

2.3.2. Atitudes Face à Sexualidade da Pessoa com DI

Diversos autores têm proposto que se começa a verificar uma mudança positiva nas atitudes face à pessoa com deficiência. Com os acontecimentos das revoluções sociais e culturais ao longo do século XX, observou-se a evolução da crença que limitava a sexualidade à biologia e a tornou inseparável da identidade básica do ser humano (Franco et al., 2012). Assim, verificam-se atitudes mais conservadoras sobre a sexualidade quando a população reserva a crença de que a sexualidade deve ter como exclusiva finalidade a reprodução. Entre os que manifestam atitudes mais liberais, existe uma percepção da sexualidade não redutível, que inclui dimensões como o prazer, a afetividade, a comunicação e outros fatores que promovem a relação afetiva e o bem-estar (Ramos, 2005).

Alguns estudos encontraram atitudes moderadas (Esterle et al., 2008; Mengual et al., 2017; Morales et al., 2010), positivas e liberais da população face à sexualidade da pessoa com DI (Gilmore & Chambers, 2010; Karellou, 2003; Yueh-Ching et al., 2016). Verificaram-se atitudes moderadas pela parte dos participantes em relação aos direitos

parentais e sexuais da pessoa com DI, mais do que face ao autocontrolo e comportamento sexual não reprodutivo (Ditchman et al., 2017).

No entanto, estudos como o de Oliver et al. (2002) propuseram atitudes negativas em relação aos direitos parentais da pessoa com DI, pelo que a população no geral parece dar maior relevância às possíveis consequências das relações sexuais (Esterle et al., 2008). Nomeadamente, preocupações com a capacidade de consentimento e a vulnerabilidade ao abuso sexual (McConkey & Leavey, 2013). O que revela que ainda se possa verificar na população uma baixa tolerância às diferenças e se perpetuam mitos, crenças negativas e diversos preconceitos (Franco et al., 2012).

Tem-se revelado comum que as pessoas com DI sofram com a estigmatização de serem consideradas eternas crianças assexuadas. O contrário também é observado, quando são abordadas como incapazes de controlar impulsos sexuais (Franco et al., 2012). Como consequência, surge a exclusão social, na qual a pessoa com DI não corresponde aos padrões e normas socialmente aceites. Autores como Ramos (2005) consideram que as atitudes negativas que levam à exclusão social, podem ser influenciadas por fatores como o grau e o tipo de deficiência, e também pelas características pessoais da pessoa com DI.

2.3.3. Diferenças Atitudinais entre Variáveis Sociodemográficas

No que diz respeito às diferentes variáveis sociodemográficas, poderão encontrar-se variações entre os tipos de atitudes face à sexualidade da pessoa com DI. Quanto à idade, compreende-se que as gerações mais novas, demonstraram atitudes mais positivas (Cuskelly & Bryde, 2004). Foram encontradas atitudes mais positivas face à parentalidade nos mais jovens (Jones et al., 2010) e especialmente na faixa etária dos 20 a 29 anos comparativamente com o grupo de 50 a 59 anos no que diz respeito aos direitos sexuais das mulheres (Meaney-Tavares & Gavidia-Payne, 2012).

Quanto ao género, os estudos apresentam resultados contraditórios, pois alguns propõe que as mulheres são mais positivas face aos direitos sexuais e ao autocontrolo (Ditchman et al., 2017) bem como à possibilidade de contrair matrimónio e de receber educação sexual (Franco et al., 2012). Enquanto outros estudos verificaram que os homens foram mais positivos em relação à educação sexual e parentalidade nas pessoas com DI (Ryan & McConkey, 2000). Fernandes (2004), abordou a discriminação direcionada à mulher com deficiência, percecionada como incapaz de cuidar dos filhos e

estigmatizada quanto à sua imagem corporal que não se assemelha aos padrões sociais irrealistas.

Outros estudos não encontraram diferenças significativas de género, por exemplo em amostras de funcionários ou cuidadores (Grieve et al., 2009; Meaney-Tavares & Gavidia-Payne, 2012), na comunidade (Karellou, 2003; Sankhla & Theodore, 2015) e entre estas duas populações e com familiares (Cuskelly & Bryde, 2004; Tamas et al., 2019).

Níveis mais elevados de educação foram relacionados com atitudes mais positivas (Grieve et al., 2009; Karellou, 2003; Yueh-Ching et al., 2016). Ter formação para o tema da sexualidade humana parece favorecer as atitudes positivas (Franco et al., 2012). Apesar de existirem estudos que refutaram o descrito (Gilmore & Chambers, 2010; Pebdani, 2016; Meaney-Tavares & Gavidia-Payne).

As variáveis estar familiarizado com a DI ou ter contacto frequente com uma pessoa com DI também demonstraram influenciar as atitudes dos participantes, pois observaram-se atitudes mais positivas associadas a maior contacto com a DI (Pebdani, 2016). Embora em outros estudos não tenham confirmado a mesma associação (Karellou, 2003; Sankhla & Theodore, 2015).

Quanto às atitudes dos pais e dos familiares, são muitas vezes conservadoras, pela necessidade de os proteger, acreditando que não são capazes de se controlar ou de viverem uma vida sexual saudável e segura (Llario et al., 2021). Especialmente sobre a parentalidade (Cuskelly & Bryde, 2004; Tamas et al., 2019), a incapacidade de controlo dos impulsos sexuais e métodos de contraceção (Mengual et al., 2017). As atitudes moderadas, referem-se aos desejos de maior reconhecimento da sexualidade das pessoas com DI (Evans et al., 2009). Quando à idade ou gravidade da deficiência, as atitudes dos familiares são semelhantes (Cuskelly & Bryde, 2004), embora tenham sido registadas as atitudes mais positivas face à Síndrome de Down (Morales et al., 2011). Os irmãos são quem manifesta atitudes mais positivas, encontrando-se mais disponíveis para abordar questões sobre a sexualidade da pessoa com DI. Pelo que as questões que mais preocupam as famílias continuam a ser a necessidade de proteção contra abusos sexuais e a necessidade de supervisão constante (Evans et al., 2009).

Em comparação com os pais e profissionais, a população em geral apresentou atitudes mais positivas (Gilmore & Chambers, 2010; Morales et al., 2011; Oliver et al.,

2002). Os aspetos da sexualidade relacionados com a liberdade de dar e receber afeto através de beijos, carícias (Franco et al., 2012; Gilmore & Chambers, 2010) e masturbação (Franco et al., 2012) são aceites mais facilmente pela população do que aspetos como o casamento, a maternidade e paternidade, as relações sexuais (Bernardino et al., 2013; Franco et al., 2012).

No que diz respeito aos profissionais que trabalham com pessoas com DI, ainda que o presente estudo não se ocupe de observar essa distinção, as atitudes dos profissionais, foram consideradas positivas por parte de diversos tipos de profissionais que prestam serviços ou são cuidadores de pessoas com DI (Christian et al., 2001; Cuskelly & Bryde, 2004; Gilmore & Chambers, 2010; Oliver et al., 2002; Pebdani, 2016; Ryan & McConkey, 2000; Tamas et al., 2019; Yool et al., 2003).

Atitudes positivas foram associadas a comportamentos de exibição pública e privada de afetos e sexo seguro (Swango-Wilson, 2008). Revelaram-se atitudes liberais, incidindo na diversidade afetivo-sexual, sobre a masturbação e acerca da necessidade de dar e receber afeto (Mengual et al., 2017). Também o estudo que originou a ASEXID concluiu que face aos três fatores do instrumento, os profissionais registaram pontuações mais elevadas para os fatores “Atitudes Negacionistas” e “Atitudes Paternalistas”. Enquanto a população geral obteve pontuações mais elevadas no fator “Atitudes Paternalistas” (Llario et al. 2021).

Surgiram também atitudes moderadas (Bazzo et al., 2007; Grieve et al., 2009; Parchomiuk, 2012) e negativas (Young et al., 2012) por parte dos profissionais relacionadas com a sexualidade da pessoa com DI. As atitudes negativas incidiram sobre comportamentos como beijos públicos, sexo anal e sexo de risco (Swango-Wilson, 2008). No geral, as atitudes face à parentalidade também foram mais negativas (Cuskelly & Bryde, 2004; Gilmore & Chambers, 2010), bem como sobre a relações entre pessoas do mesmo sexo (Ryan & McConkey, 2000; Swango-Wilson, 2008), a encontros casuais sem compromisso (Ryan & McConkey, 2000), autocontrolo (Tamas et al., 2019) e envolvimento nas decisões sobre a sua própria sexualidade (Yool et al., 2003).

Outras variáveis como a cultura também influenciam as atitudes face ao tema. A cultura é comumente estudada e revela diferenças entre populações. Estudos com participantes ocidentais brancos britânicos apresentaram atitudes mais positivas, seguidos pelos sul-asiáticos britânicos. Já os estudantes italianos e americanos demonstraram

atitudes menos positivas e os indonésios com atitudes negativas (Winarni et al., 2018). Quanto à aceitabilidade das relações sexuais por parte da pessoa com DI, os franceses apresentaram atitudes menos positivas do que os mexicanos (Morales, 2010). Reflete-se que na cultura chinesa persiste a hesitação em abordar o tema e discuti-lo também pela escassez de informação disponível. Já na cultura taiwanesa, os pais referem preferir o silêncio face à sexualidade dos filhos e acabam por manifestar maior controlo sobre a vida sexual dos filhos, mesmo quando se tornam adultos. A cultura asiática é muito marcada também por questões de género (Yueh-Ching et al., 2016).

Correa et al. (2025) apresentaram resultados específicos que demonstram variações entre diferentes variáveis que influenciam as atitudes face à sexualidade da pessoa com DI. Foram encontradas atitudes normalizadoras, descritas acima por (Llario et al., 2021) associadas aos participantes com idade mais jovem apresentam, o que indica que quanto maior for a idade, menor a normalização da sexualidade da pessoa com DI. Logo, as faixas etárias mais elevadas também foram associadas a atitudes paternalistas e negacionistas. Quanto à variável sexo, apesar de não terem sido encontradas diferenças significativas, o sexo masculino expressou atitudes mais conservadoras. Sobre o contacto com uma pessoa com DI, propõe-se que os profissionais com contacto tenham atitudes mais positivas quanto à sexualidade da pessoa com DI (Correa et al., 2025).

Em suma, a literatura apresenta estudos que se contradizem e por isso, é possível sustentar ambas as posições a favor e contra a verificação de atitudes mais positivas na população quanto à sexualidade da pessoa com DI. Uma vez que a sociedade continua a educar os jovens com DI para a impossibilidade de serem autónomos e capazes de desempenhar papéis sociais, muitas vezes infantilizando o seu processo de desenvolvimento (Montobbio & Lepri, 2007). Llario et al. (2021) acrescenta que apesar de alguns estudos proporem mudanças positivas nas atitudes sociais em relação às pessoas com DI, não existe a certeza e compreensão de que tenham atuado na promoção de uma sexualidade saudável e não estigmatizada.

O presente estudo procurou fornecer informações que podem sustentar ou refutar as posições dos estudos descritos. Ao ocupar-se das atitudes da população portuguesa, oferece uma contribuição para a comunidade científica portuguesa que poderá ajudar a sustentar projetos e políticas que se organizem em torno da normalização do tema. Bem como da facilitação do acesso à informação para os cuidadores e profissionais sobre a

sexualidade da pessoa com DI, bem como garantir o direito da pessoa com DI a uma educação sexual inclusiva.

Os objetivos a que se propõe, vão ao encontro desse mesmo contributo que se pretende fornecer. Nomeadamente, a caracterização das atitudes da população portuguesa em relação à sexualidade das pessoas com deficiência intelectual, como objetivo principal.

Atendem-se às interrogações seguintes. Poderão variáveis como o sexo, idade, nível de escolaridade, conhecer, ter contacto frequente e grau de parentesco com uma pessoa com esse tipo de deficiência influenciar as atitudes dos participantes sobre a sexualidade da pessoa com DI? É possível afirmar a existência de tais associações e extrapolar uma conclusão que permita relacionar as variáveis descritas com as atitudes estudadas por Llario et al. (2021) e Cuskelly e Bryde (2004) através das respostas dos participantes aos itens dos instrumentos: *Attitudes Towards Sexuality of Individuals with Intellectual Disability* (ASEXID) e *Attitudes to Sexuality Questionnaire-Individuals with an Intellectual Disability* (ASQ-ID)?

3. Método

3.1. Tipo de Estudo

De forma a estudar as respostas às interrogações colocadas, o presente estudo utiliza uma abordagem quantitativa e transversal, com um plano de investigação descritivo/correlacional. Os planos de investigação correlacionais visam analisar a relação entre variáveis, sem manipular a variável independente e por isso, limitando-se a descrever e verificar associações entre variáveis (Almeida & Freire, 2000).

Neste sentido, os tipos de atitudes face às diferentes dimensões da sexualidade identificam-se como variáveis consequentes, medidas através de dois instrumentos de recolha de dados (questionários de atitudes) para verificar a sua associação às variáveis antecedentes.

Diz-se estudo transversal, ao trabalho que envolva apenas um momento de observação na amostra. O que significa que as atitudes dos participantes face à sexualidade da pessoa com DI foram medida através dos instrumentos utilizados apenas uma vez, e não se utilizaram várias medidas ao longo do tempo (Almeida & Freire, 2000).

3.2. Participantes

A amostra foi constituída por um grupo de 307 participantes voluntários com idades compreendidas entre os 20 e os 65 anos. A idade é uma variável categórica ordinal que foi agrupada em grupos geracionais, sendo que a faixa etária que prevaleceu foi dos 20 aos 24 anos (27.4%). A Tabela 1 contém a caracterização da amostra pela idade.

Tabela 1

Caracterização Sociodemográfica da Amostra: Idade

Variável Sociodemográfica		n	%
Idade	20-24 anos	84	27.4
	25-29 anos	32	10.4
	30-34 anos	19	6.2
	35-39 anos	29	9.4
	40-44 anos	39	12.7
	45-49 anos	35	11.4
	50-54 anos	32	10.4
	55-59 anos	17	5.5
	60-65 anos	20	6.5

Quanto ao sexo que é uma variável categórica nominal, a amostra contou com maioritariamente participantes do sexo feminino (73.3%).

Realçando que o Questionário Sociodemográfico continha uma opção “prefiro não responder” face à questão do sexo. A Tabela 2 demonstra a caracterização da amostra por sexo.

Tabela 2

Caracterização Sociodemográfica da Amostra: Sexo

Variável Sociodemográfica		n	%
Sexo	Feminino	225	73.3
	Masculino	82	26.7

O distrito de residência, é uma variável categórica nominal e os participantes eram maioritariamente da região Sul (63.2%).

Na Tabela 3 consta a caracterização da amostra por distrito de residência.

Tabela 3

Caracterização Sociodemográfica da Amostra: Distrito de Residência

Variável Sociodemográfica		n	%
Distrito de Residência	Sul	194	63.2
	Centro	93	30.3
	Norte	15	4.9
	Madeira	3	1.0
	Açores	2	.7

O nível de escolaridade é uma variável categórica ordinal e o nível predominante foi a licenciatura (36.8%).

Na Tabela 4 constam os diferentes níveis de escolaridade dos participantes.

Tabela 4

Caracterização Sociodemográfica da Amostra: Nível de Escolaridade

Variável Sociodemográfica		n	%
Nível de Escolaridade	Ensino Primário	5	1.6
	Ensino Básico	16	5.2
	Ensino Secundário	85	27.7
	Bacharelato	8	2.6
	Licenciatura	113	36.8
	Mestrado	75	24.4
	Doutoramento	5	1.6

A profissão é uma variável categórica nominal, que foi dividida em grupos de A a J, consoante a Classificação Portuguesa das Profissões de 2010: Grupo A (Profissões das Forças Armadas); Grupo B (Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos); Grupo C (Especialistas das atividades

intelectuais e científicas); Grupo D (Técnicos e profissões de nível intermédio); Grupo E (Pessoal administrativo); Grupo F (Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores); Grupo G (Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta); Grupo H (Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices); Grupo I (Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem); Grupo J (Trabalhadores não qualificados) (Instituto Nacional de Estatística, I.P., 2011).

Foram acrescentados o Grupo K (Estudantes) e o Grupo L (sem ocupação onde constam também as situações de desemprego e reforma) para os casos que não se enquadravam na classificação descrita. O grupo que prevaleceu foi o Grupo C (35.5%). A Tabela 5 apresenta os grupos nos quais se inserem os participantes face à variável profissão.

Tabela 5

Caracterização Sociodemográfica da Amostra: Profissão

Variável Sociodemográfica		n	%
Profissão	Grupo A	1	.3
	Grupo B	16	5.2
	Grupo C	109	35.5
	Grupo D	24	7.8
	Grupo E	6	2.0
	Grupo F	39	12.7
	Grupo G	2	.7
	Grupo H	12	3.9
	Grupo I	1	.3
	Grupo J	3	1.0
	Grupo K	76	24.8
	Grupo L	18	5.9

A variável conhecer uma pessoa com DI é uma variável dicotómica nominal (sim ou não) e a maioria dos participantes revela conhecer uma pessoa com DI (80.1%).

A Tabela 6 apresenta a caracterização da amostra face a esta variável.

Tabela 6*Caracterização Sociodemográfica da Amostra: Conhecer uma Pessoa com DI*

Variável Sociodemográfica		n	%
Conhecer uma Pessoa com DI	Não	61	19.9
	Sim	146	80.1

O grau de parentesco com uma pessoa com DI é uma variável categórica nominal. A maioria dos participantes conhecia uma pessoa com DI, sendo possível extrair da resposta o grau de parentesco com essa pessoa. As opções de resposta contaram com os pais, a família alargada e a opção “outros” para os casos em que a pessoa com DI que o/a participante conhece não pertence à sua família. Foi adicionada uma opção “não”, para os participantes que não conheciam uma pessoa com DI. A Tabela 7 contém a caracterização da amostra através desta variável.

Tabela 7*Caracterização Sociodemográfica da Amostra: Grau de Parentesco*

Variável Sociodemográfica		n	%
Grau de Parentesco	Não	62	20.2
	Pais	16	5.2
	Família	31	10.1
	Outros	198	64.5

A variável ter contacto com uma pessoa com DI, é dicotómica nominal (sim ou não) e a maioria dos participantes não tem contacto (53.1%). A Tabela 8 contém a caracterização da amostra face ao ter ou não contacto com uma pessoa com DI.

Tabela 8*Caracterização Sociodemográfica da Amostra: Contacto com uma Pessoa com DI*

Variável Sociodemográfica		n	%
Contacto com uma Pessoa com DI	Não	163	53.1
	Sim	144	46.9

3.3. Materiais

3.3.1. Questionário Sociodemográfico

Os dados sociodemográficos relativos à caracterização dos participantes, foram recolhidos através de um questionário. Das informações recolhidas, constam os seguintes dados: idade, sexo, distrito de residência, nível de escolaridade, profissão, se o/a participante conhece uma pessoa com DI, qual o grau de parentesco e se tem contacto frequente com uma pessoa com DI. A variável idade foi operacionalizada em: 1 = 20-24 anos; 2 = 25-29 anos; 3 = 30-34 anos; 4 = 35-39 anos; 5 = 40-44 anos; 6 = 45-49 anos; 7 = 50-54 anos; 8 = 55-59 anos; 9 = 60-65 anos. A variável sexo foi operacionalizada em 1 = feminino e 2 = masculino. A variável distrito de residência foi dividida em 5 grupos: 1 = sul; 2 = centro; 3 = norte, 4 = região autónoma da madeira; 5 = região autónoma dos açores. A variável nível de escolaridade foi operacionalizada em: 1 = ensino primário; 2 = ensino básico; 3 = ensino secundário; 4 = bacharelato; 5 = licenciatura; 6 = mestrado; 7 = doutoramento. A variável profissão foi operacionalizada em: 1 = grupo A; 2 = grupo B; 3 = grupo C; 4 = grupo D; 5 = grupo E; 6 = grupo F; 7 = grupo G; 8 = grupo H; 9 = grupo I; 10 = grupo J; 11 = grupo K; 12 = grupo L. A variável conhece uma pessoa com DI foi operacionalizada em 1 = não e 2 = sim. A variável grau de parentesco contou com uma organização em 3 grupos: pais, família alargada e outros. Deixou-se uma opção “não” para quem não conhecia. Sendo assim, foi operacionalizada em 1 = não; 2 = pais; 3 = família alargada; 4 = outros. A variável tem contacto com uma pessoa com DI foi operacionalizada em 1 = não e 2 = sim.

3.3.2. *Attitudes Towards Sexuality of Individuals with Intellectual Disability* (ASEXID)

O *Attitudes Towards Sexuality of Individuals with Intellectual Disability* (ASEXID) (Gil-Llario et al., 2021) é um instrumento utilizado para recolher dados sobre as atitudes face à sexualidade da pessoa com DI. É constituído por 18 itens com um formato de resposta do tipo *Likert* com cinco níveis de frequência (de discordo totalmente a concordo totalmente). Os itens 1, 2, 3, 4, 11, 13, 14, 15, 18 têm conotação inversa. Todos os itens são agrupados em três fatores: o Fator 1 “Atitude Normalizadora” que se ocupa da semelhança entre a avaliação da sexualidade de pessoas com e sem DI e é exposta pelos itens 5, 6, 8, 9, 10, 12 e 16; o Fator 2 “Atitude Negacionista” que expressa a presença da crença de que as pessoas com DI possuem menor interesse pela sexualidade e por isso justifica-se a ausência de educação afetivo-sexual a este grupo e que está presente nos itens 1, 2, 3, 4 e 14; o Fator 3 “Atitude Paternalista” que demonstra a preocupação com a

percepção que se tem de que as pessoas com DI têm falta de controlo dos impulsos sexuais e se encontra expressa nos itens 7, 11, 13, 15, 17 e 18. Uma pontuação elevada nos itens de cada fator, indicam a presença do tipo de atitude a que corresponde a esse mesmo fator. Ou seja, uma pontuação elevada nos itens do Fator 1 indicam a presença de uma Atitude Normalizadora.

3.3.3. *Attitudes to Sexuality Questionnaire- Individuals with an Intellectual Disability (ASQ-ID)*

O *Attitudes to Sexuality Questionnaire- Individuals with an Intellectual Disability (ASQ-ID)* é constituído por 33 itens e originalmente desenvolvido por Cuskelly e Bryde (2004) contendo oito fatores relacionados com a expressão sexual: “Sentimentos Sexuais” (itens 9, 13, 15, 25) que envolve a crença de que as pessoas com DI possuem desejos sexuais; “Educação Sexual” (itens 4, 14, 20, 30) sobre atitudes em relação à oferta da educação sexual; “Masturbação” (itens 8, 11, 22, 27, 31) com atitudes sobre a adequação da prática nas pessoas com DI; “Relacionamentos Pessoais” (itens 2, 3, 6, 18) aceitação de que as pessoas com DI construam relacionamentos; “Interação Sexual” (itens 17, 24, 26, 28) atitudes e crenças sobre a possibilidade de pessoas com DI experienciarem relações e interações consensuais; “Esterilização” (itens 7, 16, 23, 29) atitudes sobre o uso desta prática como uma forma de controlo da natalidade e da sexualidade da pessoa com DI; “Casamento” (itens 10, 12, 21, 32) crenças sobre a capacidade e o direito da pessoa com DI ao casamento; “Parentalidade” (itens 1, 5, 19, 33) crenças sobre a capacidade e o direito da pessoa com DI à parentalidade. As respostas seguem um formato de resposta do tipo *Likert* com cinco níveis de frequência (de discordo totalmente a concordo totalmente). Cada tema contém uma pergunta com conotação liberal e uma inversa de conotação conservadora, que permite compreender o tipo de atitude revelada. Os valores mais elevados indicam atitudes liberais, à exceção das perguntas inversas que indicam atitudes conservadoras. Assim, as questões cotadas de forma inversa são os itens: 4, 5, 7, 8, 9, 10, 15, 18, 19, 20, 24, 27, 28, 29, 32. O instrumento encontra-se traduzido para a população portuguesa, num estudo com a colaboração de uma pessoa com formação superior em tradução (Calé, 2008). Outros estudos também já utilizaram a escala com a população portuguesa (Gabriel, 2013).

3.4. Procedimento de Recolha de Dados

A amostra foi recolhida entre fevereiro e junho de 2025, e contou com a colaboração de mais de 332 participantes que responderam ao questionário na sua

completude. Foram excluídos do total, os questionários recolhidos presencialmente que se encontravam incompletos. Foram ainda excluídos os que não residiam em Portugal (quatro), participantes com DI (dois) e participantes que preferiram não se referir ao sexo, uma vez que existia essa possibilidade de resposta no questionário demográfico (dois). Foram excluídas 16 respostas para o agrupamento por idades. Assim, a amostra conta com 307 participantes para a análise dos dados.

O questionário sociodemográfico e os dois questionários para recolher dados sobre as atitudes foram inseridos num documento pela plataforma *Google Forms* e impressos em papel. Os instrumentos foram aplicados presencialmente em registo de papel, junto de locais como a Universidade de Évora e entidades que trabalham com pessoas com deficiência intelectual. Para o formato online, foi fornecido um link que se expos na internet e foi partilhado com outros possíveis participantes.

Assim, o estudo conta com uma amostragem não-probabilística intencional com a técnica bola de neve, aplicada presencialmente junto dos alunos de Psicologia da Universidade de Évora e de Associações que trabalham com pessoas com DI. A amostragem por conveniência ocorreu online através de um questionário com um link que foi partilhado através da Internet (Garson, 2012).

3.5. Aspetos Éticos-Deontológicos

Antes da recolha de dados com recurso ao Questionário Sociodemográfico e aos dois instrumentos utilizados, foi apresentado o Consentimento Informado, descrevendo o objetivo do estudo, com a referência aos orientadores e à finalidade da obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica pela Universidade de Évora. Contou com uma breve definição da deficiência intelectual e da sexualidade, nomearam-se os instrumentos de recolha de dados e informou-se sobre o anonimato no tratamento dos mesmos. Bem como se informou do carácter voluntário da participação e da possibilidade de desistência a qualquer momento do preenchimento, sem pena de qualquer prejuízo. O modelo utilizado que contem o Consentimento Informado e os instrumentos de recolha de dados encontra-se disponível no Anexo 1.

3.6. Análise dos Dados

A potência estatística da amostra foi calculada de forma a procurar uma medida que ajude a sustentar os resultados e a rejeitar a hipótese nula de que não existem diferenças nas atitudes face às diferentes dimensões da sexualidade, bem como às

características sociodemográficas. Pretendeu-se testar a sensibilidade do teste, ou seja, a capacidade do teste para detetar um efeito verdadeiro, se ele estiver presente. A potência estatística da amostra foi calculada à priori, com recurso ao programa *G*Power* versão 3.1.9.7.

Uma vez que a amostra demonstrou não seguir uma distribuição normal dos dados, o cálculo à priori da potência estatística contou com a escolha de testes não paramétricos. O programa não fornece diretamente o cálculo para os mesmos, sendo limitado nessa opção. Consequentemente, utilizaram-se testes paramétricos que a literatura tem como equivalentes, como guia para o cálculo no *G*Power*. Em contrapartida à escolha da *Correlação de Spearman*, foi realizado o cálculo com a *Correlação de Pearson: Correlation: bivariate normal model*, para a análise dos tipos de atitudes face às dimensões da sexualidade. Utilizou-se um modelo bilateral para não restringir o resultado a uma única direção face às correlações. Um tamanho de efeito médio (*Correlation p H1 = .3*) que mede a força da relação encontrada, ou seja, se o efeito calculado é forte e relevante. E um nível de significância de .05, que envolve a probabilidade de se rejeitar a hipótese nula quando ela é verdadeira (conhecido como erro do tipo I). Foi possível inferir que o valor mínimo da amostra deve ser 138, o que não constitui um problema, uma vez que $n=307$.

Quanto ao cálculo da potência estatística necessária para as correlações entre variáveis sociodemográficas e os tipos de atitudes, substituindo os testes não paramétricos o *Mann-Whitney U* para a comparação de dois grupos e o *Kruskal-Wallis* para comparar três ou mais grupos, utilizaram-se respetivamente *t-test: Means two independent groups* e *ANOVA: Fixed Effects, omnibus, one way*. Para o *t-test: Means two independent groups* foi utilizado um modelo bilateral para não restringir o resultado a uma única direção face às correlações. E um nível de significância de .05. A magnitude de efeito foi considerada moderada ($f=.25$) e envolve quantificar o tamanho da diferença esperada entre grupos, ou seja, se é expectável que se encontrem diferenças nas atitudes face à sexualidade da pessoa com deficiência intelectual. Considerou-se um número de grupos igual a dois, para as variáveis como o sexo, conhecer uma pessoa com DI e ter contacto com uma pessoa com DI. Foi possível inferir um valor mínimo para a amostra de 210, não se verificando problemático uma vez que $n=307$.

Para a *ANOVA: Fixed Effects, omnibus, one way*, contou-se com um nível de significância de .05 e uma magnitude de efeito moderada ($f=.25$). A potência estatística

recomendada foi .80. Inferiu-se que o valor mínimo para uma quantidade de nove grupos para as restantes correlações com as variáveis que não são dicotômicas, deve ser de 378. Utilizou-se a segunda variável com maior número de grupos: idade, uma vez que a variável profissão apresenta maior número de grupos desequilibrados e com menor relevância teórica. Apenas as variáveis idade, profissão e nível de escolaridade exigem um maior número da amostra (superior a 307). Como as restantes variáveis exigem um tamanho amostral menor, considera-se que a amostra possui os requisitos mínimos para a análise pretendida de forma a assegurar a validade estatística dos resultados.

A priori ao tratamento dos dados, onde o ficheiro dos dados foi limpo e as variáveis foram operacionalizadas, através do *Google Sheets*. O tratamento e análise dos dados foi efetuado com recurso ao programa estatístico *IBM.SPSS*, versão 30. Primeiramente, foi realizada uma análise estatística descritiva e foi verificada a inexistência de valores omissos e/ou *outliers*. A análise estatística descritiva permitiu obter a informação acerca das médias e dos desvios padrão para os três fatores da ASEXID e as oito dimensões da ASQ-ID. Foram calculados os valores do *Alfa de Cronbach* e o teste de normalidade com recurso ao teste *Shapiro-Wilk* para cada um dos três fatores da ASEXID e para as oito dimensões da sexualidade na ASQ-ID.

Para a análise da ASEXID e da ASQ-ID, de forma a compreender se os fatores se correlacionam entre si, foi realizada uma *Correlação de Spearman* entre fatores para cada um dos instrumentos. Além de se ter feito uso do teste *Mann-Whitney U* para a comparação entre dois grupos e o teste *Kruskal-Wallis* para comparar três ou mais grupos. As variáveis profissão e distrito de residência foram excluídas da análise com recurso ao teste *Kruskal-Wallis*, uma vez que não possuem a mesma relevância teórica que as restantes e não foi encontrada literatura que confirme ou corrobore os possíveis resultados. Além de que ambas possuem grupos com menos de cinco participantes, o que enviesaria os resultados e não permitiria conclusões estatisticamente válidas (Ostertagová et al., 2014).

4. Resultados

Seguem-se os resultados da análise estatística descritiva. A Tabela 9 apresenta os valores da média e do desvio padrão para os fatores da ASEXID e a Tabela 10 os mesmos valores correspondentes às atitudes manifestadas para as oito dimensões da sexualidade presentes na ASQ-ID.

Tabela 9*Valores da Média e Desvio Padrão para os Fatores da ASEXID*

Fatores da ASEXID	<i>M</i>	<i>DP</i>
Atitude Normalizadora	4.01	.601
Atitude Negacionista	4.15	.587
Atitude Paternalista	3.35	.496

Nota. M = Média; DP = Desvio Padrão.**Tabela 10***Valores da Média e Desvio Padrão para os Fatores da ASQ-ID*

Dimensões da Sexualidade na ASQ-ID	<i>M</i>	<i>DP</i>
Sentimentos Sexuais	3.64	.524
Educação Sexual	3.93	.621
Masturbação	4.10	.619
Relacionamentos Pessoais	3.98	.602
Interação Sexual	3.74	.519
Esterilização	3.90	.680
Casamento	3.97	.702
Parentalidade	3.76	.807

Nota. M = Média; DP = Desvio Padrão.

O *Alfa de Cronbach* foi calculado para medir a consistência interna dos itens, ou seja, se os itens do mesmo fator medem o mesmo construto e se relacionam entre si de forma significativa (Field, 2018). Foi calculado o *Alfa de Cronbach* para cada um dos três fatores da ASEXID: “Atitudes Normalizadoras” ($\alpha = .84$); “Atitudes Negacionistas” ($\alpha = .73$); “Atitudes Paternalistas” ($\alpha = .50$). O *Alfa de Cronbach* para as dimensões da sexualidade da ASQ-ID: “Sentimentos Sexuais” ($\alpha = .49$); “Educação Sexual” ($\alpha = .62$); “Masturbação” ($\alpha = .78$); “Relacionamentos Pessoais” ($\alpha = .57$); “Interação Sexual” ($\alpha = .55$); “Esterilização” ($\alpha = .70$); “Casamento” ($\alpha = .76$); “Parentalidade” ($\alpha = .85$). Kline (1999) propõe que ao medir construtos psicológicos, valores do *Alfa de Cronbach* menores que .70 são esperados, devido à diversidade de formas como os construtos são percebidos.

Para atender à validade interna do estudo, a normalidade da distribuição dos dados foi testada com o uso do teste *Shapiro-Wilk*, permitindo compreender se os dados seguem uma curva normal (se se organizam em torno da média), essencial para a escolha dos testes estatísticos adequados.

Para cada um dos três fatores da ASEXID e para as oito dimensões da sexualidade na ASQ-ID, o valor do nível significância obtido ($p = > .001$) demonstrou que os dados recolhidos não seguem uma distribuição normal, porque ($.001 < .05$). Assim, rejeita-se a hipótese nula que assumia que os dados seguissem uma distribuição normal. Logo, justifica-se a necessidade da utilização de testes não paramétricos como a *Correlação de Spearman* para correlações, o *Mann-Withney U* para a comparação de dois grupos e o *Kruskal-Wallis* para comparar três ou mais grupos (Field, 2018).

Para compreender se os fatores da ASEXID se correlacionam entre si, foi realizada uma *Correlação de Spearman* entre fatores. Verificou-se uma correlação positiva e significativa entre todos os fatores, com valores do coeficiente de correlação *Rho de Spearman* entre $\rho = .510$ e $\rho = .682$ ($p = < .001$). As “Atitudes Normalizadoras” com as Negacionistas apresentam uma relação positiva significativa com $\rho = .641$. As primeiras com as “Atitudes Paternalistas” apresentam uma relação positiva significativa de $\rho = .682$. As “Atitudes Negacionistas” com as “Atitudes Paternalistas” apresentam uma relação positiva significativa de $\rho = .510$.

Foi realizada uma *Correlação de Spearman* entre fatores da ASQ-ID. Verificou-se uma correlação positiva e significativa entre todos os fatores, com valores entre $\rho = .417$ e $\rho = .767$ ($p = < .001$). As dimensões da sexualidade com maior correlação são o “Casamento” e a “Parentalidade”.

De seguida, as variáveis sexo, conhecer uma pessoa com DI e ter contacto com uma pessoa com DI, foram analisadas com o recurso ao teste *Mann-Withney U* para a comparação entre dois grupos.

Os resultados da análise com o teste com os fatores da ASEXID encontram-se descritos na Tabela 11, enquanto na Tabela 12 são apresentados os resultados para os fatores da ASQ-ID. É apresentado o valor do *p-value* para cada um dos fatores que ditará se existe uma diferença significativa, se $p\text{-value} < .05$. O *Posto Médio* é um valor que indica qual dos grupos dentro de cada variável apresentou maior média. Ou seja, para a variável sexo,

o grupo masculino ou feminino terá um valor do *Posto Médio* e valor maior indica qual grupo apresenta maior prevalência no fator correspondente.

Tabela 11

Resultados do Teste Mann-Withney U para os Fatores da ASEXID

Fatores da ASEXID	Variáveis	<i>P-Value</i>	Grupo com Maior <i>Posto Médio</i>
Atitudes Normalizadoras	Sexo	.57	Masculino (158.80)
	Conhecer	.71	Não Conhecer (157.78)
	Ter Contacto	.11	Sem Contacto (161.65)
Atitudes Paternalistas	Sexo	.69	Feminino (155.21)
	Conhecer	.25	Não Conhecer (165.69)
	Ter Contacto	.02	Sem Contacto (164.87)
Atitudes Negacionistas	Sexo	< .001	Feminino (164.09)
	Conhecer	.12	Conhecer (157.93)
	Ter Contacto	.19	Contacto (161.06)

Os resultados da Tabela 11 indicam que as únicas diferenças significativas entre grupos para os fatores da ASEXID, através das variáveis sexo, conhecer e ter contacto com uma pessoa com DI, foram as seguintes. Para o fator “Atitudes Negacionistas”, apenas a variável sexo apresenta uma diferença significativa ($p = < .001$) com o destaque do grupo das mulheres (164.09). Quanto ao fator “Atitudes Paternalistas”, apenas a variável ter contacto com uma pessoa com DI apresenta uma diferença significativa ($p = .02$) com o destaque do grupo que não tem contacto (164.87).

Tabela 12

Resultados do Teste Mann-Withney U para os Fatores da ASQ-ID

Fatores da ASQ-ID	Variáveis	<i>P - Value</i>	Grupo com Maior <i>Posto Médio</i>
Sentimentos Sexuais	Sexo	.66	Feminino (155.34)

Fatores da ASQ-ID	Variáveis	<i>P - Value</i>	Grupo com Maior <i>Posto Médio</i>
Sentimentos Sexuais	Conhecer	.98	Conhecer (154.05)
	Ter Contacto	.52	Sem Contacto (157.04)
Educação Sexual	Sexo	.001	Feminino (163.79)
	Conhecer	.24	Conhecer (156.92)
	Ter Contacto	.49	Contacto (157.98)
Masturbação	Sexo	.31	Feminino (157.09)
	Conhecer	.30	Conhecer (156.59)
	Ter Contacto	.95	Contacto (154.34)
Relacionamentos Pessoais	Sexo	.59	Feminino (155.63)
	Conhecer	.23	Conhecer (156.98)
	Ter Contacto	.99	Sem Contacto (154.06)
Interação Sexual	Sexo	.12	Feminino (158.66)
	Conhecer	.09	Conhecer (158.21)
	Ter Contacto	.22	Contacto (160.50)
Esterilização	Sexo	.22	Feminino (157.77)
	Conhecer	.39	Conhecer (156.16)
	Ter Contacto	.26	Sem Contacto (159.33)
Casamento	Sexo	.81	Masculino (155.98)
	Conhecer	.80	Conhecer (154.64)
	Ter Contacto	.004	Sem Contacto (167.72)
Parentalidade	Sexo	.74	Feminino (155.01)
	Conhecer	.72	Não Conhecer (157.60)
	Ter Contacto	.02	Sem Contacto (165.25)

Os resultados da Tabela 12 indicam que as únicas diferenças significativas entre grupos para os fatores da ASQ-ID, foram as seguintes: para a Dimensão “Educação Sexual”, a variável sexo é a única que apresenta uma diferença significativa entre grupos ($p = .001$), na qual o grupo das mulheres apresentam maior média de Postos (163.79). Para a Dimensão “Casamento”, a única variável que apresenta uma diferença significativa entre grupos ($p = .004$) é a ter contacto com uma pessoa com DI, na qual o grupo que não tem contacto revela maior média de *Postos* (167.72). Quanto à Dimensão “Parentalidade”, a única variável que apresenta uma diferença significativa entre grupos ($p = .02$) é a ter contacto com uma pessoa com DI, na qual o grupo que não tem contacto revela maior média de *Postos* (165.25).

Por fim, as variáveis idade, nível de escolaridade e qual o grau de parentesco foram analisadas com recurso ao teste *Kruskal-Wallis* para comparar três ou mais grupos. A Tabela 13 apresenta os resultados da análise com o teste com os fatores da ASEXID e a Tabela 14 para os fatores da ASQ-ID.

Tabela 13

Resultados do Teste Kruskal-Wallis para os Fatores da ASEXID

Fatores da ASEXID	Variáveis	<i>P-Value</i>	Grupo com Maior <i>Posto Médio</i>
Atitudes Normalizadoras	Idade	.02	35-39 anos (175.91)
	Escolaridade	.003	Bacharelato (174.25)
	Parentesco	.10	Outros (157.35)
Atitudes Paternalistas	Idade	<.001	20-24 anos (180.61)
	Escolaridade	.003	Mestrado (180.51)
	Parentesco	.03	Outros (158.29)
Atitudes Negacionistas	Idade	.18	35-39 anos (193.43)
	Escolaridade	<.001	Mestrado (187.15)
	Parentesco	.02	Outros (163.60)

A Tabela 13 apresenta resultados que indicam que as únicas diferenças significativas entre grupos para os fatores da ASEXID, através das variáveis idade, nível

de escolaridade e grau de parentesco com uma pessoa com DI, foram as seguintes: para o fator “Atitudes Normalizadoras”, para a variável idade ($p = .02$) prevaleceu o grupo dos 35 aos 39 anos com média de *Postos* (175.91). Na variável nível de escolaridade ($p = .003$) o maior *Posto Médio* foi grupo do bacharelato (174.25). Para as “Atitudes Paternalistas”, todas as variáveis apresentaram uma diferença significativa. A idade ($p = < .001$) com o grupo dos 20 aos 24 anos (180.61). A escolaridade ($p = .003$) com o mestrado (180.51) e o grau de parentesco ($p = .03$) com o grupo dos outros (158.29). Acerca do fator “Atitudes Negacionistas”, as variáveis que apresentaram uma relação significativa entre grupos foram o nível de escolaridade ($p = < .001$) no qual prevaleceu o grupo do mestrado (187.15) e o grau de parentesco ($p = .02$) com o grupo dos outros (163.60).

Tabela 14

Resultados do Teste Kruskal-Wallis para os Fatores da ASQ-ID

Fatores da ASQ-ID	Variáveis	<i>P - Value</i>	Grupo com Maior <i>Posto Médio</i>
Sentimentos Sexuais	Idade	.005	Feminino (155.34)
	Escolaridade	.007	Conhecer (154.05)
	Parentesco	.37	Sem Contacto (157.04)
Educação Sexual	Idade	.51	Feminino (163.79)
	Escolaridade	.001	Conhecer (156.92)
	Parentesco	.24	Contacto (157.98)
Masturbação	Idade	.04	Feminino (157.09)
	Escolaridade	.001	Conhecer (156.59)
	Parentesco	.04	Contacto (154.34)
Relacionamentos Pessoais	Idade	.01	Feminino (155.63)
	Escolaridade	.001	Conhecer (156.98)
	Parentesco	.05	Sem Contacto (154.06)
Interação Sexual	Idade	.05	Feminino (158.66)

Fatores da ASQ-ID	Variáveis	<i>P - Value</i>	Grupo com Maior <i>Posto Médio</i>
Interação Sexual	Escolaridade	.001	Conhecer (158.21)
	Parentesco	.06	Contacto (160.50)
Esterilização	Idade	.001	Feminino (157.77)
	Escolaridade	.001	Conhecer (156.16)
	Parentesco	.02	Sem Contacto (159.33)
Casamento	Idade	.001	Masculino (155.98)
	Escolaridade	.001	Conhecer (154.64)
	Parentesco	.01	Sem Contacto (167.72)
Parentalidade	Idade	.001	Feminino (155.01)
	Escolaridade	.001	Não Conhecer (157.60)
	Parentesco	.02	Sem Contacto (165.25)

A Tabela 14 apresenta resultados que indicam que as únicas diferenças significativas entre grupos para os fatores da ASQ-ID são as seguintes: para a Dimensão “Sentimentos Sexuais”, realçam-se as variáveis idade ($p = .005$) com o grupo dos 30 aos 34 anos (175.00) e escolaridade com o mestrado (173.31). A Dimensão “Educação Sexual” contou apenas com a escolaridade ($p = .001$) com o grupo do mestrado (183.22). Para a Dimensão “Masturbação”, a idade ($p = .04$) prevaleceu a faixa etária dos 30 aos 34 anos (195.24). Na escolaridade ($p = .001$) prevaleceu o mestrado (180.37). Quanto ao grau de parentesco ($p = .04$), foi o grupo outros (163.16). Sobre a Dimensão “Relacionamentos Pessoais” a idade ($p = .01$) prevaleceu a faixa etária dos 35 aos 39 anos (180.74), para a escolaridade ($p = .001$) foi o doutoramento (214.40) e para o grau de parentesco ($p = .05$) prevaleceu o grupo outros (162.26).

Na Dimensão “Interação Sexual” contou-se com a idade ($p = .05$) na qual prevaleceu a faixa etária dos 35 aos 39 anos (184.00) e para a escolaridade ($p = .001$) prevaleceu o mestrado (194.37). Na Dimensão “Esterilização”, a idade ($p = .001$) prevaleceu com a faixa etária dos 35 aos 39 anos (180.97), a escolaridade ($p = .001$) com o doutoramento (209.80) e o grau de parentesco ($p = .02$) com a família (168.42). Para a

Dimensão “Casamento”, a idade ($p = .001$) prevaleceu com a faixa etária dos 20 aos 24 anos (198.17), a escolaridade ($p = .001$) com o mestrado (187.33) e o grau de parentesco ($p = .01$) prevaleceu com o grupo outros (159.69). Quanto à Dimensão “Parentalidade”, a idade ($p = .001$) prevaleceu com a faixa etária dos 20 aos 24 anos (193.64), a escolaridade ($p = .001$) contou com o mestrado (175.25) e o grau de parentesco ($p = .02$) prevaleceu com o grupo outros (159.98).

5. Discussão

De forma a responder a que atitudes se encontram presentes na amostra da população portuguesa, discutem-se, de seguida, os resultados obtidos.

Os valores da Tabela 9 com os dados recolhidos com a ASEXID indicam que o valor da média foi mais elevado para o fator “Atitudes Normalizadoras” e para as “Atitudes Negacionistas”. Compreende-se que os participantes revelaram atitudes normalizadoras face à sexualidade da pessoa com DI, pois indica que as suas atitudes são baseadas na crença de que a sexualidade das pessoas com DI não difere da sexualidade das pessoas sem DI (Llario et al. 2021). No entanto, também foram encontradas atitudes negacionistas que revelam que a população ainda reserva preconceitos e crenças baseadas na desinformação (Parra & Oliva, 2015). O estudo original do instrumento, indicou que para a população geral, as atitudes paternalistas prevaleceram dentro da população espanhola (Llario et al. 2021). Recordando a escassez de estudos portugueses que utilizam os mesmos instrumentos para avaliar atitudes sociais, justifica-se o recurso à literatura estrangeira para enriquecer a discussão dos resultados. Uma vez que a proximidade cultural também o permite (Llario et al. 2021).

Já utilizando os resultados com a ASQ-ID, descritos anteriormente na Tabela 10, mostram que os valores da média foram moderados para a “Educação Sexual”, “Relacionamentos Pessoais”, “Interação Sexual”, “Sentimentos Sexuais”, “Esterilização”, “Casamento”, “Parentalidade”. Apenas a “Masturbação” apresentou um valor da média elevado. De forma geral, os resultados indicam que para todos os fatores da ASQ-ID, se verificaram presentes atitudes liberais, o que se assemelha às conclusões de Cuskelly e Bryde (2004), no estudo original da ASQ-ID. No entanto, os autores encontram atitudes mais conservadoras para a dimensão da “Paternidade”, enquanto no presente estudo para os “Sentimentos Sexuais”, as atitudes liberais foram menos fortes.

Assim, a dimensão da “Masturbação” obteve as atitudes mais liberais, o que se pode explicar pela possível perceção dos participantes acerca da masturbação como uma prática mais segura e que envolve menos riscos e garante alguma satisfação sexual para as pessoas com DI (Wit et al., 2022). O que se encontra de acordo com a literatura que indica que dimensões como a masturbação são aceites mais facilmente pela população do que aspetos da sexualidade como o casamento, a maternidade e paternidade e as relações sexuais (Bernardino et al., 2013; Franco et al., 2012).

Quanto à interpretação dos valores do desvio padrão, para a ASEXID, é possível pensar que, como os valores são relativamente baixos, os participantes tenderam a responder de forma semelhante às questões colocadas. Revelando que as respostas se encontram centradas em torno da média, ou seja, com pouca variância. Por isso, não se observa a presença de grandes extremos opostos nas respostas. Ao contrário dos resultados para a ASEXID, na ASQ-ID, os participantes não responderam de forma semelhante para todos os fatores, refletindo-se respostas diferentes para as dimensões “Casamento” e “Parentalidade”.

A correlação positiva e significativa entre todos os fatores da ASEXID sugere que quando os participantes expressam atitudes de um tipo, também tendem a expressar atitudes de outros tipos. As “Atitudes Normalizadoras” associadas às “Atitudes Paternalistas” apresentam a maior correlação, o que pode refletir que quando são expressas “Atitudes Normalizadoras”, é mais provável que também sejam expressas “Atitudes Paternalistas”. Estes resultados podem ser compreendidos à luz da sugestão de que os participantes podem expressar simultaneamente diferentes tipos de atitudes face à sexualidade da pessoa com DI. Ou seja, não é possível afirmar que as atitudes se manifestem de forma uniforme para as dimensões da sexualidade, pois variam consoante as mesmas. O que pode dever-se por exemplo, às diferentes dimensões da sexualidade (Mengual et al., 2017; Tamas et al., 2019), ou à justificação de que algumas dimensões da sexualidade, como por exemplo os relacionamentos, se encontrarem influenciadas por fatores socioculturais (Esterle et al., 2008).

Por sua vez, os resultados da ASQ-ID apresentaram uma correlação positiva e significativa entre todos os fatores, com as dimensões da sexualidade com maior correlação são o “Casamento” e a “Parentalidade”. O que pode sugerir que quando as pessoas respondem com atitudes mais liberais ou conservadoras sobre o “Casamento” é mais provável que o façam também com a “Parentalidade”, que se pode dever às

dimensões se encontrarem muitas vezes associadas e envolverem um maior nível de compromisso e responsabilidade (Cuskelly & Bryde, 2004).

De seguida, discutem-se os resultados que permitem responder à questão de investigação sobre a possibilidade de existirem diferenças significativas para as variáveis sociodemográficas. Utilizando os dados da ASEXID apresentados na Tabela 11, e no que diz respeito à variável sexo, os resultados não foram ao encontro da literatura que refere que os homens são mais conservadores (Correa et al., 2025). Uma vez que no presente estudo em comparação com as mulheres, expressaram atitudes mais normalizadoras.

Sobre a variável conhecer uma pessoa com DI e a variável ter contacto, revelou-se que ambos os grupos que não conhecem e não têm contacto demonstraram atitudes normalizadoras. O que refuta os resultados de Correa et al. (2025), Llarío et al. (2021) e Pebdani (2016) nos quais se verificou que quem tem contacto com uma pessoa com DI apresenta atitudes mais normalizadoras e positivas.

Por sua vez, atendendo às variáveis idade, nível de escolaridade e qual o grau de parentesco, os resultados da ASEXID presentes na Tabela 13 discutem-se. Quanto à variável idade, Correa et al. (2025) propôs que os participantes com idade mais jovem apresentem atitudes mais normalizadoras e por isso, quanto maior for a idade, menor a normalização da sexualidade da pessoa com DI. O que acabou por não se verificar, uma vez que a faixa etária que demonstrou maior normalização da sexualidade da pessoa com DI foi a dos 35 aos 39 anos, enquanto dos 20 aos 24 anos expressaram atitudes mais paternalistas.

Quanto ao nível de escolaridade, os resultados vão ao encontro da literatura que tem sugerido que níveis mais elevados de escolaridade estão associados a atitudes mais positivas (Grieve et al., 2009; Karellou, 2003; Yueh-Ching et al., 2016). Face ao grau de parentesco, Llarío et al. (2021) propôs que os familiares apresentem atitudes paternalistas, embora o presente estudo tenha recolhido a informação de que para todos os fatores, o grupo dos outros prevaleceu e por isso não podem ser retiradas conclusões que permitam discutir e comparar esta distinção.

Discutem-se os resultados para os dados da ASQ-ID utilizando as variáveis sexo, conhecer uma pessoa com DI e ter contacto com uma pessoa com DI, de forma a compreender se existem diferenças quando das atitudes entre grupos, atendendo à Tabela 12.

Para a variável sexo, as mulheres apresentam atitudes mais liberais que os homens em todas as dimensões exceto na dimensão “Casamento”. Ryan e McConkey (2000) confirmaram que os homens podem ter atitudes mais liberais face à sexualidade da pessoa com DI em dimensões como a educação sexual e a parentalidade. Ditchman et al. (2017) e Franco et al. (2012) propõem que as mulheres apresentam atitudes mais positivas face à sexualidade da pessoa com DI. No entanto, a diferença face à dimensão do casamento pode justificar-se, visto ser uma dimensão que ainda contém um carácter conservador e inflexível quanto à idealização do casamento. Esta dimensão tende a ser alvo de atitudes mais conservadoras (Cuskelly & Bryde, 2004). Considera-se que os grupos não se encontram divididos de forma equilibrada e que essa discrepância pode levar a enviesamentos nos resultados. Além de que alguns estudos não encontraram diferenças significativas entre as atitudes expressas por homens e mulheres da população face à sexualidade da pessoa com DI (Karellou, 2003; Sankhla & Theodore, 2015).

Os resultados da variável conhecer uma pessoa com DI, demonstram que as atitudes mais liberais encontram-se no grupo que conhece, para todas as dimensões menos a dimensão “Parentalidade” na qual prevaleceu o grupo que não conhece com as atitudes mais liberais. Tal se pode justificar porque esta dimensão tende a ser alvo de atitudes mais conservadoras, mesmo que o grupo que está familiarizado costuma apresentar atitudes mais liberais (Cuskelly & Bryde, 2004). Notando que, estudos como o de Oliver et al. (2002) encontraram atitudes negativas em relação aos direitos parentais da pessoa com DI.

Para a variável ter contacto com uma pessoa com DI, os resultados diferem e o grupo que tem contacto demonstrou atitudes mais liberais apenas nas seguintes dimensões: “Educação Sexual”, “Masturbação” e “Esterilização”. O que vai ao encontro dos resultados do estudo de Aunos e Feldman (2002) que explicaram que as atitudes face à educação sexual podem ser mais liberais para o grupo que tem contacto com uma pessoa com DI. Assim como apresentam atitudes mais liberais para a “Esterilização”, o que indica que se opõem à sua utilização como uma solução para a sexualidade da pessoa com DI. A questão da masturbação é percecionada, mais uma vez, como uma prática mais segura para as pessoas com DI (Wit et al., 2022).

Atendendo às variáveis idade, nível de escolaridade e grau de parentesco discutem-se os resultados com os dados da ASQ-ID presentes na Tabela 14. Os resultados para a variável idade demonstraram que o grupo dos 20 aos 24 anos apresentou atitudes

mais liberais em todas as dimensões, exceto nas dimensões “Interação Sexual” e “Esterilização”, onde o grupo dos 35-39 anos prevaleceu. Reflete-se o descrito na literatura, que as faixas etárias mais jovens apresentam atitudes mais liberais (Cuskelly & Bryde, 2004). Apesar de Correa et al. (2022) terem sugerido que não existem diferenças significativas entre a idade. O presente estudo contou com a maioria de diferenças significativas entre grupos para a variável idade, como demonstrado na Tabela 13 e Tabela 14.

Já para a variável nível de escolaridade, os resultados mantêm-se semelhantes aos da ASEXID. Para todos os fatores da ASQ-ID, ou seja, todas as dimensões da sexualidade, prevaleceram atitudes mais liberais entre os participantes com o nível de escolaridade mais elevado (mestrado e doutoramento). Confirmando os resultados dos estudos de Grieve et al. (2009), Karellou (2003) e Yueh-Ching et al. (2016).

Por fim, para a variável grau de parentesco com uma pessoa com DI, os resultados presentes na Tabela 14 voltam a demonstrar que prevaleceu o grupo dos outros em todas as dimensões da sexualidade, exceto na “Esterilização” onde o grupo da família apresentou as atitudes mais liberais. O que significa que os familiares das pessoas com DI opõem-se mais ao uso da esterilização. Embora no geral, apesar de o grupo dos outros ter sempre prevalecido, as atitudes dos familiares e profissionais terem sido maioritariamente positivas e liberais, o que vai refutar as conclusões de Llario et al. (2021).

Em tom de conclusão, reflete-se que apesar de a literatura encontrar posições opostas e que se contradizem, a presente investigação permitiu utilizar a ASEXID e a ASQ-ID na população portuguesa e retirar conclusões. Foi possível responder às questões inicialmente colocadas acerca da caracterização dos tipos de atitudes possível de encontrar na população portuguesa. Confirma-se a prevalência de atitudes da população mais liberais e positivas face à sexualidade da pessoa com DI (Gilmore & Chambers, 2010; Morales et al., 2011; Oliver et al., 2002), apesar dos resultados da ASEXID terem demonstrado que os participantes podem expressar simultaneamente diferentes tipos de atitudes face à sexualidade da pessoa com DI.

De igual forma quanto à questão da existência de diferenças face às dimensões da sexualidade, vimos que as dimensões que envolvem a masturbação e a liberdade de receber e dar afeto são alvo de atitudes mais positivas pela população (Gilmore &

Chambers, 2010) do que as dimensões como o casamento e a parentalidade (Bernardino et al., 2013; Franco et al., 2012).

Sobre a parentalidade, recuamos à sua definição para compreender o seu destaque nos resultados obtidos. Envolve o conjunto de comportamentos de cuidado que os pais ou cuidadores exercem sobre a criança, além do vínculo que se forma e alimenta. Estas práticas envolvem um processo socialmente construído, que influencia a interação entre o adulto e a criança, da qual surgem as figuras parentais e os modelos relacionais adquiridos na infância (Aching & Granato, 2016).

No entanto, justifica-se a importância de atitudes mais positivas para com a sexualidade da pessoa com DI, uma vez que se compreende a forma como os relacionamentos e a vivência de uma sexualidade satisfatória e segura se encontra associada à satisfação com a vida (Navaneetham & Kanth, 2022).

Quanto à questão de existirem diferenças significativas nas atitudes adjacentes das variáveis sociodemográficas, os resultados variam. Para a variável sexo, com a ASEXID apenas o fator “Atitudes Negacionistas” demonstrou diferenças significativas entre homens e mulheres. Com a ASQ-ID, foi apenas o fator “Educação Sexual” que apresentou diferenças. Sobre a variável idade, com a ASEXID apenas o fator “Atitudes Negacionistas” não demonstrou diferenças significativas na idade. Com a ASQ-ID, foi apenas o fator “Educação Sexual” que não apresentou diferenças. Para a variável nível de escolaridade, todos os fatores da ASEXID e da ASQ-ID demonstraram diferenças significativas entre grupos. Face à variável “conhecer uma pessoa com DI”, não foram verificadas diferenças entre grupos para nenhum dos fatores (tanto da ASEXID quanto da ASQ-ID).

Acerca das atitudes positivas para com a educação sexual, compreende-se que a promoção do acesso à informação e orientação pela parte de profissionais e dos pais é de elevada importância para garantir que a pessoa com DI esteja informada e viva uma sexualidade saudável, ética e possa prevenir comportamentos de risco (Llario et al., 2021).

Sobre a variável “ter contacto com uma pessoa com DI”, na ASEXID apenas o fator “Atitudes Paternalistas” apresentou diferenças significativas. Com a ASQ-ID, apenas os fatores “Casamento” e “Parentalidade” demonstraram diferenças. Sobre a variável qual o grau de parentesco com uma pessoa com DI, para a ASEXID apenas o

fator “Atitudes Normalizadoras” não apresentou diferenças significativas. Com a ASQ-ID, apenas os fatores “Sentimentos Sexuais”, “Educação Sexual” e “Interação Sexual” não demonstraram diferenças significativas.

A presente investigação apresenta algumas limitações. Em primeiro lugar, as limitações da escolha do método de amostragem não-probabilística. Estes métodos não são os mais fiáveis para garantir a generalização dos resultados com confiança, logo os resultados devem ser interpretados com prudência. É de notar que a distribuição dos participantes por grupos nem sempre resultou em grupos equilibrados, como por exemplo o género onde mais de metade dos participantes foi do sexo feminino. E o grupo dos outros na variável grau de parentesco, que tinha mais de metade dos participantes.

No que diz respeito à validade interna, alguns valores do *Alfa de Cronbach* não foram tão elevados quanto deveriam, o que sugere que estudos futuros devem replicar os mesmos instrumentos na população portuguesa. Refere-se que os instrumentos não esse encontram validados oficialmente para a população portuguesa, apesar de outros autores já terem utilizado os instrumentos em Portugal.

Outro aspeto relevante de mencionar, é que os instrumentos não permitem avaliar as diferenças nas atitudes consoante o nível de DI. Uma vez que a ASEXID e a ASQ-ID não têm em conta esta especificidade e diversos participantes entraram em contacto para alertar que muitas vezes acabaram por responder de forma neutra por acreditarem que a sua resposta dependia do nível de DI. No entanto, apesar das limitações referidas, os resultados demonstraram associar-se a conclusões de outras investigações, o que pode sustentar a sua contribuição para a investigação em torno das questões colocadas e da áreas estudadas. Realça-se a importância de estudos futuros adaptarem os instrumentos para a população portuguesa e procurarem construir outros que se encontrem adaptados às limitações mencionadas, entre outras.

Reflete-se que no enquadramento teórico, foram mencionados estudos cujos resultados se contradizem, o que revela a natureza múltipla da investigação e a complexidade tanto do construto da sexualidade como das atitudes. Diversas explicações podem ser propostas para a ausência de consenso. Como realça Ramos (2005), a expressão de atitudes negativas pode ser influenciada também por outros fatores como o grau e o tipo de deficiência, e também pelas características pessoais da pessoa com DI.

De facto, o tema das atitudes face à sexualidade da pessoa com DI deveria ser alvo de mais investigações em Portugal, sobretudo de uma perspetiva da população. Visto existirem mais estudos na perspetiva dos pais e profissionais, bem como da perceção da própria pessoa com DI. Estudar as atitudes sociais, poderá auxiliar a comunidade científica a realizar possíveis comparações que possam responder à questão tão colocada na literatura: será que a população no geral evoluiu em termos de atitudes mais positivas e liberais acerca da sexualidade da pessoa com DI? Ou ainda reserva preconceitos e atitudes conservadoras que impedem a mudança de paradigma nas atitudes e o apoio à expressão e vivência de uma sexualidade saudável e informada para a pessoa com DI?

O presente estudo pretende realçar ainda a importância dos resultados e da investigação tanto para o aumento do conhecimento científico, quanto para a promoção de programas destinados aos profissionais, à família, à comunidade e também adaptados para a pessoa com DI. Bem como Políticas que visem garantir o acesso à informação e educação sexual para todos. Aspirando assim combater a discriminação, infantilização e práticas negativas que prejudiquem a verdadeira inclusão da pessoa com DI.

Referências Bibliográficas

- Aching, M. C., & Granato, T. M. M. (2016). A mãe suficientemente boa em situação de vulnerabilidade social. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 33, 15-24.
- Almeida, L., & Freire, T. (2007). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (4ª ed.). Psiquilíbrios.
- Anderson, R. M. (2013). Positive sexuality and its impact on overall well-being. *Bundesgesundheitsbl*, 56(2), 208-214. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1607-z>
- 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>
- Baams, L., & Kaufman, T. M. (2023). Sexual orientation and gender identity/expression in adolescent research: Two decades in review. *The Journal of Sex Research*, 60(7), 1004-1019. <https://doi.org/10.1080/00224499.2023.2219245>
- 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, 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5572-9>
- Bazzo, G., Nota, L., Soresi, S., Ferrari, L., & Minnes, P. (2007). Attitudes of social service providers towards the sexuality of individuals with intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20(2), 110-115. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2006.00308.x>
- Bernardino, S. O., Darín, L. A. D., López, P. S., Bonnin, N. T., López, B. B. & Gómez, G. G. (2013). Actitudes hacia la sexualidad, esterilización, maternidad/paternidad y habilidades de crianza de personas con discapacidad intelectual: Un estudio preliminar. *Siglo Cero*, 44(4), 55-69. http://sid.usal.es/idos/F8/ART20314/Actitudes_248.pdf
- Casaleiro, T. F. C. D. O. (2015). *A pessoa com Deficiência Intelectual: vivência da afetividade e da sexualidade* [Master's thesis, Universidade Católica

Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa.
<http://hdl.handle.net/10400.14/16865>

- Christian, L., Stinson, J., & Dotson, L. A. (2001). Staff values regarding the sexual expression of women with developmental disabilities. *Sexuality and Disability*, 19, 283-291. <https://doi.org/10.1023/A:1017957409670>
- Claudino, A. do A. D. (1997). *A Orientação para a Formação Profissional de Jovens com Deficiência Intelectual*. Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Constituição da República Portuguesa [CRP], art. 13º, 36º & 71º (1976). Diário da República: I série, n.º 86. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-aprovacao-constituicao/1976-34520775-50453575>
- Correa, A. B., Moreno, J. D., & Castro, A. (2022). A meta-analytic review of attitudes towards the sexuality of adults with intellectual disabilities as measured by the ASQ-ID and related variables: Is context the key?. *Journal of Intellectual Disability Research*, 66(10), 727-742. <https://doi.org/10.1111/jir.12971>
- Correa, A. B., Castro, Á., & Gil-Llario, M. D. (2024). The relationship of stereotypes, social distance and sexuality knowledge with attitudes towards sexuality of people with mild intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 37(5), e13276. <https://doi.org/10.1111/jar.13276>
- Correa, A. B., Castro, Á., & Gil-Llario, M. D. (2025). Staff Views Towards the Sexuality of Adults with Mild Intellectual and Developmental Disabilities: The Role of Experience and Job Position. *Sexes*, 6(1), 1. <https://doi.org/10.3390/sexes6010001>
- Cuskelly, M., & Bryde, R. (2004). Attitudes towards the sexuality of adults with an intellectual disability: parents, support staff, and a community sample. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 29(3), 255-264. <https://doi.org/10.1080/13668250412331285136>
- Decreto-Lei n.º 38/2004 da Assembleia da República (2004). Diário da República: I-A série, n.º 194. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/38-2004-480708>
- Decreto-Lei n.º 60/2009 da Assembleia da República (2009). Diário da República: I série, n.º 151. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/60-2009-494016>

Decreto-Lei n.º 54/2018 da Assembleia da República (2018). Diário da República: I série, n.º 129. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/54/2018/07/06/p/dre/pt/html>

Despacho n.º 15/MTSSS/2019 do Ministro do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (2019). Diário da República: I série, n.º 169. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2021/08/16900/0000300071.pdf>

Ditchman, N., Easton, A. B., Batchos, E., Rafajko, S., & Shah, N. (2017). The impact of culture on attitudes toward the sexuality of people with intellectual disabilities. *Sexuality and Disability*, 35, 245-260. <https://doi.org/10.1007/s11195-017-9484-x>

Esterle, M., Muñoz Sastre, M. T., & Mullet, E. (2008). Judging the acceptability of sexual intercourse among people with learning disabilities: French laypeople's viewpoint. *Sexuality and Disability*, 26(4), 219-227. <https://doi.org/10.1007/s11195-008-9093-9>

Evans, D. S., McGuire, B. E., Healy, E., & Carley, S. N. (2009). Sexuality and personal relationships for people with an intellectual disability. Part II: staff and family carer perspectives. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(11), 913-921. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2009.01202.x>

Fernandes, A. P. (2004). *E Nós? Pessoas com Deficiência*. Delegação Distrital de Castelo Branco da Associação Portuguesa de Deficientes.

Fernandes, M. I. D. N. B. (2014). *Vivência da sexualidade da pessoa com deficiência intelectual profunda: Perspectiva dos pais e profissionais* [Master's thesis, Universidade de Coimbra]. Repositório Científico da UC. <https://hdl.handle.net/10316/28665>

Field, A. (2018). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics* (5th ed.). SAGE.

Franco, D. G., Cardoso, J. & Neto, I. (2012). Attitudes Towards Affectivity and Sexuality of People with Intellectual Disability. *Sexuality and Disability*, 30, 261-287. <https://doi.org/10.1007/s11195-012-9260-x>

Gabriel, C. A. C. (2013). *Sexualidade da pessoa com deficiência intelectual-attitudes de pais e profissionais* [Master's thesis, Instituto Superior de Psicologia Aplicada]. Repositório do ISPA. <http://hdl.handle.net/10400.12/2516>

- Gama, A. S. R. S. (2016). *Atitudes e crenças sobre a sexualidade na pessoa com deficiência mental: Um estudo comparativo de familiares e profissionais usando a metodologia Q-Sorting* [Master's thesis, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/83048>
- Garghetti, F. C., Medeiros, J. G., & Nuernberg, A. H. (2013). Breve história da deficiência intelectual. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID)*, 10. <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/reid/article/view/994>
- Garson, G. (2012). *Sampling*. Carolina do Norte, EUA: Statistical Associates Publishing.
- 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>
- Gomes, A. A. & Castilho, P. (2003). Sexualidade e Deficiência Mental. In Fonseca, L., Soares, C. & Vaz, J. M. (Coords.), *A Sexologia - Perspetiva Multidisciplinar Volume I* (pp. 471-498). Quarteto Editora.
- Gonçalves, C. (2003). Enquadramento familiar das pessoas com deficiência: Uma análise exploratória dos resultados dos Censos 2001. *Revista de Estudos Demográficos*, 33, 69-94.
- Grieve, A., McLaren, S., Lindsay, W., & Culling, E. (2009). Staff attitudes towards the sexuality of people with learning disabilities: a comparison of different professional groups and residential facilities. *British Journal of Learning Disabilities*, 37(1), 76-84. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3156.2008.00528.x>
- Guilhardi, C., & Minetto, M. de F. (2023). Sexualidade e Transtornos do Neurodesenvolvimento: o que precisamos saber?. In V. Franco & M. de F. Minetto (Orgs.), *Família, Deficiência e Inclusão* (pp.183-193). Juruá Editora.
- Hasson-Ohayon, I., Hertz, I., Vilchinsky, N., & Kravetz, S. (2014). Attitudes toward the sexuality of persons with physical versus psychiatric disabilities. *Rehabilitation Psychology*, 59(2), 236-241. <https://doi.org/10.1037/a0035916>

- Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões 2010*. Instituto Nacional de Estatística, I.P.
<https://www.ine.pt/xurl/pub/107961853>
- Jones, L. K., Binger, T. E., McKenzie, C. R., Ramcharan, P., & Nankervis, K. (2010). Sexuality, pregnancy and midwifery care for women with intellectual disabilities: a pilot study on attitudes of university students. *Contemporary Nurse*, 35(1), 47-57. <https://doi.org/10.5172/conu.2010.35.1.047>
- Karellou, J. (2003). Laypeople's attitudes towards the sexuality of people with learning disabilities in Greece. *Sexuality and Disability*, 21, 65-84.
<https://doi.org/10.1023/A:1023562909800>
- Kline, P. (1999). The handbook of psychological testing (2nd ed.). Routledge.
- Lima, T. J. S. D., Souza, L. E. C. D., & Modesto, J. G. (2023). Atitudes. In A. R. R., Torres, M. E. O., Lima, E. M., Techio & L. Camino. (Eds.), *Psicologia social: temas e teorias* (pp. 171-202). Blucher Open Access.
<https://doi.org/10.5151/9786555502046-04>
- Llario, M. D. G., Rodriguez, I. D., Ceccato, R., Arnal, R. B. & García, C. G. (2014). Conocimientos, Actitudes Hacia La Orientación Sexual, Comportamientos De Riesgo Y Abusos Sexuales En Mujeres Con Discapacidad Intelectual. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 397-406. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v2.455>
- Llario, M. D. G., Mengual, V. M., Arnal, R. B., & Rodríguez, I. D. (2018). The experience of sexuality in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 62(1), 72-80. <https://doi.org/10.1111/jir.12455>
- Llario, M. D. G., García, O. F., Calvo, J. C., Gascón, L. C. & Arnal, R. B. (2021) Validation of a Tool to Assess Attitudes Towards Sexuality of Individuals with Intellectual Disability (ASEXID): A Preliminary Study. *Sexuality and Disability*, 39, 147-165. <https://doi.org/10.1007/s11195-020-09650-3>
- Martins, M. A. D. (2001). *Deficiência Mental e Desempenho Profissional*. Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.

- McConkey, R., & Leavey, G. (2013). Irish attitudes to sexual relationships and people with intellectual disability. *British Journal of Learning Disabilities*, 41(3), 181-188. <https://doi.org/10.1111/bld.12036>
- Meaney-Tavares, R., & Gavidia-Payne, S. (2012). Staff characteristics and attitudes towards the sexuality of people with intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 37(3), 269-273. <https://doi.org/10.3109/13668250.2012.701005>
- Mengual, V. M., Llario, M. D. G., Rodríguez, I. D. & Gascón, L. C. (2017). Actitudes De Padres, Profesionales Y Población General Hacia La Sexualidad De Las Personas Con Discapacidad Física E Intelectual. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 173-183. <https://doi.org/10.3109/13668250.2016.1259465>
- Montobbio, E., & Lepri, C. (2007). *Quem eu seria se pudesse ser: a condição adulta da pessoa com deficiência intelectual*. Fundação Síndrome de Down.
- Morales, G. E., Lopez, E. O., & Mullet, E. (2011). Acceptability of sexual relationships among people with learning disabilities: family and professional caregivers' views in Mexico. *Sexuality and Disability*, 29, 165-174. <https://doi.org/10.1007/s11195-011-9201-0>
- Navaneetham, P., & Kanth, B. (2022). Effects of Personal Relationships on Physical and Mental Health among Young Adults-A Scoping Review. *The Open Psychology Journal*, 15(1). <https://doi.org/10.2174/18743501-v15-e2208180>
- Oliver, M. N., Anthony, A., Leimkuhl, T. T., & Skillman, G. D. (2002). Attitudes toward acceptable socio-sexual behaviors for persons with mental retardation: Implications for normalization and community integration. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 193-201. <http://www.jstor.org/stable/23879832>
- Oloidi, E. O., Northway, R., & Prince, J. (2022). 'People with intellectual disabilities living in the communities is bad enough let alone... having sex': Exploring societal influence on social care workers' attitudes, beliefs and behaviours towards support for personal and sexual relationship needs. *Journal of applied research in intellectual disabilities*, 35(4), 1037-1048. <https://doi.org/10.1111/jar.12839>

- Ostertagová, E, Ostertag, O, & Kovác, J. (2014) Methodology and Application of the Kruskal-Wallis Test. *Applied Mechanics and Materials*, 611, 115-120. <https://doi.org/10.4028/www.scientific.net/amm.611.115>
- Parchomiuk, M. (2012). Specialists and sexuality of individuals with disability. *Sexuality and Disability*, 30(4), 407-419. <https://doi.org/10.1007/s11195-011-9249-x>
- Parra, N. & Oliva, M. (2015). *Sexualidades Diversas: Manual para atención de la diversidad sexual en las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo*. FEAPS Canarias. https://accedacris.ulpgc.es/bitstream/10553/113095/1/Sexualidades_Diversas.pdf
- Pebdani, R. N. (2016). Attitudes of group home employees towards the sexuality of individuals with intellectual disabilities. *Sexuality and Disability*, 34, 329-339. <https://doi.org/10.1007/s11195-016-9447-7>
- Pinto, J., & Morgado, B. (2023). Sexualidade e Bem-Estar nas Pessoas com Deficiência Intelectual Moderada: Estudo Transversal. *Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*, 9(1), 9-18. <https://doi.org/10.51338/rppsm.420>
- Ramos, M. D. L. P. (2005). *Sexualidade na Diversidade: Atitudes de pais e técnicos face à afetividade e sexualidade da jovem com deficiência mental*. Secretariado Nacional Para a Reabilitação e Integração Das Pessoas Com Deficiência. <http://hdl.handle.net/10400.26/37442>
- Resolução A/RES/61/106 da Assembleia Geral Nações Unidas (2007). *Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Anexo II)*. https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/pessoas_deficiencia_convencao_sobre_direitos_pessoas_com_deficiencia.pdf
- Ryan, D., & McConkey, R. (2000). Staff attitudes to sexuality and people with intellectual disabilities. *The Irish Journal of Psychology*, 21(1-2), 88-97. <https://doi.org/10.1080/03033910.2000.10558242>
- Sankhla, D. & Theodore, K. (2015). British Attitudes Towards Sexuality in Men and Women with Intellectual Disabilities: A Comparison Between White Westerners and South Asians. *Sex Disabil*, 33, 429-445. <https://doi.org/10.1007/s11195-015-9423-7>

- Silva, A. F. S. (2013). *Atitudes face à sexualidade na deficiência intelectual: a importância da formação em educação sexual* [Master's thesis, Universidade do Algarve]. UALG Universidade do Algarve. <http://hdl.handle.net/10400.1/3513>
- Swango-Wilson, A. (2008). Caregiver perception of sexual behaviors of individuals with intellectual disabilities. *Sexuality and disability*, 26, 75-81. <https://doi.org/10.1007/s11195-008-9071-2>
- Tamas, D., Brkic Jovanovic, N., Rajic, M., Bugarski Ignjatovic, V., & Peric Prkosovacki, B. (2019). Professionals, parents and the general public: attitudes towards the sexuality of persons with intellectual disability. *Sexuality and Disability*, 37, 245-258. <https://doi.org/10.1007/s11195-018-09555-2>
- Yool, L., Langdon, P. E., & Garner, K. (2003). The attitudes of medium-secure unit staff toward the sexuality of adults with learning disabilities. *Sexuality and Disability*, 21, 137-150. <https://doi.org/10.1023/A:1025499417787>
- Young, R., Gore, N., & McCarthy, M. (2012). Staff attitudes towards sexuality in relation to gender of people with intellectual disability: A qualitative study. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 37(4), 343-347. <https://doi.org/10.3109/13668250.2012.704983>
- Yueh-Ching C. Y., Lu, Z. J. & Lin C. (2016). Comparison of attitudes to the sexual health of men and women with intellectual disability among parents, professionals, and university students. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*. <http://dx.doi.org/10.3109/13668250.2016.1259465>
- Winarni, T. I., Hardian, H., Suharta, S., & Ediati, A. (2018). Attitudes towards sexuality in males and females with intellectual disabilities: Indonesia setting. *Journal of Intellectual Disability-Diagnosis and Treatment*, 6(2), 43-48. <https://doi.org/10.6000/2292-2598.2018.06.02.3>
- Wit, W., van Oorsouw, W. M., & Embregts, P. J. (2022). Attitudes towards sexuality and related caregiver support of people with intellectual disabilities: A systematic review on the perspectives of people with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 35(1), 75-87. <https://research.tilburguniversity.edu/en/publications/9cfc40e1-ea65-41fc-b2ff-dab16f14b071>

Anexos

Anexo 1

Consentimento Informado e Instrumentos de Recolha de Dados

O presente estudo, realizado no âmbito da obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica pela Universidade de Évora, **visa a caracterização das atitudes em relação à sexualidade das pessoas com deficiência intelectual**. Sob orientação do Professor Doutor Vítor Franco (Departamento de Psicologia da Universidade de Évora) e da Professora Doutora Fátima Minetto (Universidade Federal do Paraná).

A **deficiência intelectual** pode definir-se à luz de certas limitações no funcionamento intelectual geral do indivíduo que o colocam abaixo da média para a sua faixa etária e que se relacionam com outras áreas do comportamento adaptativo como a aprendizagem, comunicação, a capacidade de autocuidado no dia a dia, habilidades sociais, utilização de recursos da comunidade, autodeterminação, dificuldades na área da saúde e segurança e também na vida académica, nos tempos de lazer e de trabalho.

A **sexualidade** é um aspeto central na vida de cada ser humano e está presente ao longo de todo o ciclo de vida, expressando-se através de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, e das relações interpessoais.

Os dados são recolhidos através das respostas ao Questionário Sociodemográfico, à "*Attitudes Towards Sexuality of Individuals with Intellectual Disability* (ASEXID)" e ao "*Attitudes to Sexuality Questionnaire-Individuals with an Intellectual Disability* (ASQ-ID)", traduzidos para a população portuguesa.

A sua participação é voluntária e todos os dados serão tratados de forma confidencial e anónima, podendo retirar-se do estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Os resultados serão utilizados unicamente para fins académicos e vão basear-se na análise das respostas de todos os participantes em conjunto, e não das respostas de cada um/a individualmente.

A sua colaboração é essencial para a realização da presente investigação, e espera-se que contribua para a investigação sobre a caracterização das atitudes sociais associadas à sexualidade da pessoa com deficiência intelectual.

Se necessitar de colocar alguma questão acerca da investigação, por favor não hesite em contactar:

Filipa Nobre, e-mail: m57176@alunos.uevora.pt

Declaro que aceito colaborar voluntariamente, que li e compreendi todas as informações fornecidas. Estou disponível para participar e sei que posso mudar de opinião a qualquer momento e manifestar a vontade de não cooperar, sem prejuízos.

☐

Sim

☐

Não

Questionário Sociodemográfico

1. Sexo

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino
- ☐ Prefiro não responder

2. Idade

3. Distrito de Residência

4. Nível de Escolaridade

- ☐ Ensino Primário (4º Ano)
- ☐ Ensino Básico (9º ano)
- ☐ Ensino Secundário (12º ano)
- ☐ Bacharelato
- ☐ Licenciatura
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutoramento

5. Profissão/Ocupação

6. Conhece pelo menos uma pessoa com Deficiência Intelectual?

- ☐ Sim
- ☐ Não

7. Caso a resposta seja sim, qual o grau de parentesco ou tipo de relação?

- ☐ Pai
- ☐ Mãe
- ☐ Irmão/Irmã
- ☐ Avô/Avó
- ☐ Marido/Esposa
- ☐ Namorado/a
- ☐ Amigo/a
- ☐ Conhecido/a
- ☐ Cliente
- ☐ Paciente
- ☐ Aluno
- ☐ Outra: _____

8. Tem contacto frequente com pelo menos uma pessoa com Deficiência Intelectual?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Questionário 1: ASEXID

Nesta etapa, pedimos que responda com a maior sinceridade possível às questões colocadas, expressando o seu grau de concordância.

Assinale a opção que melhor corresponde à sua opinião.

A sigla **DI** significa Deficiência Intelectual.

1. As pessoas com DI têm menos interesse pela sexualidade do que as pessoas sem DI.

- ☐ Discordo Totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não Concordo Nem Discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

2. A educação sexual só deve ser fornecida a pessoas com DI quando estas o exigem.

- ☐ Discordo Totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não Concordo Nem Discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

3. Falar com pessoas com DI sobre sexo é encorajá-las a ter relações sexuais.

- ☐ Discordo Totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não Concordo Nem Discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

4. A masturbação pode ser prejudicial para as pessoas com DI.

- ☐ Discordo Totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não Concordo Nem Discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

5. Parece-me bem que as pessoas com DI se masturbarem.

- ☐ Discordo Totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não Concordo Nem Discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

6. Uma pessoa com DI pode viver a sua sexualidade como qualquer outra pessoa.

- ☐ Discordo Totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não Concordo Nem Discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

7. As pessoas com DI podem controlar os seus impulsos sexuais.

- ☐ Discordo Totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não Concordo Nem Discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

8. As pessoas com DI devem ter a sua privacidade.

- ☐ Discordo Totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não Concordo Nem Discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

9. As pessoas com DI podem ter um parceiro.

- ☐ Discordo Totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não Concordo Nem Discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

10. Parece-me bem que as pessoas com DI beijem ou acariciem outra pessoa.

- ☐ Discordo Totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não Concordo Nem Discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

11. Parece-me bem que as pessoas com DI tenham relações sexuais, desde que não haja penetração.

- ☐ Discordo Totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não Concordo Nem Discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

12. Parece-me bem que as pessoas com DI tenham relações sexuais, incluindo sexo com penetração.

- ☐ Discordo Totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não Concordo Nem Discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

13. As pessoas com DI precisam de outro adulto responsável para decidir sobre a sua sexualidade.

- ☐ Discordo Totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não Concordo Nem Discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

14. As pessoas com DI são sempre heterossexuais.

- ☐ Discordo Totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não Concordo Nem Discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

15. As pessoas com DI apercebem-se do perigo de abuso sexual.

- ☐ Discordo Totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não Concordo Nem Discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

16. É normal que as pessoas com DI vejam pornografia.

- ☐ Discordo Totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não Concordo Nem Discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

17. As pessoas com DI são capazes de usar preservativos de forma adequada para prevenir infeções.

- ☐ Discordo Totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não Concordo Nem Discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

18. Devemos evitar que as mulheres com DI engravidem através da utilização de contraceptivos.

- ☐ Discordo Totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não Concordo Nem Discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

Questionário 2: ASQ-ID

Nesta etapa, pedimos que responda com a maior sinceridade possível às questões colocadas, expressando o seu grau de concordância.

Assinale a opção que melhor corresponde à sua opinião.

A sigla **DI** significa Deficiência Intelectual.

1. Com o devido apoio, adultos com DI podem criar crianças com Um desenvolvimento normativo.

- ☐ Discordo Totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não Concordo Nem Discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

2. Desde que não nasçam crianças indesejadas e que não cause mal aos intervenientes, pessoas com DI deviam poder ter uma relação heterossexual por mútuo consentimento.

- ☐ Discordo Totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não Concordo Nem Discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

3. Por mútuo consentimento, pessoas com DI deviam poder ter uma relação homossexual se assim o desejarem.

- ☐ Discordo Totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não Concordo Nem Discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

4. É melhor esperar o indivíduo com DI levantar questões sobre sexualidade antes de discutir o assunto com ele/ela.

- ☐ Discordo Totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não Concordo Nem Discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

5. Adultos com DI, casados, devem ser proibidos, por lei, de ter filhos.

- ☐ Discordo Totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não Concordo Nem Discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

6. Adultos com DI deviam poder ter relacionamentos românticos não sexuais.

- ☐ Discordo Totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não Concordo Nem Discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

7. A esterilização devia ser usada como meio de inibir o desejo sexual em adultos com DI.

- ☐ Discordo Totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não Concordo Nem Discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

8. Masturbação devia ser desencorajada entre pessoas com DI.

- ☐ Discordo Totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não Concordo Nem Discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

9. Discussões acerca da relação sexual promovem a promiscuidade entre adultos com DI.

- ☐ Discordo Totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não Concordo Nem Discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

10. Adultos com DI deviam ser autorizados a casar, apenas se um deles estiver esterilizado.

- ☐ Discordo Totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não Concordo Nem Discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

11. Em adultos com DI, a masturbação em privado é uma forma de expressão sexual aceitável.

- ☐ Discordo Totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não Concordo Nem Discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

12. O casamento entre adultos com DI não apresenta à sociedade grandes problemas.

- ☐ Discordo Totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não Concordo Nem Discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

13. De uma forma geral, adultos com DI são capazes de fazer a distinção entre pensamentos sexuais e atos sexuais.

- ☐ Discordo Totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não Concordo Nem Discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

14. A educação sexual para adultos com DI tem um papel valioso ao salvaguardá-los da exploração sexual.

- ☐ Discordo Totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não Concordo Nem Discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

15. De uma forma geral, o comportamento sexual representa uma área problemática no trabalho e cuidado de adultos com DI.

- ☐ Discordo Totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não Concordo Nem Discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

16. A esterilização é uma prática indesejável para homens com DI.

- ☐ Discordo Totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não Concordo Nem Discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

17. A relação sexual com consentimento mútuo deve ser permitida a adultos com DI.

- ☐ Discordo Totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não Concordo Nem Discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

18. Casas de acolhimento ou residências para adultos com DI deviam ser só para utentes masculinos ou femininos, e não mistos.

- ☐ Discordo Totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não Concordo Nem Discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

19. Técnicos e familiares devem desencorajar os adultos com DI a terem filhos.

- ☐ Discordo Totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não Concordo Nem Discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

20. É melhor não discutir assuntos sobre sexualidade com pessoas DI até que eles cheguem à puberdade.

- ☐ Discordo Totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não Concordo Nem Discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

21. Os adultos com DI têm o direito de se casar.

- ☐ Discordo Totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não Concordo Nem Discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

22. É uma boa ideia assegurar privacidade em casa para que os adultos com DI se possam masturbar se assim o desejarem.

- ☐ Discordo Totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não Concordo Nem Discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

23. Sempre que possível, adultos com DI devem ser envolvidos na decisão sobre a sua possível esterilização.

- ☐ Discordo Totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não Concordo Nem Discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

24. As relações sexuais entre adultos com DI devem ser desencorajadas.

- ☐ Discordo Totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não Concordo Nem Discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

25. Apoio sobre contraceção deve estar completamente disponível para indivíduos com DI cujo nível de desenvolvimento torne possível a atividade sexual.

- ☐ Discordo Totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não Concordo Nem Discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

26. Adultos com DI não são mais facilmente estimulados sexualmente do que pessoas sem DI.

- ☐ Discordo Totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não Concordo Nem Discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

27. A masturbação é moralmente incorreta.

- ☐ Discordo Totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não Concordo Nem Discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

28. Adultos com DI geralmente têm menos interesses sexuais do que pessoas sem DI.

- ☐ Discordo Totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não Concordo Nem Discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

29. A esterilização é uma prática desejada em mulheres com DI.

- ☐ Discordo Totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não Concordo Nem Discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

30. A educação sexual para adultos com DI devia ser obrigatória.

- ☐ Discordo Totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não Concordo Nem Discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

31. A masturbação devia ser ensinada em cursos de educação sexual para adultos com DI como uma forma aceitável de expressão sexual.

- ☐ Discordo Totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não Concordo Nem Discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

32. O casamento não deve ser encorajado como uma futura opção para pessoas com DI.

- ☐ Discordo Totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não Concordo Nem Discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente

33. Os adultos com DI devem poder ter filhos dentro do casamento.

- ☐ Discordo Totalmente
- ☐ Discordo
- ☐ Não Concordo Nem Discordo
- ☐ Concordo
- ☐ Concordo Totalmente