



Atitudes Face à Sexualidade das Pessoas com Deficiência Intelectual: Estudo Psicométrico

VERSÃO FINAL APÓS DEFESA

Eva Gonçalves Corceiro

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde
(2º ciclo de estudos)

julho de 2025

Atitudes Face à Sexualidade das Pessoas com Deficiência Intelectual: Estudo Psicométrico

Eva Gonçalves Corceiro

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientadora: Professora Doutora Maria da Graça Proença Esgalhado

julho de 2025

Declaração de Integridade

Eu, Eva Gonçalves Corceiro, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição M13232 do Mestrado em Psicologia Clínica e da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 20/07/2025

Eva Gonçalves Corceiro
(assinatura conforme Cartão de Cidadão ou preferencialmente
assinatura digital no documento original se naquele mesmo formato)

Dedicatória

Aos meus avós, Delfina e António, que embora não me possam ver a terminar esta etapa, sei que estariam tão ou mais orgulhosos que eu.

Ainda que ausentes fisicamente, sinto a vossa presença em cada conquista.

Pelo amor, pelos valores transmitidos e por tudo o que me ensinaram, esta vitória é dedicada a vocês.

Com amor eterno e saudade, para sempre.

Agradecimentos

A realização desta dissertação marca o fim de uma etapa particularmente desafiante. Terminam assim 6 anos de esforço e dedicação. Esta caminhada não teria sido possível sem o apoio e incentivo de várias pessoas, às quais deixo o meu mais sincero agradecimento.

Em primeiro lugar, agradeço à minha orientadora, Professora Doutora Maria da Graça Proença Esgalhado, por toda a disponibilidade e incentivo ao longo de todo este processo. O seu conhecimento e exigência foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho.

Aos meus pais, Palmira e António, pelo amor incondicional, pelo apoio constante e por acreditarem sempre em mim. Nada disto seria possível sem eles. Obrigada por todo o esforço e dedicação, esta vitória também é vossa.

À minha irmã, Liliana, a minha melhor amiga. Por ser presença constante nos momentos bons e nos mais difíceis. Por ser fonte de inspiração e por nunca me deixar cair. Por acreditar em mim quando eu própria não acredito e por amparar todas as minhas quedas.

Ao meu namorado, Gabriel, por todo o apoio, carinho, paciência e incentivo. Pela leveza que me transmite e por ser abraço casa. Por celebrar comigo todas as vitórias e ser o meu porto de abrigo. Por nunca me largar a mão, mesmo a 350km de distância.

Aos amigos de sempre e aos que este caminho me trouxe. A toda a minha família. Obrigada pela presença e apoio constantes.

Obrigada por tornarem tudo isto possível. Serei eternamente grata.

Que este fim seja apenas o início de novos desafios, com a mesma coragem, dedicação e vontade de crescer.

Índice

1. Introdução	1
2. Capítulo 1: Atitudes Face À Sexualidade Das Pessoas Com Deficiência Intelectual: Estudo Psicométrico	3
2.1. Resumo	4
2.2. Abstract	6
2.3. Introdução	7
2.4. Método	8
2.4.1. Participantes	8
2.4.2. Instrumentos	8
2.4.3. Procedimentos	9
2.4.4. Análise De Dados	10
2.5. Resultados	10
2.6. Discussão	20
2.7. Conclusão	22
3. Capítulo 2: Discussão Geral	24
4. Referências Bibliográficas Gerais	26
Anexo 1 – Revisão De Literatura	32
Anexo 2 – Publicação Em Livro De Atas	46
Anexo 3 – Publicação Em Livro De Resumos	62
Anexo 4 – Comunicação Oral	65
Anexo 5 – Tabela Com As Características Sociodemográficas (N=426)	67
Anexo 6 - Atitudes Da População Em Geral Face À Sexualidade Dos Homens (Escala Final)	70
Anexo 7 - Atitudes Da População Em Geral Face À Sexualidade Das Mulheres (Escala Final)	72
Anexo 8 - Atitudes Face À Sexualidade Dos Homens Com Deficiência Intelectual (Versão Final).....	74
Anexo 9 - Atitudes Face À Sexualidade Das Mulheres Com Deficiência Intelectual (Versão Final).....	77
Anexo 10 – Análise Estatística	80

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Resultados da análise fatorial exploratória: Peso fatorial, alfa de Cronbach (α) e % da variância da análise unifatorial do QASG-H (KMO =.791).

Tabela 2 – Resultados da análise fatorial exploratória: Peso fatorial, alfa de Cronbach (α) e % da variância da análise unifatorial do QASG-M (KMO =.753).

Tabela 3 – Resultados da análise fatorial exploratória: Peso fatorial, alfa de Cronbach (α) e % da variância da análise bifatorial do QASDI-H (KMO =.905).

Tabela 4 – Resultados da análise fatorial exploratória: Peso fatorial, alfa de Cronbach (α) e % da variância da análise bifatorial do QASDI-M (KMO =.902).

Tabela 5 – Coeficiente de fiabilidade das escalas.

Tabela 6 – Correlações de Pearson entre as variáveis.

Tabela 7 – Comparação das atitudes face à sexualidade em função da idade.

Tabela 8 – Comparação das atitudes face à sexualidade em função do género.

Tabela 9 - Comparação das atitudes face à sexualidade em função do estado marital

Tabela10 - Comparação das atitudes face à sexualidade em função do conhecimento sobre sexualidade

Lista de Acrónimos

AFE – Análise Fatorial Exploratória

DI – Deficiência Intelectual

KMO – *Kaiser, Meyer e Olkin*

OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses

UBI – Universidade da Beira Interior

1. Introdução

A presente Dissertação de Mestrado foi realizada no âmbito do 2º ano do 2º ciclo de estudos em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade da Beira Interior, como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre na respetiva área, e visa evidenciar as competências de investigação adquiridas e exigidas para a obtenção desse grau, de acordo com os regulamentos da Universidade da Beira Interior (UBI), seguindo sempre os princípios do código deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP).

O principal objetivo deste trabalho foi validar o Questionário de Atitudes Face à Sexualidade da população em geral (Cuskelly & Gilmore, 2007) e o Questionário de Atitudes Face à Sexualidade de pessoas com Deficiência Intelectual (DI) (Cuskelly & Bryde, 2004) para uma amostra de adultos portugueses.

A sexualidade das pessoas com DI continua a ser negligenciada, em função de um estigma que associa a deficiência a uma suposta assexualidade ou inadequação para a vida sexual. Estudos indicam que pessoas com DI apresentam, frequentemente, dificuldades na expressão das suas necessidades sexuais, sendo que a falta de conhecimento sobre sexualidade, associada a experiências limitadas, dificuldades de linguagem e comunicação, medo, constrangimento e baixa autoestima, pode amplificar o risco de exposição a situações de vulnerabilidade e insegurança (Eastgate, 2011; Leutar & Mihokovic, 2007).

A educação sexual é um mecanismo essencial para reduzir a vulnerabilidade de pessoas com DI, promovendo uma sexualidade positiva e fortalecendo a capacidade de tomada de decisão (Swango-Wilson, 2010). O desenvolvimento dessas competências também contribui para a redução de comportamentos sexuais inadequados, favorecendo interações mais saudáveis e respeitadas.

Embora se observe uma evolução na aceitação social da sexualidade de pessoas com DI, essas atitudes permanecem mais negativas em comparação às dirigidas a indivíduos sem deficiência, reforçando a necessidade de uma maior sensibilização sobre o tema (Simpson et al., 2006).

De acordo com a revisão de literatura, foram ainda definidos os seguintes objetivos: avaliar as atitudes face à sexualidade das pessoas com DI e comparar as atitudes face à sexualidade em função do género, da idade e do estado marital.

A presente investigação está estruturada em quatro partes. A primeira parte apresenta uma introdução à dissertação, onde se expõem as ideias gerais do trabalho realizado. A segunda parte corresponde ao Capítulo 1, no qual a investigação é apresentada sob a forma de artigo científico, de acordo com as normas das 4as Conferências Internacionais em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade da Beira Interior. Esta secção inclui: (1) uma revisão da literatura sobre o tema em estudo; (2) a descrição do método, abrangendo os participantes, os instrumentos utilizados e os procedimentos adotados; (3) a apresentação dos resultados obtidos; (4) a discussão dos resultados; e (5) a conclusão. A terceira parte consiste numa discussão geral, onde se apresentam considerações finais relativas ao estudo e uma reflexão pessoal sobre o processo de investigação. Por fim, a quarta parte engloba os anexos, onde se inclui uma revisão da literatura mais abrangente (ver Anexo 1), bem como os comprovativos das atividades científicas realizadas no âmbito deste trabalho.

2. Capítulo 1: Atitudes Face à Sexualidade das Pessoas com Deficiência Intelectual: Estudo Psicométrico

Este capítulo foi escrito de acordo com as atividades científicas que se descrevem:

- Publicações: (ver Anexo 2)

Eva, C. & Esgalhado, G. (2025). Atitudes Face à Sexualidade das Pessoas com Deficiência Intelectual: Estudo Psicométrico. In M. Loureiro, G. Esgalhado, J. Lédo & M. Cruz. *Saúde mental e mudanças: Oportunidades e desafios para a Psicologia Clínica e da Saúde. Livro de atas das 4as Conferências Internacionais em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade da Beira Interior*. UBI (submetido).

- Livro de resumos: (ver Anexo 3)

Eva, C. & Esgalhado, G. (2025). Atitudes Face à Sexualidade das Pessoas com Deficiência Intelectual: Estudo Psicométrico. In M. Loureiro, G. Esgalhado, J. Lédo & M. Cruz. *Saúde mental e mudanças: Oportunidades e desafios para a Psicologia Clínica e da Saúde. Livro de resumos das 4as Conferências Internacionais em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade da Beira Interior* (p. 28).

- Comunicação oral (ver Anexo 4)

Eva, C. & Esgalhado, G. (2025, maio). Atitudes Face à Sexualidade das Pessoas com Deficiência Intelectual: Estudo Psicométrico. Comunicação Oral apresentada nas 4as Conferências Internacionais em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal.

2.1. Resumo

As atitudes face à sexualidade são influenciadas pelas construções culturais de género, nomeadamente de feminilidade e masculinidade. Pretende-se validar o Questionário de Atitudes Face à Sexualidade de pessoas com Deficiência Intelectual (DI) numa amostra de adultos portugueses, e comparar as atitudes face à sexualidade de pessoas com DI, em função de variáveis sociodemográficas.

Participaram no estudo 426 indivíduos (75.8% mulheres e 23.7% homens), média de idades de 27.81, (DP = 13.19), que responderam a Questionário Sociodemográfico, Questionários de Atitudes Face à Sexualidade da População Geral (QASG-M e H) e de Atitudes Face à Sexualidade de Pessoas com DI mulheres (QASDI-M) e homens (QASDI-H).

Realizou-se uma Análise Fatorial Exploratória com extração dos componentes principais e com rotação *Varimax*. Retiveram-se itens com carga fatorial superior a .40, e utilizou-se o critério do *scree plot*. Para a QASDI-M produziram-se 2 fatores, respetivamente com $\alpha = .93$ e variância explicada de 31.75% e $\alpha = .66$ e variância explicada de 6.14%. Para a QASDI-H produziram-se 2 fatores, respetivamente com $\alpha = .94$ e variância explicada de 33.24% para o Fator 1, e $\alpha = .72$ e variância explicada de 6.22% para o Fator 2. Verificou-se a validade convergente através de correlações positivas o QASG-M e QASDI-M, e QASG-H e QASDI-H. As mulheres revelam atitudes mais positivas do que os homens face à sexualidade de pessoas com DI. Os instrumentos demonstram boas qualidades psicométricas.

Palavras-chave

Atitudes; Sexualidade; Deficiência Intelectual; Estudo Psicométrico.

2.2. Abstract

Attitudes towards sexuality are influenced by cultural constructions of gender, particularly femininity and masculinity. This study aims to validate the Sexuality Attitudes Questionnaire for people with Intellectual Disabilities (ID) in a sample of Portuguese adults, and to compare the attitudes towards sexuality of people with ID based on sociodemographic variables.

The study involved 426 individuals (75.8% women and 23.7% men), with an average age of 27.81 (SD = 13.19), who answered a Sociodemographic Questionnaire, General Population Sexuality Attitude Questionnaires (QASG-M and H), and Sexuality Attitude Questionnaires for women (QASDI-M) and men (QASDI-H) with ID.

An Exploratory Factor Analysis was conducted using principal component extraction and Varimax rotation. Items with a factor loading greater than .40 were retained, and the scree plot criterion was used. For the QASDI-M, 2 factors were produced, with $\alpha = .93$ and explained variance of 31.75%, and $\alpha = .66$ and explained variance of 6.14%. For the QASDI-H, 2 factors were produced, with $\alpha = .94$ and explained variance of 33.24% for Factor 1, and $\alpha = .72$ and explained variance of 6.22% for Factor 2. Convergent validity was verified through positive correlations between QASG-M and QASDI-M, and QASG-H and QASDI-H. The women show more positive attitudes than men towards the sexuality of people with ID. The instruments demonstrate good psychometric qualities.

KeyWords

Attitudes; Sexuality; Intellectual Disability; Psychometric Study.

2.3. Introdução

As pessoas com Deficiência Intelectual (DI) apresentam, frequentemente, dificuldades na compreensão dos pensamentos e emoções complexas dos outros, bem como na expressão adequada dos seus próprios sentimentos (Kijak (2013)). Apesar dessas limitações cognitivas, a literatura demonstra que os indivíduos com DI possuem necessidades sexuais e envolvem-se em diversas formas de contato sexual (Gil-Llario et al., 201). A sexualidade das pessoas com DI continua a ser amplamente negligenciada, em função de um estigma que associa a deficiência a uma suposta assexualidade ou inadequação para a vida sexual. Muitas dessas pessoas necessitam de diferentes níveis de apoio para experienciar uma vivência sexual saudável, mas frequentemente enfrentam lacunas significativas na educação sexual, resultando em um conhecimento escasso e contraditório sobre o próprio corpo e a sexualidade (Brkić-Jovanović et al., 2021).

A literatura científica evidencia que indivíduos com DI enfrentam múltiplas barreiras pessoais e socioambientais no exercício da sua sexualidade (Flores et al., 2016; Marin et al., 2021). Entre os principais fatores limitadores destacam-se o conhecimento sexual reduzido, frequentemente decorrente de uma educação insuficiente e inadequada às suas necessidades cognitivas, bem como atitudes estigmatizantes por parte da sociedade (Greenwood & Wilkinson, 2013). Estas barreiras também dificultam o acesso a informações e cuidados de saúde sexual adequados, bem como a inclusão em programas de educação sexual, especialmente no caso das mulheres com DI (McCarthy, 2009).

A ausência de uma educação sexual estruturada e inclusiva contribui para o aumento da vulnerabilidade e para a perpetuação de estereótipos sobre a sexualidade de pessoas com DI, dificultando a promoção do seu bem-estar, pelo que se considera pertinente o desenvolvimento de programas de educação sexual adaptados às necessidades destas pessoas (Brkić-Jovanović et al., 2021), de forma a garantir o respeito aos direitos sexuais das mesmas (Lima, 2010).

Embora haja indícios de uma progressiva aceitação social, as atitudes em relação à sexualidade de pessoas com DI permanecem, no geral, mais negativas, sobretudo quando comparadas às atitudes direcionadas a indivíduos sem deficiência, reforçando a necessidade de uma maior sensibilização sobre o tema (Simpson et al., 2006). Considerando a ambivalência das atitudes dos familiares, dos profissionais de saúde e da sociedade em geral, torna-se imperativo o desenvolvimento de instrumentos que permitam avaliar e mensurar, de forma válida e confiável, essas percepções (Pownall et al., 2012).

Diante disto, o presente estudo pretende avaliar as atitudes face à sexualidade das pessoas com DI, contribuindo para o avanço da investigação e para a construção de práticas mais inclusivas e baseadas em evidências. Espera-se que a disponibilização de um instrumento validado contribua para a sensibilização social e para a elaboração de políticas públicas e práticas profissionais que visem respeitar os direitos sexuais das pessoas com DI.

Decorrente da revisão da literatura, define-se como objetivo geral: adaptar o Questionário de Atitudes Face à Sexualidade da população em geral (Cuskelly & Gilmore, 2007) e o Questionário de Atitudes Face à Sexualidade de pessoas com Deficiência Intelectual (Cuskelly & Bryde, 2004) para uma amostra de adultos portugueses. Como objetivos específicos, pretende-se avaliar as atitudes face à sexualidade das pessoas com DI e comparar as atitudes face à sexualidade em função do género e da idade.

2.4. Método

2.4.1. Participantes

A amostra foi obtida por conveniência e teve como critérios de inclusão ter 18 ou mais anos de idade e ter nacionalidade portuguesa. Foi constituída por 426 participantes (N=426), dos quais 323 foram mulheres, 101 homens e 2 outro (75.8%, 23.7 e .5, respetivamente), com idades compreendidas entre os 18 e os 75 anos de idade (média=27.81; DP=13.19). A maioria dos participantes eram solteiros (73.9%), 16.9% casados, 5.4% em união de facto, 1.6% divorciados/separados e 1.4% outro. Relativamente ao local de residência, 35.2% residiam num pequeno meio rural, 11.3% num grande meio rural, 44.4% numa pequena cidade e 8.7% numa grande cidade. A maioria dos participantes tinham um estatuto socioeconómico médio (62.4%), 3.1% baixo, 22.5% baixo-médio e 12% médio-alto. No que concerne às habilitações literárias, a maioria dos participantes concluíram o 12º ano (67.4%), .9% o 4º ano, 1.4% o 9º ano, 24.4% licenciatura, 1.6% mestrado, 3.1% pós-graduação/doutoramento e 1.2% outro. Ao nível do conhecimento sobre sexualidade, 98.8% dos participantes referiram ter conhecimento. A maioria dos indivíduos já teve/tem contacto com pessoas com DI (61.3%) (ver Tabela 1 em anexo 5).

2.4.2. Instrumentos

No âmbito desta pesquisa foram utilizados três instrumentos:

(1) Questionário Sociodemográfico: construído para caracterizar a amostra, relativamente à idade, ao género, ao estado marital, ao local de residência, ao estatuto socioeconómico, às

habilitações literárias e a questões referentes ao conhecimento sobre sexualidade e ao contacto com pessoas com deficiência intelectual;

(2) *Attitudes to Sexuality Questionnaire (Individuals from the General Population: SQ-GP)* (Cuskelly & Gilmore, 2007) - Questionário de Atitudes Face à Sexualidade da População Geral, versão para homens (QASG-M) e versão para mulheres (QASG-M), cada com 9 itens, com valores de α de, respetivamente, .74 e .72 e com o objetivo de avaliar as atitudes face à sexualidade dos homens e das mulheres. As respostas são pontuadas através de uma Escala *Likert* de 5 pontos, sendo 1 discordo totalmente e 5 concordo totalmente. Pontuações mais altas indicam atitudes mais positivas;

(3) *Attitudes to Sexuality Questionnaire (Individuals with an Intellectual Disability: ASQ-ID)* (Cuskelly & Bryde, 2004), versão para homens e mulheres, desenvolvida com o objetivo de averiguar atitudes em relação à sexualidade de adultos mulheres e homens com Deficiência Intelectual. Cada versão é constituída por 34 itens que se distribuem por 4 subescalas: Direitos Sexuais (13 itens), Paternidade (7 itens), Comportamento sexual não-reprodutivo (5 itens) e Autocontrolo (3 itens), respetivamente com os valores de α de .93, .88, .84 e .67. As respostas são pontuadas através de uma Escala *Likert* de 5 pontos, sendo 1 discordo totalmente e 5 concordo totalmente. Pontuações mais altas indicam atitudes mais positivas.

2.4.3. Procedimentos

Antes de iniciar o processo, foi contactada a autora das escalas originais, que autorizou a aplicação das mesmas numa amostra de população portuguesa. Posteriormente, procedeu-se à tradução para português das versões originais das escalas do estudo. Estas resultaram de um processo formal de adaptação linguística, com tradução e retroversão por parte de especialistas da língua inglesa e da psicologia, de forma a construir versões equivalentes às originais, tanto na estrutura semântica como no conteúdo. A recolha de dados iniciou-se com a elaboração de um estudo piloto com 5 participantes, de forma a identificar quaisquer dúvidas e/ou dificuldades no preenchimento do protocolo, e a aplicação decorreu de forma presencial, de Novembro de 2024 a Janeiro de 2025. Os participantes declararam o seu consentimento informado, e foi garantida a confidencialidade e o anonimato, comunicados os objetivos da investigação e a informação de que podiam desistir a qualquer momento. Cada participante respondeu a todas as escalas. A presente investigação foi submetida e aprovada pela Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior.

Com o objetivo de obter grupos de comparação transformou-se a variável “Idade”, em três grupos: (1) Adulter inicial, (2) Adulter intermédia e (3) Adulter tardia. Nas “Habilitações

Literárias” as variáveis foram codificadas para (1) Ensino básico (4º ano, 9º ano e ensino secundário), e (2) Ensino superior (Licenciatura, Mestrado/Pós-Graduação e Doutorado). Na variável “Género”, foram utilizados os grupos mulher e homem. A variável “Estado marital” foi transformada em 2 grupos: (1) Vinculados (com namorado/a, casados/as, e os que vivem em união de facto) e (2) Desvinculados (solteiros/as, divorciados/as e viúvos/as). Para o local de residência, foram criados dois grupos, meio rural e meio urbano. Para a variável “Estatuto socioeconómico” criaram-se três grupos: (1) Baixo, (2) Médio e (3) Alto.

2.4.4. Análise de dados

A presente investigação definiu-se como um estudo quantitativo e transversal, inferencial e de validação psicométrica de dois instrumentos de avaliação das atitudes face à sexualidade de adultos e de pessoas com deficiência intelectual.

O tratamento de dados foi realizado com recurso ao Programa *IBM SPSS Statistics* versão 28. Este processo iniciou-se com a elaboração de uma análise descritiva das variáveis sociodemográficas, seguida do estudo das propriedades psicométricas. Avaliou-se o nível de credibilidade do instrumento, com recurso à análise fatorial, após realizar uma análise de evidência interna através do Teste de Esfericidade de *Bartlett*, e da medida de adequação amostral de *Kaiser, Meyer e Olkin* (KMO). Seguidamente efetuou-se a Análise Fatorial Exploratória (AFE) com extração dos componentes principais e com rotação *Varimax*, e a análise da sensibilidade através do cálculo dos coeficientes de achatamento e curtose. Seguiu-se a Análise da fiabilidade ou consistência interna através da determinação do alfa de *Cronbach*. Avaliou-se a assimetria e a curtose, com valores nos intervalos de, respetivamente, |3| e |7| (Kline, 2011; Hair et al., 2010). Para o estudo da validade convergente utilizou-se o *r* de *Pearson*, com vista a medir a intensidade das relações entre atitudes face à sexualidade das mulheres, dos homens, e das mulheres e homens com DI. Por último, utilizaram-se testes *t* e ANOVA, para a comparação de diferenças entre grupos (ver Anexo 10).

2.5. Resultados

Estudo psicométrico

Para uma maior facilidade expositiva, apresentam-se separadamente os cálculos efetuados para cada versão das escalas.

Questionário de Atitudes Face à Sexualidade dos homens – População Geral (QASG-H)

Para averiguar a adequabilidade da amostra, realizou-se o KMO, obtendo-se o valor de .791, o que permitiu proceder à AFE, através do método de análise de extração dos componentes principais e do método de rotação *Varimax* com a normalização de *Kaiser*. A AFE produziu 2 fatores, que explicam, respetivamente, 33.36% e 14.24% de variância. Retiveram-se os itens com carga fatorial superior a .40. No entanto, a análise do *scree plot* revelou a existência de apenas um fator e, tendo em conta que o Fator 2 é composto por apenas 1 item procedeu-se à eliminação do mesmo (Watson, 2017). A versão final desta escala ficou composta pelos itens 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8 e 9 (cf. Tabela 1) (ver Anexo 6).

Tabela 1

Resultados da análise fatorial exploratória: Peso fatorial, alfa de Cronbach (α) e % da variância da análise unifatorial do QASG-H (KMO = .791)

Item	Fator I	Fator II
1- É melhor esperar que um rapaz coloque questões sobre sexualidade antes de discutir esse assunto com ele.	.498	
2- Os rapazes deveriam ser desencorajados de se masturbarem.	.715	
3- Conversar sobre relações sexuais promove a promiscuidade em rapazes.	.502	
4- A educação para a sexualidade dirigida a rapazes tem um papel importante na proteção contra a sua exploração sexual.		.752
5- Homens adultos devem poder viver numa relação homossexual se o desejarem fazer.	.680	
6- É melhor não discutir assuntos sobre sexualidade com rapazes até que atinjam a puberdade.	.503	
7- Os homens mais jovens deveriam ter acesso total a conselhos sobre contraceção.	.611	
8- A educação para a sexualidade deveria ser obrigatória para os rapazes.	.634	
9- A masturbação em privado é uma forma aceitável de expressão sexual para os homens.	.689	
KMO	.791	
% Variância explicada	33.36	14.24
Alpha de Cronbach	.741	

Efetuuou-se uma análise de itens para comprovar a sua qualidade psicométrica. Todos os itens apresentam valores de assimetria e curtose, respetivamente nos intervalos |3| e |7|.

Questionário de Atitudes Face à Sexualidade das mulheres - População Geral (QASG-M)

De forma a averiguar a adequabilidade da amostra, realizou-se o KMO, obtendo-se o valor de .753, o que permitiu proceder à AFE, através do método de análise de extração de componentes principais e do método de rotação *Varimax* com a normalização de *Kaiser*. A AFE produziu 2 fatores, que explicam, respetivamente, 30.84% e 14.49% da variância. Este resultado é consistente com o da versão original, onde também se identificaram dois fatores (Cuskelly & Gilmore, 2007). De acordo com o valor do α do Fator 2 (.20) procedeu-se à eliminação deste fator, uma vez que este valor é inaceitável. Retiveram-se os itens com carga fatorial superior a .40. A versão final desta escala ficou composta pelos itens 2, 3, 5, 7, 8 e 9 (cf. Tabela 2) (ver Anexo 7).

Tabela 2

Resultados da análise fatorial exploratória: Peso fatorial, alfa de Cronbach (α) e % da variância da análise unifatorial do QASG-M (KMO = .753)

Item	Fator I	Fator II
1- É melhor esperar que uma rapariga coloque questões sobre sexualidade antes de discutir esse assunto com ela.		.664
2- As raparigas deveriam ser desencorajadas de se masturbarem.	.649	
3- Conversar sobre relações sexuais promove a promiscuidade em raparigas.	.586	
4- A educação para a sexualidade dirigida a raparigas tem um papel importante na proteção contra a sua exploração sexual.		-.641
5- Mulheres adultas devem poder viver numa relação homossexual se o desejarem fazer.	.728	
6- É melhor não discutir assuntos sobre sexualidade com raparigas até que atinjam a puberdade.		.517
7- As mulheres mais jovens deveriam ter acesso total a conselhos sobre contraceção.	.514	
8- A educação para a sexualidade deveria ser obrigatória para as raparigas.	.568	
9- A masturbação em privado é uma forma aceitável de expressão sexual para as mulheres.	.732	
KMO	.753	
% Variância explicada	30.84	14.49
Alpha de Cronbach	.72	.20

Efetuiu-se uma análise de itens para comprovar a sua qualidade psicométrica. Todos os itens apresentam valores de assimetria e curtose, respetivamente nos intervalos $|3|$ e $|7|$ com exceção do item 7 (“As mulheres mais jovens deveriam ter acesso total a conselhos sobre contraceção”). No entanto, com base em critérios teóricos retém-se este item.

Questionários de Atitudes Face à Sexualidade de Pessoas com DI - Homens (QASDI-H)

De forma a averiguar a adequabilidade da amostra, realizou-se o KMO, onde se obteve o valor de .905, o que permitiu proceder à AFE, através do método de análise de extração de componentes principais e do método de rotação *Varimax* com a normalização de *Kaiser*. A AFE produziu 2 fatores, que explicam, respetivamente, 33.24% e 6.22% da variância. Eliminaram-se os itens com carga fatorial inferior a 0.40. Apesar da versão original da escala identificar 4 fatores (Cuskelly & Bryde, 2004), de acordo com o critério do *scree plot* da presente amostra foi possível verificar a existência de apenas 2 fatores: Fator 1 – Direitos Sexuais (itens 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 30, 31, 29, 32 e 33); Fator 2 – Desejo Sexual (itens 5, 13, 27 e 34) (cf. Tabela 3) (ver Anexo 8).

Tabela 3

Resultados da análise fatorial exploratória: Peso fatorial, alfa de Cronbach (α) e % da variância da análise bifatorial do QASDI-H (KMO = .905)

Item	Fator I	Fator II
1- Com o apoio certo, os homens com DI podem criar filhos de forma ajustada.	.502	
2- Desde que não nasçam filhos indesejados e que ninguém saia magoado, os homens com DI devem poder ter relacionamentos significativos.	.502	
3- Homens com DI que possam consentir ter relacionamentos significativos, devem poder fazê-lo.	.700	
4- É melhor esperar que um homem com DI coloque perguntas sobre sexualidade antes de discutir esse assunto com ele.	.396	

5- Os homens com DI têm menos interesse sexual do que os homens sem DI.		.681
6- Devia ser proibido aos homens com DI terem filhos.	.702	
7- Devia ser permitido aos homens com DI terem relacionamentos significativos.	.621	
8- Os homens com DI deviam tomar medicamentos para inibir o seu desejo sexual.	.766	
9- Os homens com DI deviam ser desencorajados de se masturbarem.	.591	
10- Conversar sobre relações sexuais pode estimular comportamentos sexuais promíscuos entre homens com DI.	.565	
11- Os homens com DI só se deveriam poder casar após terem sido devidamente esterilizados.	.731	
12- A masturbação em espaços privados é perfeitamente aceitável para os homens com DI.	.603	
13- Os homens com DI normalmente apresentam menos desejo sexual do que os homens sem deficiência.		.633
14- Os homens com DI conseguem distinguir facilmente pensamentos sexuais de comportamentos sexuais.		-.226
15- Os homens com DI não conseguem desenvolver nem manter relacionamentos íntimos com um/a parceiro/a.	.678	
16- Proporcionar educação para a sexualidade aos homens com DI é importante para prevenir situações de exploração sexual.	.432	
17- Normalmente o comportamento sexual dos homens com DI é uma área muito problemática na gestão dos cuidados a estas pessoas.	.291	
18- Homens com DI que possam consentir ter relacionamentos sexuais, devem poder fazê-lo.	.758	
19- Estruturas residenciais para adultos com DI devem ser exclusivamente para homens, e não deveriam ser mistas.	.425	
20- Os profissionais que trabalham com homens com DI devem desencorajar as atividades sexuais.	.706	
21- Não se deve discutir assuntos sobre sexualidade com homens com DI antes da puberdade.	.510	
22- Os homens com DI deviam poder casar-se.	.777	
23- É uma boa ideia garantir um espaço privado em casa para os homens com DI se poderem masturbar.	.416	
24- Sempre que possível, os homens com DI deviam participar nas eventuais decisões anticoncepcionais.	.483	
25- Não se deve encorajar os homens com DI a terem relacionamentos sexuais.	.650	
26- Os homens com DI devem ter acesso a todos os meios anticoncepcionais.	.615	
27- Os homens com DI são mais facilmente estimuláveis sexualmente.		.453
28- O casamento entre homens com DI não é problemático para a sociedade.	.493	
29- A esterilização é uma prática desejável para os homens com DI.	.739	
30- A educação para a sexualidade deveria ser obrigatória para os homens com DI.	.405	
31- Dever-se-ia ensinar aos homens com DI que a masturbação é uma forma aceitável de expressão sexual.	.568	
32- O casamento deve ser desencorajado para os homens com DI.	.779	
33- Os homens com DI deveriam poder ter filhos dentro de um casamento.	.740	
34- Os homens com DI têm mais pensamentos sexuais do que os homens sem deficiência intelectual.		.566
KMO	.905	
% Variância explicada	33.24	6.22
Alpha de Cronbach	.94	.72

Efetuiu-se uma análise de itens para comprovar a sua qualidade psicométrica. Todos os itens apresentam valores de assimetria e curtose, respetivamente nos intervalos |3| e |7|.

Questionários de Atitudes Face à Sexualidade de Pessoas com DI - Mulheres (QASDI-M)

De forma a averiguar a adequabilidade da amostra, realizou-se o KMO, onde se obteve o valor de .902, o que permitiu proceder à AFE, através do método de análise de extração de componentes principais e do método de rotação *Varimax* com a normalização de *Kaiser*. A AFE produziu 2 fatores, que explicam, respetivamente, 31.75% e 6.14% da variância. Eliminaram-se os itens com carga fatorial inferior a 0.40. Apesar da versão original da escala identificar 4 fatores (Cuskelly & Bryde, 2004), de acordo com o critério do *scree plot* da presente amostra foi possível verificar a existência de apenas 2 fatores: Fator 1 – Direitos Sexuais (item 1, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 33 e 24); Fator 2 – Desejo Sexual (4, 5 e 13) (cf. Tabela 4) (ver Anexo 9).

Tabela 4

Resultados da análise fatorial exploratória: Peso fatorial, alfa de Cronbach (α) e % da variância da análise bifatorial do QASDI-M ($KMO = .902$)

Item	Fator I	Fator II
1- Com o apoio certo, as mulheres com DI podem criar filhos de forma ajustada.	.595	
2- Desde que não nasçam filhos indesejados e queninguém saia magoado, as mulheres com DI devem poder ter relacionamentos significativos.	.390	
3- Mulheres com DI que possam consentir ter relacionamentos significativos, devem poder fazê-lo.	.717	
4- É melhor esperar que uma mulher com DI coloque perguntas sobre sexualidade antes de discutir esse assunto com ela.		.461
5- As mulheres com DI têm menos interesse sexual do que as mulheres sem DI.		.715
6- Devia ser proibido às mulheres com DI terem filhos.	.739	
7- Devia ser permitido às mulheres com DI terem relacionamentos significativos.	.539	
8- As mulheres com DI deviam tomar medicamentos para inibir o seu desejo sexual.	.688	
9- As mulheres com DI deviam ser desencorajadas de se masturbarem.	.643	
10- Conversar sobre relações sexuais pode estimular comportamentos sexuais promíscuos entre mulheres com DI.	.475	
11- As mulheres com DI só se deveriam poder casar após terem sido devidamente esterilizadas.	.692	
12- A masturbação em espaços privados é perfeitamente aceitável para as mulheres com DI.	.641	
13- As mulheres com DI normalmente apresentam menos desejo sexual do que as mulheres sem deficiência.		.709
14- As mulheres com DI conseguem distinguir facilmente pensamentos sexuais de comportamentos sexuais.	.344	
15- As mulheres com DI não conseguem desenvolver nem manter relacionamentos íntimos com um/a parceiro/a.	.579	
16- Proporcionar educação para a sexualidade às mulheres com DI é importante para prevenir situações de exploração sexual.	.397	
17- Normalmente o comportamento sexual das mulheres com DI é uma área muito problemática na gestão dos cuidados a estas pessoas.	.347	
18- Mulheres com DI que possam consentir ter relacionamentos sexuais, devem poder fazê-lo.	.770	
19- Estruturas residenciais para adultos com DI devem ser exclusivamente para mulheres, e não deveriam ser mistas.	.378	
20- Os profissionais que trabalham com mulheres com DI devem desencorajar as atividades sexuais.	.610	
21- Não se deve discutir assuntos sobre sexualidade com mulheres com DI antes da puberdade.	.511	
22- As mulheres com DI deviam poder casar-se.	.772	
23- É uma boa ideia garantir um espaço privado em casa para as mulheres com DI se poderem masturbar.	.424	
24- Sempre que possível, as mulheres com DI deviam participar nas eventuais decisões anticoncepcionais.	.513	
25- Não se deve encorajar as mulheres com DI a terem relacionamentos sexuais.	.636	
26- As mulheres com DI devem ter acesso a todos os meios anticoncepcionais.	.642	
27- As mulheres com DI são mais facilmente estimuláveis sexualmente.	.489	
28- O casamento entre mulheres com DI não é problemático para a sociedade.	.535	
29- A esterilização é uma prática desejável para as mulheres com DI.	.642	
30- A educação para a sexualidade deveria ser obrigatória para as mulheres com DI.	.379	
31- Dever-se-ia ensinar às mulheres com DI que a masturbação é uma forma aceitável de expressão sexual.	.623	
32- O casamento deve ser desencorajado para as mulheres com DI.	.685	
33- As mulheres com DI deveriam poder ter filhos dentro de um casamento.	.704	
34- As mulheres com DI têm mais pensamentos sexuais do que as mulheres sem deficiência intelectual.	.469	
KMO	.902	
% Variância explicada	31.75	6.14
Alpha de Cronbach	.93	.66

Efetivou-se uma análise de itens para comprovar a sua qualidade psicométrica. Todos os itens apresentam valores de assimetria e curtose, respetivamente nos intervalos $|3|$ e $|7|$.

Fiabilidade

Realizou-se uma análise da consistência interna das escalas e foi calculado o alfa de Cronbach de cada um dos seus fatores.

Verificou-se a existência de excelentes propriedades psicométricas no QASDI-M, no QASDI-H, no QASMDI_F1 e no QASHDI_F1. O QASG-M, o QASG-H e o QASHDI e o QASHDI_F2 revelam boas propriedades psicométricas. O QASMDI_F2 apresenta um valor de consistência interna razoável (cf. Tabela 5).

Tabela 5
Coefficiente de fiabilidade das escalas

Escala	Fator	α
QASG-M		.71
QASG-H		.74
QASDI-M		.93
	Direitos Sexuais	.93
	Desejo Sexual	.66
QASDI-H		.94
	Direitos Sexuais	.94
	Desejo Sexual	.72

Validade convergente

Observaram-se correlações muito fortes, positivas e significativas entre o QASDI-M, o QASDI-H, o QASMDI_F1 e o QASHDI_F1 e entre o QASDI-H, o QASMDI_F1 e o QASHDI_F1.

Verificaram-se correlações fortes, positivas e significativas entre o QASMDI_F1 e o QASHDI_F1 e entre o QASG-M e o QASDI-H.

As correlações entre o QASDI-H e o QASG-M e entre o QASG-H, o QASG-M, o QASDI-M, o QASDI-H, o QASMDI_F1 e o QASHDI_F1 e entre o QASMDI_F2 e o QASHDI_F2 revelaram-se moderadas, positivas e significativas.

Observaram-se correlações fracas, positivas e significativas entre o QASG-M, o QASDI-M e o QASMDI_F1, entre o QASG-H, o QASMDI_F2 e o QASHDI_F2, entre o QASDI-M, o QASMDI_F2 e o QASHDI_F2, entre o QASDI-H, o QASDI_F2 e o QASHDI_F2, entre o QASMDI_F2 e o QASHDI_F1 e entre o QASHDI_F1 e o QASHDI_F2 (cf. Tabela 6).

Tabela 6
Correlações de Pearson entre as variáveis

Escala	QASG-M	QASG-H	QASDI-M	QASDI-H	QASDI-M_F1	QASDI-M_F2	QASDI-H_F1	QASDI-H_F2
QASG-M	1	.713**	.509**	.513**	.503**	.261**	.519**	.190**
QASG-H		1	.650**	.656**	.621**	.471**	.653**	.313**
QASDI-M			1	.923**	.991**	.493**	.913**	.483**
QASDI-H				1	.916**	.446**	.992**	.500**
QASDI-M_F1					1	.371**	.913**	.428**
QASDI-M_F2						1	.392**	.571**

QASDI-H_F1	1	.389**
QASDI-H_F2		1

** a correlação é significativa ao nível de 0.001

Comparação das atitudes face à sexualidade em função da idade

Os resultados das análises de variância para comparar os 3 grupos de idade relativamente às variáveis em estudo encontram-se descritos na Tabela 7.

Foi realizada uma ANOVA, e, posteriormente, o teste post-hoc *Tukey*, de forma a identificar quais os grupos que apresentam diferenças significativas entre si. O tamanho da amostra de cada grupo de idade foi: adulez inicial – 199 participantes, adulez intermédia – 143 participantes e adulez tardia – 84 participantes.

No QAGS-H e no QAGS-M verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de idade, respetivamente [F (2,423) = 9.938; $p < 0.001$] e [F (2, 423) = 8.479; $p < 0.001$], sendo o grupo da adulez intermédia que apresenta atitudes mais positivas.

No QASDI-M e no QASDI-H observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de idade, respetivamente [F (2, 422) = 30.405; $p < 0.001$] e [F (2, 421) = 20.427; $p < 0.001$], sendo o grupo da adulez inicial que apresenta atitudes mais positivas.

No QASMDI_F1 verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos [F (2, 422) = 33.830; $p < 0.001$], sendo os participantes de adulez inicial que apresentam atitudes mais positivas. No caso do QASMDI_F2 não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas [F (2, 423) = 1.405; $p = 0.247$], no entanto, o grupo de adulez intermédia apresenta atitudes mais positivas.

No QASHDI_F1 observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos [F (2, 421) = 21.274; $p < 0.001$], sendo o grupo de adulez inicial que apresenta atitudes mais positivas. Para o QASHDI_F2 não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas [F (2, 423) = 1.823; $p = 0.163$], ainda assim, os participantes de adulez inicial apresentam atitudes mais positivas.

Tabela 7
Comparação das atitudes face à sexualidade em função da idade

Escala	Média	Desvio-padrão	t	p
QASG-M				
Adulez inicial	23.31	2.44		
Adulez intermédia	23.52	2.55	8.479	< .001
Adulez tardia	22.17	2.57		
QASG-H				
Adulez inicial	33.82	4.25		

Aduldez intermédia	34.25	1.29	9.938	< .001
Aduldez tardia	31.81	3.53		
QASDI-M				
Aduldez inicial	113.71	13.04		
Aduldez intermédia	111.71	15.12	8.479	< .001
Aduldez tardia	100.06	12.59		
QASDI-H				
Aduldez inicial	124.16	16.09		
Aduldez intermédia	123.64	16.94	9.938	< .001
Aduldez tardia	111.57	13.36		
QASMDI_F1				
Aduldez inicial	102.81	12.13		
Aduldez intermédia	100.54	13.87	33.830	< .001
Aduldez tardia	89.35	12.11		
QASMDI_F2				
Aduldez inicial	10.89	2.05		
Aduldez intermédia	11.17	2.27	1.405	.247
Aduldez tardia	10.71	1.94		
QASHDI_F1				
Aduldez inicial	110.67	15.10		
Aduldez intermédia	110.19	15.86	21.274	< .001
Aduldez tardia	98.63	12.61		
QASHDI_F2				
Aduldez inicial	13.47	2.26		
Aduldez intermédia	13.44	2.41	1.823	.163
Aduldez tardia	12.94	1.81		

Comparação das atitudes face à sexualidade em função do género

Os resultados das análises de variância para comparar os 2 grupos de género relativamente às variáveis em estudo encontram-se descritos na Tabela 8.

No QASG-M e no QASG-H verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, respetivamente, ($t(4.751) = 422; p < 0.001$) e ($t(5.649) = 422; p < 0.001$), sendo as mulheres que revelam atitudes mais positivas.

No QASDI-M e no QASDI-H observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, respetivamente, ($t(4.335) = 421; p < 0.001$) e mulheres ($t(3.558) = 420; p < 0.001$), sendo as mulheres que revelam atitudes mais positivas.

No QASMDI_F1 observam-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($t(4.318) = 421; p < 0.001$), sendo as mulheres que apresentam atitudes mais positivas. No QASMDI_F2 não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($t(1.958) = 422; p = 0.051$), no entanto, as mulheres revelam atitudes mais positivas.

No QASHDI_F1 verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas ($t(3.582) = 420$; $p < 0.001$), sendo as mulheres que apresentam atitudes mais positivas. No QASHDI_F2 não foram observadas diferenças estatisticamente significativas ($t(1.480) = 422$; $p = 0.140$), ainda assim, as mulheres apresentam atitudes mais positivas.

Tabela 8
Comparação das atitudes face à sexualidade em função do género

Escala	Média	Desvio-padrão	<i>t</i>	<i>p</i>
QASG-M				
Mulher	23.47	2.37	4.751	< .001
Homem	22.13	2.82		
QASG-H				
Mulher	34.18	3.89	5.640	< .001
Homem	31.56	6.60		
QASDI-M				
Mulher	111.99	14.59	4.335	< .001
Homem	104.92	13.17		
QASDI-H				
Mulher	123.02	16.63	3.558	< .001
Homem	116.34	15.28		
QASMDI_F1				
Mulher	100.94	13.65	4.318	< .001
Homem	94.32	12.49		
QASMDI_F2				
Mulher	11.06	2.10	1.958	.051
Homem	10.59	2.09		
QASHDI_F1				
Mulher	109.58	15.71	3.582	< .001
Homem	103.26	14.15		
QASHDI_F2				
Homem	13.43	2.25	1.148	.140
Mulher	13.06	2.12		

Comparação das atitudes face à sexualidade em função do estado marital

Observaram-se diferenças estatisticamente significativas na comparação dos valores médios nas atitudes face à sexualidade em função do estado marital no QASG-M ($t(-4.670) = 418$; $p < 0.001$), no QASG-H ($t(-5.097) = 418$; $p < 0.001$), no QASDI-M ($t(-7.198) = 417$; $p < 0.001$), no QASDI-H ($t(-6.207) = 416$; $p < 0.001$), no QASMDI_F1 ($t(-7.340) = 417$; $p < 0.001$) e no QASHDI_F1 ($t(-6.456) = 416$; $p < 0.001$). Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas para o QASMDI_F2 ($t(-2.187) = 418$; $p = .029$) e o QASHDI_F2 ($t(-1.078) = 418$; $p = .282$). Em todas as medidas, são os que não se encontram numa relação que apresentam atitudes mais favoráveis face à sexualidade das pessoas com DI.

Tabela 9
Comparação das atitudes face à sexualidade em função do estado marital

Escala	Média	Desvio-padrão	<i>t</i>	<i>p</i>
QASG-M				
Com vínculo	22.11	2.55	-4.670	< .001
Sem vínculo	23.46	2.48		

QASG-H				
Com vínculo	31.66	3.70	-5.097	< .001
Sem vínculo	34.11	4.23		
QASDI-M				
Com vínculo	101.21	14.17	-7.198	< .001
Sem vínculo	112.83	13.74		
QASDI-H				
Com vínculo	112.40	14.75	-6.207	< .001
Sem vínculo	123.95	16.28		
QASMDI_F1				
Com vínculo	90.67	13.32	-7.340	< .001
Sem vínculo	101.76	12.83		
QASMDI_F2				
Com vínculo	10.54	2.04	-2.187	.029
Sem vínculo	11.07	2.12		
QASHDI_F1				
Com vínculo	99.27	13.79	-6.456	< .001
Sem vínculo	110.54	15.27		
QASHDI_F2				
Com vínculo	13.13	1.84	-1.078	.282
Sem vínculo	13.41	2.33		

Comparação das atitudes face à sexualidade em função do conhecimento sobre sexualidade

Para todas as medidas de atitudes, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos com e sem conhecimento sobre sexualidade. No entanto, em todas, são os que têm conhecimento sobre sexualidade que revelam atitudes mais positivas.

Tabela 10

Comparação das atitudes face à sexualidade em função do conhecimento sobre sexualidade

Escala	Média	Desvio-padrão	t	p
QASG-M				
Sim	23.19	2.50	2.810	.005
Não	20.00	4.69		
QASG-H				
Sim	33.57	4.23	-.016	.987
Não	33.60	3.78		
QASDI-M				
Sim	110.35	14.67	.114	.909
Não	109.60	8.61		
QASDI-H				
Sim	121.57	16.63	.960	.338
Não	114.40	14.66		
QASMDI_F1				
Sim	99.29	13.75	.031	.976
Não	99.20	8.67		
QASMDI_F2				
Sim	10.96	2.11	.589	.556
Não	10.40	2.51		
QASHDI_F1				
Sim	108.20	15.62	.882	.378
Não	102.00	15.36		
QASHDI_F2				
Sim	13.37	2.25	.961	.337
Não	12.40	.89		

2.6. Discussão

O presente estudo tem como finalidade validar psicometricamente duas escalas destinadas à avaliação das atitudes face à sexualidade de pessoas com e sem DI. Pretende-se comparar as atitudes face à sexualidade em função do gênero, da idade, do estado marital e de ter conhecimento sobre sexualidade.

As escalas revelam boas propriedades psicométricas, decorrentes dos resultados na consistência interna e na validade de construto, o que permite a disponibilização de instrumentos válidos e fiáveis para uso em contextos clínicos, educacionais e de investigação. A análise fatorial exploratória da escala de atitudes face à sexualidade de homens (QASG-H) indicou uma estrutura unifatorial com boa consistência interna, alinhando-se com estudos anteriores que destacam a predominância de um fator associado à abertura sexual (Cuskelly & Gilmore, 2007). A versão feminina (QASG-M) também apresentou uma estrutura unifatorial consistente, embora tenha sido necessário eliminar um dos fatores inicialmente identificados, devido à sua baixa fiabilidade.

Relativamente às escalas específicas para atitudes face à sexualidade de pessoas com DI, tanto a versão masculina (QASDI-H) quanto a feminina (QASDI-M) apresentaram uma estrutura bifatorial. Os fatores identificados, "Direitos Sexuais" e "Desejo Sexual", são consistentes com a literatura existente (Cuskelly & Bryde, 2004). A consistência interna foi excelente para o fator "Direitos Sexuais" em ambas as versões e moderada para o fator "Desejo Sexual", o que reforça a necessidade de aprofundar futuras investigações.

A validade convergente entre as escalas revelou correlações fortes entre atitudes face à sexualidade da população geral, e correlações moderadas a fracas com as escalas da população com DI. Estes padrões indicam que, apesar de haver congruência entre as atitudes perante a sexualidade humana, persistem percepções distintas quando se trata de pessoas com DI. Este achado vai ao encontro da literatura, que aponta para a existência de estereótipos e preconceitos neste contexto, nomeadamente a visão infantilizada das pessoas com DI (Brown & McCann, 2019; Gonçalves & Barbosa, 2020).

Apesar de os direitos sexuais das pessoas com DI serem reconhecidos internacionalmente, diversos estudos identificam obstáculos significativos à sua plena realização. Estas pessoas têm desejos, identidades e aspirações sexuais semelhantes às da população geral, incluindo o direito à educação sexual, aos relacionamentos, ao uso de contraceptivos e à parentalidade. No entanto, enfrentam barreiras como atitudes paternalistas, infantilização e falta de acesso a informações adequadas (Pérez-Curiel et al., 2023). A literatura evidencia ainda que estas barreiras são frequentemente reforçadas por familiares,

cuidadores e pela sociedade em geral, o que limita a sua autonomia e saúde sexual (Parchoumiuk, 2021; Carter et al., 2021). O reconhecimento do desejo sexual e da autonomia destas pessoas é fundamental para promover a sua saúde e bem-estar, sendo essencial envolver familiares e profissionais em processos educativos que valorizem a sexualidade como parte integral da vida (Lam et al., 2021).

As atitudes face à sexualidade nesta amostra são positivas. Observa-se a existência de diferenças estatisticamente significativas nas atitudes face à sexualidade de pessoas com DI entre homens e mulheres, sendo as mulheres que apresentam atitudes mais positivas, resultado que corrobora estudos anteriores (Savas & Yol, 2023). Neste contexto, verifica-se a existência de uma maior aceitação social dos comportamentos sexuais masculinos, tanto por homens quanto por mulheres. Esta discrepância está intrinsecamente ligada às construções culturais de feminilidade e masculinidade, que influenciam significativamente as atitudes face à sexualidade (Savas & Yol, 2023). De facto, trata-se de um tema amplamente discutido na literatura, uma vez que os papéis de género socialmente aprendidos moldam as perceções e as atitudes sociais em relação à sexualidade (MacCorquodale, 1989). Neste âmbito, estudos demonstram que as mulheres tendem a aderir mais precocemente aos paradigmas sexuais dominantes, revelando uma maior propensão para recusar relações sexuais em comparação com os homens (Kukulj & Keresteš, 2019). Esta tendência é fortemente influenciada por normas culturais que posicionam a mulher num papel de subordinação, limitando a sua iniciativa e expressão sexual (Bordini & Sperb, 2013).

Confirmando a premissa de Rodrigues (2015), os participantes mais jovens tendem a apresentar atitudes mais positivas face à sexualidade de pessoas com DI. Esta tendência pode ser explicada pelo facto de estes indivíduos, em geral, receberem mais formação sobre sexualidade e sobre os direitos das pessoas com DI, sendo que o aumento do conhecimento contribui para a redução de preconceitos e para uma maior aceitação (Chou et al., 2016). Neste estudo, avaliaram-se diferenças nas atitudes entre sujeitos com ou sem vínculo, e os resultados evidenciaram que os participantes sem vínculo apresentam atitudes mais positivas. Apesar de não terem sido encontradas evidências empíricas que sustentem diretamente este resultado, o mesmo poderá ser explicado por fatores sociodemográficos associados a cada grupo. É possível que os participantes sem vínculo sejam, em média, mais jovens, e estudos anteriores sugerem que as faixas etárias mais jovens tendem a adotar atitudes mais positivas em relação à sexualidade. Assim, recomenda-se que futuras investigações explorem esta variável de forma mais aprofundada.

Não se encontram diferenças estatisticamente significativas entre as atitudes face à sexualidade de pessoas com DI e o conhecimento sobre sexualidade, no entanto, indivíduos

que têm conhecimento relevam atitudes mais positivas, o que vai ao encontro da literatura, onde se refere que a percepção da sexualidade é influenciada pelo acesso a informação (Sprinthall & Collins, 2008).

Importa salientar que a falta de educação sexual adequada e o isolamento social contribuem para a vulnerabilidade das pessoas com DI a abusos e dificultam o desenvolvimento de relacionamentos saudáveis (Medina-Rico, 2017). Quando devidamente apoiadas e informadas, estas pessoas demonstram capacidade para viver a sua sexualidade de forma segura (Carter et al., 2021). Ainda assim, a sexualidade das pessoas com DI continua amplamente negligenciada, muitas vezes envolta em estigmas que associam a deficiência a uma suposta assexualidade ou inaptidão para a vida sexual (Brkić-Jovanović et al., 2021).

Neste sentido, os resultados deste estudo reforçam a importância de compreender as atitudes sociais como barreiras à expressão da sexualidade de pessoas com DI. A presente investigação contribui para a identificação dessas barreiras, disponibilizando instrumentos válidos e fiáveis para a avaliação das percepções sociais. Além disso, os dados obtidos oferecem dados relevantes para orientar práticas educativas e intervenções por parte de profissionais da saúde e da educação, podendo ainda apoiar o desenvolvimento de políticas públicas mais inclusivas e sensíveis às necessidades das pessoas com DI no domínio da sexualidade.

Não obstante, esta investigação apresenta algumas limitações, nomeadamente o facto de o questionário ser extenso. Além disso, os instrumentos utilizados podem estar sujeitos ao viés de desejabilidade social, particularmente em temáticas sensíveis como a sexualidade. Estudos futuros devem não apenas considerar metodologias que minimizem este tipo de viés, mas também direccionar-se para a investigação das atitudes em grupos específicos, como médicos, enfermeiros, professores e familiares de pessoas com DI.

2.7. Conclusão

Os instrumentos validados neste estudo demonstraram boas propriedades psicométricas e relevância teórica, constituindo-se como medidas para a avaliação das atitudes face à sexualidade na população em geral e nas pessoas com DI. Sugere-se a utilização destas escalas para futuras investigações sobre atitudes face à sexualidade.

A sexualidade é uma parte inerente da identidade humana e, por isso, todos, com ou sem DI, têm direito ao seu desenvolvimento e expressão de forma saudável. A negação desse direito relativamente à população com DI, perpetua uma visão social negativa que associa a

deficiência à assexualidade, reforçando estigmas que inibem a compreensão dos próprios sentimentos e o pleno exercício da sexualidade (Gonçalves & Barbosa, 2020).

Apesar de nesta amostra as atitudes face à sexualidade serem positivas, os estereótipos referidos na literatura suportam a importância de políticas de inclusão sexual para a promoção do respeito pela dignidade e expressão da sexualidade desta população, e do estabelecimento de medidas, como intervenções educativas e sensibilização pública.

Sugere-se que investigações futuras utilizem um número mais alargado de participantes, incluindo famílias e profissionais, bem como procurem averiguar as atitudes em populações específicas.

3. Capítulo 2: Discussão Geral

A Dissertação que aqui se apresenta foi realizada com a finalidade de obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde. Assim, tendo por base o plano de estudos deste ciclo de estudos, espera-se que, com a finalização deste projeto de investigação, o estudante seja capaz de: (1) definir um problema de investigação; (2) enquadrar teoricamente um problema de investigação e fundamentar o trabalho empírico; (3) analisar, integrar e aplicar informação científica; (4) adequar opções metodológicas, quantitativas e/ou qualitativas, a um problema de investigação; (5) proceder à análise de dados; (6) utilizar recursos técnicos, instrumentais e laboratoriais apropriados; (7) demonstrar competências de interpretação, discussão e comunicação de resultados; (8) redigir uma dissertação, segundo as normas e prazos estipulados na UBI; (9) respeitar as obrigações éticas e deontológicas inerentes à investigação; (10) comunicar, de forma oral e escrita, processos e resultados da investigação e (11) evidenciar capacidades reflexivas, autocríticas e de tomada de decisão.

Para o desenvolvimento destas competências contribui a presente investigação, com o formato de artigo científico. Este segue as normas das 4as Conferências Internacionais em Psicologia Clínica e da Saúde da UBI, às quais foi submetido para publicação.

Não obstante, esta investigação não se encontra isenta de limitações, nomeadamente o facto de o questionário ser extenso e o tema em estudo ser de extrema sensibilidade, o que pode ter influenciado as respostas devido ao viés de desejabilidade social. Ainda assim, considera-se que este estudo oferece um contributo revelante para a Psicologia, ao disponibilizar escalas que podem ser utilizadas para avaliar perceções, orientar práticas educativas e auxiliar profissionais de saúde e da educação. Tendo em conta a falta de informação sobre esta temática e os estereótipos persistentes mencionados na literatura, torna-se fundamental intervir junto de familiares, profissionais de saúde, e da população em geral, no sentido de promover o conhecimento, combater preconceitos e implementar medidas como intervenções educativas, campanhas de sensibilização pública e políticas de inclusão sexual, que garantam o respeito pela dignidade e pela expressão da sexualidade desta população.

Concluindo com uma reflexão pessoal, a realização desta dissertação representou um verdadeiro desafio pessoal e académico, colocando à prova, repetidamente, a minha resiliência. Ao longo deste percurso, enfrentei momentos de dúvida, incerteza e insegurança, no entanto, revelou-se uma experiência profundamente gratificante e enriquecedora. Este trabalho permitiu-me crescer, não apenas enquanto estudante e futura profissional de Psicologia, mas também a nível pessoal. Termina aqui uma das etapas mais importantes da

minha vida, podendo agora iniciar a minha vida profissional, com uma paixão ainda maior pela Psicologia. Este ano foi exigente e ensinou-se que, com esforço, dedicação e o apoio das pessoas certas, é possível ultrapassar qualquer obstáculo e transformar desafios em conquistas.

4. Referências Bibliográficas Gerais

- Bordini, G. S., & Sperb, T. M. (2013). Sexual double standard: A review of the literature between 2001 and 2010. *Sexuality & Culture*, 17(4), 686–704.
- Brkić-Jovanović, N., Runjo, V., Tamaš, D., Slavković, S., & Milankov, V. (2021). Persons with Intellectual Disability: Sexual Behaviour, Knowledge and Assertiveness. *Slovenian Journal of Public Health*, 60(2), 82–89. <https://doi.org/10.2478/sjph-2021-0013>
- Brown, M. & McCann, E. (2019). The views and experiences of families and direct care support workers regarding the expression of sexuality by adults with intellectual disabilities: a narrative review of the international research evidence. *Res Dev Disabil*. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2019.04.012>
- Carter, A., Strnadová, I., Watfern, C., Pebdani, R., Bateson, D., Loblinzk, J., Guy, R., & Newman, C. (2021). The Sexual and Reproductive Health and Rights of Young People with Intellectual Disability: A Scoping Review. *Sexuality Research and Social Policy*, 19(1). <https://doi.org/10.1007/s13178-021-00549-y>
- Chou, Y. C., Lu, Z. yann J., & Lin, C. J. (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*, 43(2), 164–173. <https://doi.org/10.3109/13668250.2016.1259465>
- 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, 255–264.
- Cuskelly, M., & Gilmore, L. (2007). Attitudes to Sexuality Questionnaire (Individuals with an Intellectual Disability): Scale development and community norms. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 32(3), 214–221. <https://doi.org/10.1080/13668250701549450>
- Eastgate G, Van Driel ML, Lennox NG, Scheermeyer E. (2011). Women with intellectual disabilities--a study of sexuality, sexual abuse and protection skills. *Aust Fam Physician*.40(4):226–30.

- Flores, N.; Jenaro, C.; Tomsa, R.; Lucas, J.L.; Beltrán, M. (2016). Actitudes, barreras y oportunidades para el empleo de personas con discapacidad intelectual. *International Journal of Developmental and Educational Psychology Revista INFAD de Psicología*. [10.17060/ijodaep.2014.n1.v4.837](https://doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v4.837)
- Gil-Llario, M. D., Morell-Mengual, V., Ballester-Arnal, R., & Díaz-Rodríguez, I. (2017). 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>
- Gonçalves, J. P., & Barbosa, M. M. F. (2020). Opiniões de mães e profissionais sobre a sexualidade de pessoas com deficiência intelectual. *Revista Exitus*, 10, e020021. <https://doi.org/10.24065/2237-9460.2020v10n0id1143>
- Greenwood N. W, Wilkinson J. (2013). Sexual and reproductive health care for women with intellectual disabilities: a primary care perspective. *International Journal of Family Medicine*. [10.1155/2013/642472](https://doi.org/10.1155/2013/642472)
- Hair, J.F., Black, W.C., Babin, B.J., & Anderson, R.E. (2010). *Multivariate data analysis: A global perspective*. Prentice Hall.
- Kijak, R. (2013). The Sexuality of Adults with Intellectual Disability in Poland. *Sexuality and Disability*, 31(2), 109–123. <https://doi.org/10.1007/s11195-013-9294-8>
- Kline, R.B. (2011). *Methodology in the Social Sciences: Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford Press.
- Kukulj, S., & Keresteš, G. (2019). Sexual self-schemas of Croatian university students: Gender differences and links with sexual activity. *Sexuality and Culture*, 23(3), 848–861. [10.1007/s12119-019-09593-8](https://doi.org/10.1007/s12119-019-09593-8)
- Lam, A., Yau, M., Franklin, R. C., & Leggat, P. A. (2021). Public Opinion on the Sexuality of People with Intellectual Disabilities: A Review of the Literature. *Sexuality and Disability*, 39(2), 395-419. <https://doi.org/10.1007/s11195-020-09674-9>,
- Leutar Z, Mihoković M. (2007). Level of Knowledge about Sexuality of People with Mental Disabilities. *Sexuality and Disability*, 25(3), 93-109. <https://doi.org/10.1007/11195-007-9046-8>

- Lima, M. do S. C. (2010). Vozes do silêncio: os sentidos do discurso de/sobre sexualidade de mulheres paraplégicas. *Filosofia e Educação*, 2(2), 247–265.
<https://doi.org/10.20396/rfe.v2i2.8635503>
- Matin, B. K. et al. (2021). Sexual health concerns in women with intellectual disabilities: a systematic review in qualitative studies. *BMC Public Health*, v. 21, n. 1. [10.1186/s12889-021-12027-6](https://doi.org/10.1186/s12889-021-12027-6)
- McCarthy M. (2009). Contraception and women with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 22(4):363–9. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2008.00464.x>
- Medina-Rico, M., López-Ramos, H., & Quiñonez, A. (2017). Sexuality in People with Intellectual Disability: Review of Literature. *Sexuality and Disability*, 36(3), 231–248.
<https://doi.org/10.1007/s11195-017-9508-6>
- Parchomiuk, M. (2021). Sexuality of People with Intellectual Disabilities: A Proposal to use the Positive Sexuality Model. *Sexuality & Culture*. <https://doi.org/10.1007/s12119-021-09893-y>
- Pérez-Curiel, P., Vicente, E., Morán, M. L., & Gómez, L. E. (2023). The Right to Sexuality, Reproductive Health, and Found a Family for People with Intellectual Disability: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2), 1587. <https://doi.org/10.3390/ijerph20021587>
- Pownall, J. D., Jahoda, A., & Hastings, R. P. (2012). Sexuality and Sex Education of Adolescents with Intellectual Disability: Mothers' Attitudes, Experiences, and Support Needs. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 50(2), 140–154. <https://doi.org/10.1352/1934-9556-50.2.140>
- Rodrigues, S. R. (2015). *A família como suporte à reabilitação da pessoa com deficiência: paraplégicos e tetraplégicos*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto].
- Savas, G., & Yol, F. (2023). Contradicting Perceptions of Women's and Men's Sexuality: Evidence of Gender Double Standards in Türkiye. *Sexuality and Culture*, 27(5), 1661–1678.
<https://doi.org/10.1007/s12119-023-10083-1>

Simpson, A., Lafferty, A., & McConkey, R. (2006). *Out of the shadows: A report on the sexual health and wellbeing of people with learning disabilities in Northern Ireland*. Family Planning Association.

Sprinthall, N. A., & Collins, W. A. (2008). *Psicologia do Adolescente*. Fundação Calouste Gulbenkian.

Swango-Wilson, A. (2010). Meaningful Sex Education Programs for Individuals with Intellectual/Developmental Disabilities. *Sexuality and Disability*, 29(2), 113–118.
<https://doi.org/10.1007/s11195-010-9168-2>

Watson, J. C. (2017). Establishing Evidence for Internal Structure Using Exploratory Factor Analysis. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 50(4), 232–238.
<https://doi.org/10.1080/07481756.2017.1336931>

Anexos

Anexo 1 – Revisão de Literatura

Atitudes

O conceito de atitude é frequentemente utilizado no cotidiano como sinónimo de comportamento (Lima et al., 2023), no entanto, possui um significado diferente no campo da Psicologia Social, sendo um construto fundamental para a compreensão do funcionamento humano (Castro, 1995). As atitudes refletem preferências individuais, indicando avaliações positivas ou negativas sobre pessoas ou objetos (Wolf et al., 2020). São formadas através de várias influências, incluindo fatores biológicos, culturais e sociais (Jonhson et al., 2022), e moldadas por normas culturais e pela deseabilidade social (Gelbrich et al., 2023).

Subjacente à diversidade de definições da palavra, acresce um ponto sobre o qual a maioria dos autores concorda, o seu carácter avaliativo. Petty e Cacioppo (1981) descrevem as atitudes como predisposições gerais e duradouras para avaliar estímulos de maneira favorável ou desfavorável. Esta perspetiva é corroborada por outros autores, destacando a centralidade do julgamento avaliativo do conceito de atitude (Wolf, 2020; Gelbrich, 2023). Desta forma, as atitudes representam pensamentos, emoções e experiências comportamentais associadas a uma experiência específica (Maio et al., 2018).

As atitudes podem ser explícitas ou implícitas, sendo influenciadas por fatores culturais e difíceis de medir com precisão (Wolf et al., 2020). Atitudes explícitas são aquelas das quais o indivíduo tem consciência e pode expressar abertamente (Marini et al., 2024). Por sua vez, as atitudes implícitas operam de forma subconsciente, sendo mais difíceis de medir (Corneille & Hütter, 2020). No que concerne à mensuração das atitudes, esta pode ser realizada por meio de autorrelatos ou de testes implícitos, como o Teste de Associação Implícita (Briñol et al., 2019). No entanto, métodos explícitos são influenciados pelo viés de deseabilidade social, levando os sujeitos a relatar atitudes que consideram mais aceitáveis socialmente do que aquelas que realmente possuem (Burle & Turgeon, 2020). A distinção entre atitudes explícitas e implícitas é essencial para uma compreensão mais aprofundada do comportamento humano (Wolf et al., 2020).

Spigler (2023) define atitude como uma estrutura organizada e consistente de cognições, afetos e comportamentos dirigidos a experiências sociais. O processo de formação de atitudes é influenciado por experiências pessoais, contextos culturais e interações sociais, que determinam o que é considerado aceitável ou inaceitável em diferentes contextos sociais (Lima & Correia, 2017; Santos, 2024). Para além disso, as atitudes desempenham um papel fundamental na construção das relações interpessoais, impactando a maneira como os indivíduos se relacionam com os outros e com o ambiente social (Spigler, 2023).

À medida que o estudo do campo das atitudes avança, questiona-se se estas são um construto unidimensional ou se são compostas por múltiplos componentes (Lima et al., 2023). Nesta linha, existe discordância entre os autores. Fishbein e Ajzen (1975) defendem uma perspetiva unidimensional, argumentando que as atitudes derivam de crenças individuais

sobre um objeto. Contrariamente, Bienemann & Damásio (2017) propõem um modelo tridimensional, no qual as atitudes englobam componentes afetivos, cognitivos e comportamentais. O componente afetivo refere-se às respostas emocionais associadas ao objeto da atitude (Moreira, 2020), enquanto o componente cognitivo envolve crenças e pensamentos associados (Aronson et al., 2018). O componente comportamental é inferido por meio da observação do comportamento passado em relação ao estímulo, num processo de autopercepção (Bem, 1972; Rodrigues et al., 2016).

As atitudes também variam em termos de direção, intensidade e força (Petty et al., 2019). Relativamente à direção, podem ser positivas, negativas ou neutras. A perspectiva unidimensional sugere que atitudes positivas inibem a ocorrência de atitudes negativas (Maio & Haddock, 2012), sendo possível inferir que as atitudes positivas são percebidas como o oposto das atitudes negativas (Lima et al., 2023). Em contrapartida, a abordagem bidimensional de Maio e Haddock (2009) argumenta que aspectos positivos e negativos podem coexistir, explicando a ambivalência atitudinal (Lima et al., 2023). Em termos de intensidade, esta aumenta conforme se afastam da neutralidade, e a sua força está relacionada à persistência ao longo do tempo, sendo que atitudes mais fortes tendem a ser mais estáveis e persistentes (Brügger & Höchli, 2019; Lima et al., 2023).

Sexualidade

De acordo com a *World Health Organization* (WHO), a sexualidade constitui um aspecto central da experiência humana, que perdura durante toda a vida e que engloba diversas dimensões, como a identidade de género, a orientação sexual, o erotismo, o prazer, a intimidade e a reprodução (WHO, 2015). A sua expressão ocorre através de pensamentos, desejos, crenças, atitudes, valores e comportamentos, sendo influenciada pela interação entre fatores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais e espirituais (WHO, 2015). Assim, a construção da sexualidade resulta da interação entre a linguagem, os significados atribuídos e as normas sociais (Murray, 2022; Weeks, 2022). As experiências sexuais consideradas aceitáveis ou não aceitáveis podem variar, dependendo das normas e valores específicos da sociedade, uma vez que a sexualidade é avaliada de forma diferente entre culturas e localizações geográficas (Murray, 2022).

A saúde sexual não se limita à ausência de doenças ou disfunções, refletindo um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social (WHO, 2015). Este conceito pressupõe uma vivência da sexualidade livre de situações de coerção, discriminação e violência, favorecendo experiências sexuais seguras e prazerosas. Os problemas relacionados com a saúde sexual representam um número significativo de doenças em todo o mundo, e incluem doenças sexualmente transmissíveis, falta de acesso a serviços de contraceção e aborto seguro, disfunções sexuais, cancros do aparelho reprodutor e sequelas de violência sexual (WHO, 2011; Guttmacher Institute, 2010). Assim, a promoção da saúde sexual requer a garantia e o

respeito pelos direitos sexuais, assegurando que os indivíduos possam viver a sua sexualidade de forma plena e segura (WHO, 2015).

Desde a infância, o ser humano manifesta uma sexualidade latente, cuja consciência se intensifica na puberdade (Almeida, 2016). A percepção da sexualidade pelos adolescentes é influenciada pelas experiências anteriores, pelo contexto sociocultural e pelo acesso a informação (Sprinthall & Collins, 2008). O conhecimento sobre sexualidade evolui com a idade, sendo que a exposição a informações corretas favorece comportamentos sexuais mais seguros (Parracho, 2016; Almeida, 2016).

Apesar do estigma frequentemente associado à vida sexual na terceira idade, estudos indicam que os idosos mantêm desejos e necessidades sexuais, adaptando-se de forma positiva às mudanças decorrentes do envelhecimento (Chen et al., 2020; Gewirtz-Meydan & Ayalon, 2019). No entanto, a satisfação sexual está condicionada pelo desenvolvimento de competências cognitivas e afetivas, permitindo aos indivíduos tomar decisões informadas sobre sua intimidade (Antunes, 2007). A ausência de suporte familiar e escolar na educação para a sexualidade pode comprometer a construção da identidade e relações afetivas saudáveis (Vaz, 2017).

A educação sexual desempenha um papel crucial na promoção da saúde sexual, permitindo aos indivíduos tomar decisões informadas e seguras sobre a sua sexualidade, bem como auxilia na partilha de situações de violência a exploração sexual (WHO, 2015). Essa educação deve ser um processo contínuo ao longo da vida e deve ser adequada a cada faixa etária, abordando temas como equidade de género, respeito pelos direitos individuais e prevenção da violência sexual (Goldfarb & Lieberman, 2012). Desta forma, promove-se não apenas a prevenção de doenças, mas também o bem-estar e o desenvolvimento de relações saudáveis (WHO, 2015; Goldfarb & Lieberman, 2023).

A vivência da sexualidade também é moldada por construções sociais sobre os papéis de género. Tradicionalmente, os homens são representados como sexualmente ativos e dominantes, enquanto as mulheres são socialmente condicionadas a assumir uma postura mais passiva (Murray, 2022). Estas percepções influenciam a forma como diferentes géneros percebem e expressam a sua sexualidade, destacando a necessidade de uma abordagem inclusiva na educação sexual.

Deficiência

De acordo com a Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), cerca de 15% da população mundial vive com alguma limitação ou incapacidade, seja ela física, intelectual, sensorial ou múltipla. A Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência define deficiência como uma condição que resulta da interação entre limitações funcionais e barreiras ambientais e sociais, impactando a participação plena na sociedade (Gomes, Neto & Vítor (2020). A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2021), alerta para o crescimento da população com deficiência

devido ao envelhecimento e ao aumento de doenças crónicas. Os Censos de 2021 indicam que, em Portugal, 10.9% dos portugueses apresentam algum tipo de deficiência (INE, 2022).

As barreiras físicas e sociais contribuem significativamente para as limitações vivenciadas pelas pessoas com deficiência (Gomes et al., 2020), tornando essencial a criação de estratégias inclusivas que minimizem esses obstáculos e promovam a sua participação ativa na sociedade (Wehmeyer, 2021). O impacto das barreiras estruturais pode comprometer não apenas a mobilidade e a acessibilidade, mas também o bem-estar psicológico, aumentando o risco de distúrbios emocionais e dificuldades de adaptação (OPP, 2023).

A intervenção psicológica desempenha um papel fundamental na promoção da saúde mental e do bem-estar das pessoas com deficiência, atuando como um fator protetor contra o sofrimento psicológico (OPP, 2023). Os psicólogos, em colaboração com outros profissionais, têm um papel essencial na capacitação desses indivíduos, promovendo o desenvolvimento de competências adaptativas, prevenindo situações de vulnerabilidade e combatendo a exclusão social.

A ação psicológica não se limita ao indivíduo, abrangendo também a intervenção nos contextos familiar, laboral e comunitário. A sensibilização da sociedade e a eliminação de estigmas associados à deficiência são aspetos fundamentais para uma inclusão equitativa. Ao atuar diretamente nos fatores psicossociais que impactam esta população, os profissionais da psicologia contribuem para a construção de uma sociedade mais acessível e inclusiva (OPP, 2023).

Deficiência Intelectual

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5), a Perturbação do Desenvolvimento Intelectual (PDI) é considerada uma síndrome neurodesenvolvimental, com início durante o período de desenvolvimento, e que inclui um défice cognitivo, associado a um défice no funcionamento/comportamento adaptativo, que afeta um ou mais dos três domínios seguintes: o domínio social, o domínio conceptual e o domínio do funcionamento prático. Para se poder formular o diagnóstico de PDI, têm de estar presentes três dos seguintes critérios: (a) défices nas funções intelectuais; (b) défices no funcionamento/comportamento adaptativo e (c) início durante o período de desenvolvimento. A PDI pode ser especificado segundo o nível de gravidade: (1) ligeiro; (2) moderado; (3) grave e (4) profundo. Segundo o DMS-5, afeta, aproximadamente, 1% da população, sendo mais frequente no sexo masculino e percebe-se mais prevalente em famílias de baixos rendimentos, em zonas rurais e em países mais pobres.

A intervenção, por parte dos psicólogos, tem como objetivos principais a diminuição das limitações do sujeito nas diversas áreas do funcionamento adaptativo e cognitivo, o apoio às famílias e a capacitação destas para resolver todo o tipo de problemas associados, a

prevenção da deterioração das funções neurodesenvolvimentais e comportamentais, e a promoção de uma boa inclusão em sociedade (DSM-5, 2013).

A sexualidade de pessoas com Deficiência Intelectual

As pessoas com DI apresentam, frequentemente, dificuldades na compreensão dos pensamentos e emoções complexas dos outros, bem como na expressão adequada dos seus próprios sentimentos (Kijak (2013). Apesar dessas limitações cognitivas, a literatura demonstra que os indivíduos com DI possuem necessidades sexuais e envolvem-se em diversas formas de contato sexual (Gil-Llario et al., 2017).

As limitações significativas no funcionamento intelectual e no comportamento adaptativo dessas pessoas manifestam-se em défices nas competências sociais e práticas, impactando a expressão dos seus comportamentos sexuais (Tomaszewski et al., 2018). Para além disto, a lentidão nos processos de memória, a instabilidade atencional e o desenvolvimento limitado da linguagem comprometem a implementação da informação aprendida e a gestão de novas situações, interferindo na autonomia, comunicação e interação social (Perkins & Small, 2006). Essas barreiras tornam as interações sexuais mais desafiadoras para esta população (Dukes & McGuire, 2009).

A saúde sexual, considerada como a liberdade de expressar a própria sexualidade de forma livre, sem existir coerção ou abuso (*World Association for Sexual Health*, 2014) é, por norma, limitada para pessoas com DI (Wit et al., 2021). Para que a sexualidade se desenvolva de forma saudável, é essencial garantir a vivência da diversidade em termos de sexo, identidade e papéis de género, orientação sexual, prazer, intimidade e reprodução (*World Health Organization*, 2015). De acordo com a Declaração dos Direitos Sexuais da *World Association for Sexual Health* (2014), todos têm direito à vivência da sexualidade, sem discriminação baseada em fatores como deficiência, orientação sexual, identidade de género ou estado de saúde.

A sexualidade é uma parte inerente da identidade humana e, por isso, indivíduos com DI têm direito ao seu desenvolvimento e expressão de forma saudável. A negação desse direito perpetua uma visão social negativa que associa a deficiência à assexualidade, reforçando estigmas que inibem a compreensão dos próprios sentimentos e o pleno exercício da sexualidade (Gonçalves & Barbosa, 2020).

A literatura identifica diferenças significativas entre indivíduos com e sem DI no que concerne ao desenvolvimento e às experiências sexuais. Pessoas com DI tendem a iniciar a atividade sexual mais tardiamente e apresentam menos experiência sexual em comparação aos seus pares sem DI (Kijak, 2013). Encontram, também, mais obstáculos na criação de redes sociais que facilitem o contato com potenciais parceiros (Fulford & Conigo, 2016). No entanto, assim como a população geral, esses indivíduos manifestam a necessidade de estabelecer relacionamentos íntimos (Ward et al., 2010), e a sua maior inclusão na sociedade pode facilitar

esse processo (Retznik et al., 2021). Em termos de diferenças de gênero, homens com DI tendem a relatar maior desejo e envolvimento sexual do que mulheres com DI (Gil-Llario et al., 2017; Borawska- Charko et al., 2016).

O acesso limitado a contextos sociais além do ambiente escolar e profissional dificulta o estabelecimento de relações íntimas e sexuais para pessoas com DI (Bates et al., 2016). Mulheres com DI enfrentam desafios adicionais, incluindo dificuldades na procura de parceiros adequados e no acesso a informações sobre saúde sexual (Matin et al., 2021). Além disso, muitas relatam barreiras no acesso a espaços privados para a intimidade, o que pode gerar sentimentos de frustração e isolamento (Retznik et al., 2021).

Mulheres com DI são particularmente vulneráveis a experiências sexuais negativas, incluindo atitudes discriminatórias, educação sexual escolar insuficiente, falta de suporte familiar, episódios de violência e abuso sexual, e dificuldades na expressão do desejo sexual (Greenwood & Wilkinson, 2013). Quando essas adversidades se associam a limitações cognitivas, observa-se um declínio na capacidade da gestão eficaz da própria sexualidade e um aumento na exposição a situações de risco (Leutar & Mihokovic, 2007). Assim, é essencial promover uma educação sexual mais abrangente, adaptada e inclusiva, capacitando os indivíduos com DI a compreender a dinâmica das relações interpessoais e da sexualidade (Matin et al., 2021).

Além disso, o suporte familiar e dos serviços de saúde desempenha um papel crucial na promoção do bem-estar sexual e da autonomia de mulheres com DI, sendo fundamental a criação de ambientes seguros para a discussão de questões sexuais e afetivas (Parchoumiuk, 2018). No contexto da educação sexual, observa-se uma lacuna significativa no acesso de minorias sociais a programas estruturados, incluindo indivíduos com deficiência. Torna-se essencial, portanto, o desenvolvimento de iniciativas inclusivas e acessíveis que englobem as especificidades dessa população (Goldfarb & Lieberman, 2023).

Atitudes face à sexualidade

As atitudes face à sexualidade são influenciadas pelas construções culturais de feminilidade e masculinidade (Savas & Yol, 2023), sendo este um tema amplamente discutido na literatura. MacCorquodale (1989) ressalta que os papéis de gênero socialmente aprendidos influenciam as percepções e as atitudes sociais em relação à sexualidade. Neste contexto, considera-se a existência de um Duplo Padrão Sexual (DPS), que se refere à existência de critérios diferenciados para a avaliação de comportamentos sexuais de homens e mulheres (Bordini & Sperb, 2013).

Estudos indicam que as mulheres tendem a aderir mais precocemente aos paradigmas sexuais dominantes, manifestando maior tendência para recusar relações sexuais do que os homens (Kukulj & Keresteš, 2019). O DPS representa uma limitação significativa à autonomia sexual das mulheres, sendo, assim, essencial a sua redução para promover a igualdade de

gênero (Bobbitt-Zeher, 2011). Este padrão é influenciado por normas culturais que posicionam a mulher em um papel de subordinação, restringindo a sua iniciativa sexual (Bordini & Sperb, 2013). Evidências apontam que o DPS é mais frequentemente assumido por homens, fortalecendo a relação entre diferenças de gênero e atitudes sexuais (Emmerink et al., 2016). O envolvimento em relações sexuais precoces é socialmente avaliado de forma mais negativa quando se trata de mulheres (Young et al., 2016). Mulheres que adotam atitudes sexuais mais ativas, como a procura por sexo casual, frequentemente enfrentam estigmatização social e impacto negativo na reputação (Rudman et al., 2012), o que pode levá-las a inibir os seus desejos sexuais. Este fenômeno é particularmente relevante na adolescência, sendo esta uma fase em que a reputação assume um papel crucial na dinâmica interpessoal (Farvis et al., 2017).

Adicionalmente, destaca-se a existência do Duplo Padrão Sexual Reverso (DPS reverso), que se observa na avaliação diferenciada de comportamentos sexuais entre pessoas do mesmo sexo. Homens que se envolvem em relações homossexuais enfrentam maior estigma do que mulheres na mesma condição (Siegel & Meunier, 2019). A literatura sugere que essa discrepância se deve à normatividade heterossexual e à hierarquia de gênero, onde a dominação masculina influencia a forma como diferentes grupos percebem e avaliam a sexualidade (Migueli & Pronzato, 2020). Assim, considera-se que a existência do Duplo Padrão Sexual (DPS) está diretamente relacionada com a desigualdade racial e de gênero, sendo simultaneamente causa e consequência das mesmas (Fasula et al., 2014; Lefkowitz et al., 2014).

A família desempenha um papel crucial na formação de atitudes sexuais dos jovens, sendo que a comunicação parental sobre sexualidade é considerada um fator crucial (Migueli & Pronzato, 2020), podendo ter efeitos ambivalentes: por um lado pode fomentar uma maior permissividade e abertura, e por outro, podem reforçar estereótipos de gênero (Morgan et al., 2010). Para além disso, a pressão para corresponder às expectativas parentais influenciam diretamente o desenvolvimento da atitude sexual dos jovens (Fugère et al., 2008). Famílias menos tradicionais tendem a proporcionar um ambiente mais aberto para o diálogo sobre sexualidade, o que pode contribuir para a desconstrução do DPS (Montemurro et al., 2015).

A religiosidade é, também, um traço individual com uma relevância significativa na adesão ao DPS, sendo que os indivíduos religiosos são mais propensos a atrasar o início da atividade sexual e rejeitar comportamentos sexuais considerados permissivos (Scott, 1998; Eşsizoglu et al., 2011). De acordo com Landor et al. (2011), a influência parental também se correlaciona com uma maior probabilidade de os jovens adiarem o início da atividade sexual. De um modo geral, observa-se que a religiosidade reforça atitudes tradicionais de gênero, contribuindo para a manutenção do DPS (Emmerink et al., 2016).

No contexto de saúde, os profissionais apresentam, em geral, atitudes positivas face à sexualidade. No entanto, a sexualidade na população idosa continua a ser um tema desafiador para alguns profissionais, dificultando a sua integração nos cuidados de saúde (Evangelista et al., 2019; Pinho & Pereira, 2019).

Em suma, a literatura aponta para uma maior aceitação social dos comportamentos sexuais masculinos, um viés perpetuado tanto por homens quanto por mulheres (Savas e Yol, 2023). Constatase, ainda, que os preconceitos sexuais são preditores da agressividade dirigida a minorias sexuais, reforçando a necessidade de intervenções para controlar esses efeitos (Parrott et al., 2011).

Atitudes face à sexualidade de pessoas com deficiência intelectual

A sexualidade das pessoas com DI continua a ser amplamente negligenciada, em função de um estigma que associa a deficiência a uma suposta assexualidade ou inadequação para a vida sexual. Muitas dessas pessoas necessitam de diferentes níveis de apoio para experienciar uma vivência sexual saudável, mas frequentemente enfrentam lacunas significativas na educação sexual, resultando em um conhecimento escasso e contraditório sobre o próprio corpo e a sexualidade (Brkić-Jovanović et al., 2021). Além disso, a sua expressão sexual é frequentemente desencorajada ou reprimida, o que pode gerar sentimentos de culpa, inibição e dificuldades na construção de uma identidade sexual saudável (Brown & McCann, 2019). Esta abordagem restritiva compromete não só o bem-estar psicossocial dessas pessoas, mas também perpetua barreiras ao respeito pelos seus direitos sexuais e reprodutivos.

A literatura científica evidencia que indivíduos com DI enfrentam múltiplas barreiras pessoais e socioambientais no exercício da sua sexualidade (Flores et al., 2016; Marin et al., 2021). Entre os principais fatores limitadores destacam-se o conhecimento sexual reduzido, frequentemente decorrente de uma educação insuficiente e inadequada às suas necessidades cognitivas, bem como atitudes estigmatizantes por parte da sociedade (Greenwood & Wilkinson, 2013). Adicionalmente, a restrição no acesso a cuidados de saúde especializados, a ausência de experiências sexuais, o isolamento social e a marginalização aumentam significativamente a vulnerabilidade desses indivíduos, sobretudo das mulheres, à violência e ao abuso sexual (Greenwood & Wilkinson, 2013).

Estudos indicam que pessoas com DI apresentam, frequentemente, dificuldades na expressão das suas necessidades sexuais, sendo que a falta de conhecimento sobre sexualidade, associada a experiências limitadas, dificuldades de linguagem e comunicação, medo, constrangimento e baixa autoestima, pode amplificar o risco de exposição a situações de vulnerabilidade e insegurança (Leutar & Mihokovic, 2007; Eastgate, 2011). Além disso, crenças negativas e atitudes restritivas da sociedade podem comprometer o funcionamento sexual, a qualidade das relações íntimas, a promoção da saúde sexual, a segurança e a

autonomia reprodutiva desses indivíduos (Fraley et al., 2007). Estas barreiras também dificultam o acesso a informações e cuidados de saúde sexual adequados, bem como a inclusão em programas de educação sexual, especialmente no caso das mulheres com DI (McCarthy, 2009).

Os direitos e as necessidades sexuais de indivíduos com DI têm recebido uma atenção crescente nas últimas décadas, sendo reconhecidos em diversas diretrizes de políticas internacionais (Nações Unidas, 1993, 2006). No entanto, apesar da relevância da saúde sexual como um componente essencial da saúde pública, esta continua a ser um domínio privado da vida individual, o que representa um desafio para a investigação nesta área (Pownall et al., 2012).

A participação dos pais e cuidadores na educação sexual e no desenvolvimento de relações saudáveis é fundamental, independentemente da presença de uma deficiência. No caso de jovens com DI, o papel dos pais pode ser ainda mais determinante devido à maior dependência destes filhos para obtenção de apoio e orientação (Pownall et al., 2012). A literatura sugere que tanto os jovens com DI como as suas famílias enfrentam dificuldades em abordar conjuntamente questões relacionadas com a sexualidade (Pownall et al., 2011).

Estudos indicam que jovens com DI têm menor probabilidade de discutir temas sexuais com os seus familiares, quando comparados com os seus pares sem DI (Pownall, 2010). Além disso, os pais de jovens com DI demonstram atitudes negativas ou crenças irrealistas acerca da sexualidade dos seus filhos, incluindo a perceção de que estes não estão interessados em relações sexuais ou românticas e a preocupação de que abordar tais temas possa estimular comportamentos inadequados (Cheng & Udry, 2003).

No entanto, investigações mais recentes apontam para uma mudança gradual neste cenário. Há um reconhecimento crescente, por parte dos pais e cuidadores, da importância de fornecer informações adequadas sobre sexualidade aos seus filhos com DI (Pownall et al., 2011; Swango-Wilson, 2008). Estudos transversais sugerem que pais mais jovens de crianças com DI apresentam uma atitude mais recetiva em relação à sexualidade dos filhos (Cuskelly & Bryde, 2004; Karellou, 2003). Ainda assim, essa maior aceitação nem sempre se traduz em ações concretas, e muitos jovens com DI continuam a enfrentar barreiras no desenvolvimento da sua identidade sexual e no acesso a experiências que favoreçam a construção de uma vivência sexual saudável (Swango-Wilson, 2008).

As pessoas com DI apresentam uma vulnerabilidade significativamente elevada para experiências de vitimização, incluindo a violência psicológica e o abuso sexual. Estudos indicam que essas pessoas podem aparentemente consentir ter relações sexuais, embora frequentemente sejam aliciadas por meio de manipulação (Brkić-Jovanović et al., 2021).

A ausência de educação sexual contribui para a vulnerabilidade das pessoas com DI ao abuso e à exploração sexual. A falta de conhecimento sobre relações saudáveis e direitos

sexuais pode impedir a identificação de situações abusivas e comprometer a capacidade de denunciar esses episódios (Swango-Wilson, 2010). A dificuldade de comunicação e a dependência de cuidadores potencializam esse risco, tornando necessária a implementação de estratégias preventivas e de intervenção especializadas.

As consequências do abuso sexual variam conforme o gênero da vítima. Mulheres com DI frequentemente internalizam experiências traumáticas, desenvolvendo comportamentos passivos e vulnerabilidade a relações abusivas futuras (Swango-Wilson, 2010). Por sua vez, os homens tendem a apresentar reações agressivas, reproduzindo padrões abusivos nos seus próprios relacionamentos (Ward et al., 2010). Essas diferenças reforçam a importância de intervenções direcionadas e de programas educacionais que promovam a compreensão dos direitos sexuais e a prevenção do abuso.

A educação sexual é um mecanismo essencial para reduzir a vulnerabilidade de pessoas com DI, promovendo uma sexualidade positiva e fortalecendo a capacidade de tomada de decisão (Swango-Wilson, 2010). O desenvolvimento dessas competências também contribui para a redução de comportamentos sexuais inadequados, favorecendo interações mais saudáveis e respeitadas.

Diversos fatores interferem na autodeterminação e na vivência da sexualidade em indivíduos com DI. Entre eles, destacam-se o déficit de informação sobre educação sexual, as limitações cognitivas que impactam a expressão das necessidades sexuais, as dificuldades nas competências sociais e comunicacionais, a baixa autoestima e a escassez de modelos sexuais positivos (Brkić-Jovanović et al., 2021). Ademais, verifica-se uma maior dificuldade na distinção entre parceiros consentidos e não consentidos, dificuldades na definição de limites pessoais e físicos, assim como na diferenciação entre espaços públicos e privados. Esses fatores comprometem a segurança, dificultam a identificação de comportamentos de risco e aumentam a exposição a situações de abuso sexual (Wissink et al., 2015).

A vulnerabilidade ao abuso sexual entre pessoas com DI é acentuada pela sua dependência de terceiros (Smit et al., 2019) e pela reduzida capacidade de se defenderem (Brkić-Jovanović et al., 2021). O risco é exacerbado pela ausência de educação sexual adequada e por dificuldades em desenvolver estratégias de autodefesa eficazes (Brkić-Jovanović et al., 2021).

Estudos apontam que pessoas com DI possuem uma probabilidade de vitimização sexual de três a quatro vezes superior quando comparadas à população neurotípica (Wissink et al., 2018). Num estudo de Cornett et al. (2018), a maioria das vítimas relatou ter sido alvo de agressões sexuais pelo menos uma vez ao longo da vida, sendo que, na grande maioria dos casos, os agressores pertenciam ao círculo próximo, como familiares, amigos e cuidadores.

Mulheres com DI descrevem experiências negativas associadas à sexualidade, incluindo situações de abuso por parte de amigos e colegas (Matin et al., 2021). Os episódios

descritos incluem beijos forçados, atos de exibicionismo, toques inapropriados e violação (Chou et al., 2015) e ocorrem, predominantemente, em espaços públicos, como escolas, instituições, transportes públicos e locais de trabalho (Chou et al., 2015). A resposta das autoridades diante das denúncias muitas vezes é ineficaz e as vítimas enfrentam atitudes negativas por parte das próprias famílias ou cuidadores (Matin et al., 2021).

Ademais, alguns estudos apontam para a ocorrência de esterilização involuntária de mulheres com DI durante a adolescência, bem como coersão e manipulação (Matin et al., 2021). Em alguns casos, mulheres vítimas de abuso sexual relataram ter sido alvo de violência por parte dos agressores pelo fato de serem esterilizadas, uma vez que não apresentavam risco de engravidar (Schaafsma et al., 2017). Essas experiências traumáticas podem comprometer o estabelecimento de relações interpessoais futuras, levando ao medo de novos envolvimento emocionais (Eastgate et al., 2012).

A percepção limitada de poder e autonomia é um fator que potencializa a exploração sexual dessas mulheres, tornando-as alvos frequentes de diversas formas de abuso e negligência (Eastgate et al., 2012). O contexto institucional, como escolas e centros de acolhimento, pode aumentar a vulnerabilidade a abusos físicos, psicológicos e sexuais, dada a dinâmica de relações de poder e dependência aí estabelecida (Schaafsma et al., 2017).

Assim, é imperativo que se desenvolvam medidas de prevenção que incluam intervenções psicoeducativas, capacitação de profissionais, políticas públicas de proteção e estratégias de empoderamento para pessoas com DI. Programas de educação sexual adaptados às necessidades dessas pessoas são essenciais para reduzir a vulnerabilidade, promover o reconhecimento de situações de risco e fortalecer a capacidade de autodeterminação na esfera da sexualidade e relações interpessoais (Brkić-Jovanović et al., 2021).

Quando se fala em deficiência e sexualidade observa-se uma perspectiva dominante que tende a privilegiar a experiência masculina, considerando que os homens com DI são frequentemente vistos como indivíduos com autonomia para procurar intimidade e prazer sexual (Vehmas, 2019). Contrariamente, as mulheres com DI são, por norma, vistas como sexualmente ingênuas, mais suscetíveis ao abuso sexual e, conseqüentemente, necessitam de mais proteção (Young et al., 2012). De acordo com as evidências, as mulheres com DI são, de facto, mais propensas a sofrer abusos sexuais do que os homens (Gil-Llario et al., 2017). Esta vulnerabilidade é particularmente significativa em indivíduos com DI profunda, tendo em conta a longa história de abusos sexuais documentada nesse grupo (McCarthy, 2009).

Estudos sugerem que uma necessidade fundamental para muitas destas pessoas é o direito ao afeto físico e emocional, sendo estes essenciais para o seu bem-estar (Wilson et al., 2011). Definir diretrizes precisas sobre como promover e melhorar a intimidade e a sexualidade de indivíduos com DI profunda é desafiador, tendo em conta a heterogeneidade desse grupo e, desta forma, os profissionais de saúde que trabalham com estas pessoas devem

mudar a perspectiva tradicional, questionando-se não apenas se essas pessoas desejam prazer sexual, mas também se há razões para supor que não o desejam (Vehmas, 2019). Em muitos casos, a masturbação apresenta-se como a única forma eticamente viável de estes indivíduos obterem prazer sexual (Vehmas, 2019).

As atitudes das pessoas com deficiência intelectual em relação à sua sexualidade são complexas e influenciadas por fatores sociais e familiares, no entanto, apesar dos estigmas e barreiras existentes, estes indivíduos têm a capacidade de expressar os seus desejos e necessidades sexuais, evidenciando uma compreensão clara da sua própria sexualidade (Wit et al., 2021). Contudo, as pessoas com DI defrontam-se com uma rede de apoio e suporte restrita, dificultando a plena exploração da sua sexualidade (Brown & McCann, 2018).

Crenças estereotipadas associam a deficiência intelectual a uma incapacidade de vivenciar a sexualidade de maneira plena, o que impacta negativamente as atitudes dos familiares e dos profissionais de saúde (Correa et al., 2024). Essas percepções resultam em uma postura protetora e restritiva por parte dos familiares, enquanto os profissionais de saúde tendem a demonstrar maior aceitação e reconhecimento dos direitos sexuais dessas pessoas (López-García et al., 2023). Além disso, fatores sociodemográficos influenciam as atitudes face à sexualidade de pessoas com DI, observando-se uma maior permissividade em regiões rurais e uma tendência masculina a adotar atitudes mais negativas, sugerindo um viés de género (López-García et al., 2023).

Embora se observe uma evolução na aceitação social da sexualidade de pessoas com DI, essas atitudes permanecem mais negativas em comparação às dirigidas a indivíduos sem deficiência, reforçando a necessidade de maior sensibilização sobre o tema (Simpson et al., 2006). A existência de uma visão infantilizada desses indivíduos contribui para a crença equivocada de que são desinteressados ou incapazes de vivenciar a sexualidade (Forte et al., 2011). Esse preconceito impacta diretamente a autonomia e autodeterminação dessas pessoas, perpetuando barreiras ao desenvolvimento da sua identidade sexual (Parchoumiuk, 2013).

A aceitação da sexualidade de adultos com DI é mais prevalente entre os jovens, que parecem apresentar atitudes mais favoráveis em relação aos direitos sexuais dessas pessoas. No entanto, a adaptação das famílias a essa realidade ainda é considerada um desafio, sendo necessária a existência de um suporte adequado para lidar com essas questões (Silva, 2011; Rodrigues, 2015).

A formação de profissionais de saúde em sexualidade e deficiência é um fator determinante para a promoção de atitudes mais inclusivas, uma vez que profissionais capacitados demonstram maior aceitação e apoio à expressão sexual dessas pessoas (Deffew et al., 2022). No entanto, ainda há resistência por parte de alguns profissionais, seja por convicções pessoais ou pela crença de que a sexualidade não deve ser uma prioridade nos cuidados de saúde (Jones & Moyle, 2018). Essa postura pode gerar barreiras no acesso a

serviços adequados, comprometendo a promoção de autonomia e do bem-estar dos indivíduos com DI (Gama, 2015).

A existência de barreiras estruturais também impacta o acesso a serviços de saúde sexual para pessoas com DI, para além da falta de capacitação profissional, a infraestrutura inadequada e os desafios de comunicação dificultam a oferta de suporte especializado (Drainoni et al., 2006). Essa lacuna também é observada em contextos académicos, onde estudantes universitários frequentemente apresentam percepções negativas sobre a sexualidade de indivíduos com DI, atitude que pode ser reflexo da falta de informação adequada (Katz et al., 2000). Assim, para além de proporcionar aconselhamento sexual para indivíduos com DI, é crucial disseminar informação correta sobre o tema para a população geral.

Desta forma, a superação das barreiras impostas pela desinformação e pelos estereótipos sobre a sexualidade de pessoas com DI requer um esforço conjunto entre famílias, profissionais de saúde e sociedade. A implementação de programas educativos, aliados à capacitação de profissionais, é fundamental para garantir o respeito aos direitos sexuais desses indivíduos e fomentar a sua autonomia e o seu bem-estar (Lima, 2010).

Anexo 2 – Publicação em Livro de Atas



Atitudes Face à Sexualidade das Pessoas com Deficiência Intelectual: Estudo Psicométrico

Eva Corceiro¹ & Graça Esgalhado^{1,2}

¹ Universidade da Beira Interior, Portugal

² Rise-health, Departamento de Psicologia e Educação, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, UBI, Covilhã- Portugal

Autor Correspondente: Eva Corceiro **E-mail:** eva.corceiro@ubi.pt

Resumo: As atitudes face à sexualidade são influenciadas pelas construções culturais de género, nomeadamente de feminilidade e masculinidade. Pretende-se validar o Questionário de Atitudes Face à Sexualidade de pessoas com Deficiência Intelectual (DI) numa amostra de adultos portugueses, e comparar as atitudes face à sexualidade de pessoas com DI, em função de variáveis sociodemográficas. Participaram no estudo 426 indivíduos (75.8% mulheres e 23.7% homens), média de idades de 27.81, (DP = 13.19), que responderam a Questionário Sociodemográfico, Questionários de Atitudes Face à Sexualidade da População Geral (QASG-M e H) e de Atitudes Face à Sexualidade de Pessoas com DI mulheres (QASDI-M) e homens (QASDI-H). Realizou-se uma Análise Fatorial Exploratória com extração dos componentes principais e com rotação *Varimax*. Retiveram-se itens com carga fatorial superior a .40, e utilizou-se o critério do *scree plot*. Para a QASDI-M produziram-se 2 fatores, respetivamente com $\alpha = .93$ e variância explicada de 31.75% e $\alpha = .66$ e variância explicada de 6.14%. Para a QASDI-H produziram-se 2 fatores, respetivamente com $\alpha = .94$ e variância explicada de 33.24% para o Fator 1, e $\alpha = .72$ e variância explicada de 6.22% para o Fator 2. Verificou-se a validade convergente através de correlações positivas o QASG-M e QASDI-M, e QASG-H e QASDI-H. As mulheres revelam atitudes mais positivas do que os homens face à sexualidade de pessoas com DI. Os instrumentos demonstram boas qualidades psicométricas.

Palavras-chave: Atitudes; Sexualidade; Deficiência Intelectual; Estudo Psicométrico.

Abstract: Attitudes towards sexuality are influenced by cultural constructions of gender, particularly femininity and masculinity. This study aims to validate the Sexuality Attitudes Questionnaire for people with Intellectual Disabilities (ID) in a sample of Portuguese adults, and to compare the attitudes towards sexuality of people with ID based on sociodemographic variables. The study involved 426 individuals (75.8% women and 23.7% men), with an average age of 27.81 (SD = 13.19), who answered a Sociodemographic Questionnaire, General Population Sexuality Attitude Questionnaires (QASG-M and H), and Sexuality Attitude Questionnaires for women (QASDI-M) and men (QASDI-H) with ID. An Exploratory Factor Analysis was conducted using principal component extraction and Varimax rotation. Items with a factor loading greater than .40 were retained, and the scree plot criterion was used. For the QASDI-M, 2 factors were

produced, with $\alpha = .93$ and explained variance of 31.75%, and $\alpha = .66$ and explained variance of 6.14%. For the QASDI-H, 2 factors were produced, with $\alpha = .94$ and explained variance of 33.24% for Factor 1, and $\alpha = .72$ and explained variance of 6.22% for Factor 2. Convergent validity was verified through positive correlations between QASG-M and QASDI-M, and QASG-H and QASDI-H. The women show more positive attitudes than men towards the sexuality of people with ID. The instruments demonstrate good psychometric qualities.

Key-Words: Attitudes; Sexuality; Intellectual Disability; Psychometric Study.

Introdução

As pessoas com Deficiência Intelectual (DI) apresentam, frequentemente, dificuldades na compreensão dos pensamentos e emoções complexas dos outros, bem como na expressão adequada dos seus próprios sentimentos (Kijak, 2013). Apesar dessas limitações cognitivas, a literatura demonstra que os indivíduos com DI possuem necessidades sexuais e envolvem-se em diversas formas de contato sexual (Gil-Llario et al., 2018). A sexualidade das pessoas com DI continua a ser amplamente negligenciada, em função de um estigma que associa a deficiência a uma suposta assexualidade ou inadequação para a vida sexual. Muitas dessas pessoas necessitam de diferentes níveis de apoio para experienciar uma vivência sexual saudável, mas frequentemente enfrentam lacunas significativas na educação sexual, resultando num conhecimento escasso e contraditório sobre o próprio corpo e a sexualidade (Brkić-Jovanović et al., 2021). A literatura científica evidencia que indivíduos com DI enfrentam múltiplas barreiras pessoais e socioambientais no exercício da sua sexualidade (Flores et al., 2016; Matin et al., 2021). Entre os principais fatores limitadores destacam-se o conhecimento sexual reduzido, frequentemente decorrente de uma educação insuficiente e inadequada às suas necessidades cognitivas, bem como atitudes estigmatizantes por parte da sociedade (Greenwood & Wilkinson, 2013). Estas barreiras também dificultam o acesso a informações e cuidados de saúde sexual adequados, bem como a inclusão em programas de educação sexual, especialmente no caso das mulheres com DI (McCarthy, 2009).

A ausência de uma educação sexual estruturada e inclusiva contribui para o aumento da vulnerabilidade e para a perpetuação de estereótipos sobre a sexualidade de pessoas com DI, dificultando a promoção do seu bem-estar, pelo que se considera pertinente o desenvolvimento de programas de educação sexual adaptados às necessidades destas pessoas (Brkić-Jovanović et al., 2021), de forma a garantir o respeito aos direitos sexuais das mesmas (Lima, 2010). Embora haja indícios de uma progressiva aceitação social, as atitudes em relação à sexualidade de pessoas com DI permanecem, no geral, mais negativas, sobretudo quando comparadas às atitudes direcionadas a indivíduos sem deficiência, reforçando a necessidade de uma maior sensibilização sobre o tema (Simpson et al., 2006). Considerando a ambivalência das atitudes dos familiares, dos profissionais de saúde e da sociedade em geral, torna-se imperativo o desenvolvimento de instrumentos que permitam avaliar e mensurar, de forma válida e confiável, essas percepções (Pownall et al., 2012).

Face ao exposto, o presente estudo pretende avaliar as atitudes face à sexualidade das pessoas com DI, visando oferecer um contributo para o avanço da investigação e para a

construção de práticas mais inclusivas e baseadas em evidências. A disponibilização de um instrumento validado oferece uma medida para intervir no sentido de aumentar a sensibilização social e dar suporte à elaboração de políticas públicas e práticas profissionais que visem respeitar os direitos sexuais das pessoas com DI, colmatando lacunas neste domínio.

Decorrente da revisão da literatura, define-se como objetivo geral: adaptar o Questionário de Atitudes Face à Sexualidade da população em geral (Cuskelly & Gilmore, 2007) e o Questionário de Atitudes Face à Sexualidade de pessoas com Deficiência Intelectual (Cuskelly & Bryde, 2004) para uma amostra de adultos portugueses. Como objetivos específicos, pretende-se avaliar as atitudes face à sexualidade das pessoas com DI e comparar as atitudes face à sexualidade em função do género, da idade, do estado marital e do conhecimento sobre sexualidade.

Método

Participantes

A amostra foi obtida por conveniência e teve como critérios de inclusão ter 18 ou mais anos de idade e ter nacionalidade portuguesa. Foi constituída por 426 participantes (N=426), dos quais 323 foram mulheres, 101 homens e 2 outro (75.8%, 23.7 e .5, respetivamente), com idades compreendidas entre os 18 e os 75 anos de idade (média=27.81; DP=13.19). A maioria dos participantes eram solteiros (73.9%), 16.9% casados, 5.4% em união de facto, 1.6 divorciados/separados e 1.4. outro. Relativamente ao local de residência, 35.2% residiam num pequeno meio rural, 11.3% num grande meio rural, 44.4% numa pequena cidade e 8.7% numa grande cidade. A maioria dos participantes tinham um estatuto socioeconómico médio (62.4%), 3.1% baixo, 22.5% baixo-médio e 12% médio-alto. No que concerne às habilitações literárias, a maioria dos participantes concluíram o 12º ano (67.4%), .9% o 4º ano, 1.4% o 9º ano, 24.4% licenciatura, 1.6% mestrado, 3.1% pós-graduação/doutoramento e 1.2% outro. Ao nível do conhecimento sobre sexualidade, 98.8% dos participantes referiram ter conhecimento. A maioria dos indivíduos já teve/tem contacto com pessoas com DI (61.3%).

Instrumentos

No âmbito desta pesquisa foram utilizados três instrumentos: (1) Questionário Sociodemográfico: construído para caracterizar a amostra, relativamente à idade, ao género, ao estado marital, ao local de residência, ao estatuto socioeconómico, às habilitações literárias e a questões referentes ao conhecimento sobre sexualidade e ao contacto com pessoas com deficiência intelectual; (2) *Attitudes to Sexuality Questionnaire (Individuals from the General Population: SQ-GP)* (Cuskelly & Gilmore, 2007) - Questionário de Atitudes Face à Sexualidade da População Geral, versão para homens (QASG-M) e versão para mulheres (QASG-F), cada com 9 itens, respetivamente para avaliar as atitudes face à sexualidade dos homens e das mulheres. As respostas são pontuadas através de uma Escala *Likert* de 5 pontos, sendo 1 discordo totalmente e 5 concordo totalmente. Pontuações mais altas indicam atitudes mais positivas e (3)

Attitudes to Sexuality Questionnaire (Individuals with an Intellectual Disability: ASQ-ID) (Cuskelly & Bryde, 2004), versão para homens e mulheres, desenvolvida com o objetivo de averiguar atitudes em relação à sexualidade de adultos mulheres e homens com Deficiência Intelectual. Cada versão é constituída por 34 itens que se distribuem por 4 subescalas: Direitos Sexuais (13 itens), Paternidade (7 itens), Comportamento sexual não-reprodutivo (5 itens) e Autocontrolo (3 itens), respetivamente com os valores de *alpha* de .93, .88, .84 e .67. As respostas são pontuadas através de uma Escala *Likert* de 5 pontos, sendo 1 discordo totalmente e 5 concordo totalmente. Pontuações mais altas indicam atitudes mais positivas.

Procedimentos

Antes de iniciar o processo, foi contactada a autora das escalas originais, que autorizou a aplicação das mesmas numa amostra de população portuguesa. Posteriormente, procedeu-se à tradução para português das versões originais das escalas do estudo. Estas resultaram de um processo formal de adaptação linguística, com tradução e retroversão por parte de especialistas da língua inglesa e da psicologia, de forma a construir versões equivalentes às originais, tanto na estrutura semântica como no conteúdo. A recolha de dados iniciou-se com a elaboração de um estudo piloto com 5 participantes, de forma a identificar quaisquer dúvidas e/ou dificuldades no preenchimento do protocolo, e a aplicação decorreu de forma presencial, de Novembro de 2024 a Janeiro de 2025. Os participantes declararam o seu consentimento informado, e foi garantida a confidencialidade e o anonimato, comunicados os objetivos da investigação e a informação de que podiam desistir a qualquer momento. Cada participante respondeu a todas as escalas.

Com o objetivo de obter grupos de comparação transformou-se a variável “Idade”, em três grupos: (1) Adulterez inicial, (2) Adulterez intermédia e (3) Adulterez tardia. Nas “Habilitações Literárias” as variáveis foram codificadas para (1) Ensino básico (4º ano, 9º ano e ensino secundário), e (2) Ensino superior (Licenciatura, Mestrado/Pós-Graduação e Doutoramento). Na variável “Género”, foram utilizados os grupos mulher e homem. A variável “Estado marital” foi transformada em 2 grupos: (1) Vinculados (com namorado/a, casados/as, e os que vivem em união de facto) e (2) Desvinculados (solteiros/as, divorciados/as e viúvos/as). Para o local de residência, foram criados dois grupos, meio rural e meio urbano. Para a variável “Estatuto socioeconómico” criaram-se três grupos: (1) Baixo, (2) Médio e (3) Alto.

Análise de dados

A presente investigação define-se como um estudo quantitativo e transversal, inferencial e de validação psicométrica de dois instrumentos de avaliação das atitudes face à sexualidade de adultos e de pessoas com deficiência intelectual.

O tratamento de dados foi realizado com recurso ao Programa *IBM SPSS Statistics* versão 28. Este processo iniciou-se com a elaboração de uma análise descritiva das variáveis sociodemográficas, seguida do estudo das propriedades psicométricas. Avalia-se o nível de credibilidade do instrumento, com recurso à análise fatorial, após realizar uma análise de evidência interna através do Teste de Esfericidade de *Bartlett*, e da medida de adequação amostral de *Kaiser, Meyer e Olkin* (KMO). Seguidamente efetuou-se a Análise

Fatorial Exploratória (AFE) com extração dos componentes principais e com rotação *Varimax*, e a análise da sensibilidade através do cálculo dos coeficientes de achatamento e curtose. Seguiu-se a Análise da fiabilidade ou consistência interna através da determinação do alfa de *Cronbach*. Para o estudo da validade convergente utilizámos o *r* de *Pearson*, com vista a medir a intensidade das relações entre atitudes face à sexualidade das mulheres, dos homens, e das mulheres e homens com DI. Por último, utilizaram-se testes *t* e ANOVA, para a comparação de diferenças entre grupos.

Resultados

Estudo psicométrico

Para uma maior facilidade expositiva, apresentam-se separadamente os cálculos efetuados para cada versão das escalas.

Questionário de Atitudes Face à Sexualidade dos homens – População Geral (QASG-H)

Para averiguar a adequabilidade da amostra, realizou-se o KMO, obtendo-se o valor de .791, o que permitiu proceder à AFE, através do método de análise de extração dos componentes principais e do método de rotação *Varimax* com a normalização de *Kaiser*. A AFE produziu 2 fatores, que explicam, respetivamente, 33.36% e 14.24% de variância. Retiveram-se os itens com carga fatorial superior a .40. No entanto, a análise do *scree plot* revelou a existência de apenas um fator e, tendo em conta que o Fator 2 é composto por apenas 1 item procedeu-se à eliminação do mesmo. A versão final desta escala ficou composta pelos itens 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8 e 9 (cf. Tabela 1).

Tabela 1 – Resultados da análise fatorial exploratória: Peso fatorial, alfa de *Cronbach* (α) e % da variância da análise unifatorial do QASG-H (KMO = .791).

Item	Fator I	Fator II
1- É melhor esperar que um rapaz coloque questões sobre sexualidade antes de discutir esse assunto com ele.	.498	
2- Os rapazes deveriam ser desencorajados de se masturbarem.	.715	
3- Conversar sobre relações sexuais promove a promiscuidade em rapazes.	.502	
4- A educação para a sexualidade dirigida a rapazes tem um papel importante na proteção contra a sua exploração sexual.		.752
5- Homens adultos devem poder viver numa relação homossexual se o desejarem fazer.	.680	
6- É melhor não discutir assuntos sobre sexualidade com rapazes até que atinjam a puberdade.	.503	
7- Os homens mais jovens deveriam ter acesso total a conselhos sobre contraceção.	.611	
8- A educação para a sexualidade deveria ser obrigatória para os rapazes.	.634	
9- A masturbação em privado é uma forma aceitável de expressão sexual para os homens.	.689	
KMO	.791	
% Variância explicada	33.36	14.24
Alpha de <i>Cronbach</i>	.741	

Efetuuou-se uma análise de itens para comprovar a sua qualidade psicométrica. Todos os itens apresentam valores de assimetria e curtose, respetivamente nos intervalos [3] e [7].

Questionário de Atitudes Face à Sexualidade das mulheres - População Geral (QASG-M)

De forma a averiguar a adequabilidade da amostra, realizou-se o KMO, obtendo-se o valor de .753, o que permitiu proceder à AFE, através do método de análise de extração de componentes principais e do método de rotação *Varimax* com a normalização de *Kaiser*. A AFE produziu 2 fatores, que explicam, respetivamente, 30.84% e 14.49% da variância. Este resultado é consistente com o da versão original, onde também se identificaram dois fatores (Cuskelly & Gilmore, 2007). De acordo com o valor do α do Fator 2 (.20) procedeu-se à eliminação deste fator, uma vez que este valor é inaceitável. Retiveram-se os itens com carga fatorial superior a .40. A versão final desta escala ficou composta pelos itens 2, 3, 5, 7, 8 e 9 (cf. Tabela 2).

Tabela 2 - Resultados da análise fatorial exploratória: Peso fatorial, alfa de Cronbach (α) e % da variância da análise unifatorial do QASG-M (KMO = .753)

Item	Fator I	Fator II
1- É melhor esperar que uma rapariga coloque questões sobre sexualidade antes de discutir esse assunto com ela.		.664
2- As raparigas deveriam ser desencorajadas de se masturbarem.	.649	
3- Conversar sobre relações sexuais promove a promiscuidade em raparigas.	.586	
4- A educação para a sexualidade dirigida a raparigas tem um papel importante na proteção contra a sua exploração sexual.		-.641
5- Mulheres adultas devem poder viver numa relação homossexual se o desejarem fazer.	.728	
6- É melhor não discutir assuntos sobre sexualidade com raparigas até que atinjam a puberdade.		.517
7- As mulheres mais jovens deveriam ter acesso total a conselhos sobre contraceção.	.514	
8- A educação para a sexualidade deveria ser obrigatória para as raparigas.	.568	
9- A masturbação em privado é uma forma aceitável de expressão sexual para as mulheres.	.732	
KMO	.753	
% Variância explicada	30.84	14.49
Alpha de Cronbach	.72	.20

Efetuiu-se uma análise de itens para comprovar a sua qualidade psicométrica. Todos os itens apresentam valores de assimetria e curtose, respetivamente nos intervalos [3] e [7] com exceção do item 7 (“As mulheres mais jovens deveriam ter acesso total a conselhos sobre contraceção”). No entanto, com base em critérios teóricos retém-se este item.

Questionários de Atitudes Face à Sexualidade de Pessoas com DI - Homens (QASDI-H)

De forma a averiguar a adequabilidade da amostra, realizou-se o KMO, onde se obteve o valor de .905, o que permitiu proceder à AFE, através do método de análise de extração de componentes principais e do método de rotação *Varimax* com a normalização de *Kaiser*. A AFE produziu 2 fatores, que explicam, respetivamente, 33.24% e 6.22% da variância. Eliminaram-se os itens com carga fatorial inferior a 0.40. Apesar da versão original da escala identificar 4 fatores (Cuskelly & Bryde, 2004), de acordo com o critério do *scree plot* da presente amostra foi possível verificar a existência de apenas 2 fatores: Fator 1 – Direitos Sexuais (itens 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 30, 31, 29, 32 e 33); Fator 2 – Desejo Sexual (itens 5, 13, 27 e 34) (cf. Tabela 3).

Tabela 3 - Resultados da análise fatorial exploratória: Peso fatorial, alfa de *Cronbach* (α) e % da variância da análise bifatorial do QASDI-H (KMO = .905).

Item	Fator I	Fator II
1- Com o apoio certo, os homens com DI podem criar filhos de forma ajustada.	.502	
2- Desde que não nasçam filhos indesejados e que ninguém saia magoado, os homens com DI devem poder ter relacionamentos significativos.	.502	
3- Homens com DI que possam consentir ter relacionamentos significativos, devem poder fazê-lo.	.700	
4- É melhor esperar que um homem com DI coloque perguntas sobre sexualidade antes de discutir esse assunto com ele.	.396	
5- Os homens com DI têm menos interesse sexual do que os homens sem DI.		.681
6- Devia ser proibido aos homens com DI terem filhos.	.702	
7- Devia ser permitido aos homens com DI terem relacionamentos significativos.	.621	
8- Os homens com DI deviam tomar medicamentos para inibir o seu desejo sexual.	.766	
9- Os homens com DI deviam ser desencorajados de se masturbarem.	.591	
10- Conversar sobre relações sexuais pode estimular comportamentos sexuais promiscuos entre homens com DI.	.565	
11- Os homens com DI só se deveriam poder casar após terem sido devidamente esterilizados.	.731	
12- A masturbação em espaços privados é perfeitamente aceitável para os homens com DI.	.603	
13- Os homens com DI normalmente apresentam menos desejo sexual do que os homens sem deficiência.		.633
14- Os homens com DI conseguem distinguir facilmente pensamentos sexuais de comportamentos sexuais.		-.226
15- Os homens com DI não conseguem desenvolver nem manter relacionamentos íntimos com um/a parceiro/a.	.678	
16- Proporcionar educação para a sexualidade aos homens com DI é importante para prevenir situações de exploração sexual.	.432	
17- Normalmente o comportamento sexual dos homens com DI é uma área muito problemática na gestão dos cuidados a estas pessoas.	.291	
18- Homens com DI que possam consentir ter relacionamentos sexuais, devem poder fazê-lo.	.758	
19- Estruturas residenciais para adultos com DI devem ser exclusivamente para homens, e não deveriam ser mistas.	.425	
20- Os profissionais que trabalham com homens com DI devem desencorajar atividades sexuais.	.706	
21- Não se deve discutir assuntos sobre sexualidade com homens com DI antes da puberdade.	.510	
22- Os homens com DI deviam poder casar-se.	.777	
23- É uma boa ideia garantir um espaço privado em casa para os homens com DI se poderem masturbar.	.416	
24- Sempre que possível, os homens com DI deviam participar nas eventuais decisões anticoncepcionais.	.483	
25- Não se deve encorajar os homens com DI a terem relacionamentos sexuais.	.650	
26- Os homens com DI devem ter acesso a todos os meios anticoncepcionais.	.615	
27- Os homens com DI são mais facilmente estimuláveis sexualmente.		.453
28- O casamento entre homens com DI não é problemático para a sociedade.	.493	
29- A esterilização é uma prática desejável para os homens com DI.	.739	
30- A educação para a sexualidade deveria ser obrigatória para os homens com DI.	.405	
31- Dever-se-ia ensinar aos homens com DI que a masturbação é uma forma aceitável de expressão sexual.	.568	
32- O casamento deve ser desencorajado para os homens com DI.	.779	
33- Os homens com DI deveriam poder ter filhos dentro de um casamento.	.740	
34- Os homens com DI têm mais pensamentos sexuais do que os homens sem deficiência intelectual.		.566
KMO	.905	
% Variância explicada	33.24	6.22
Alpha de Cronbach	.94	.72

Efetuiu-se uma análise de itens para comprovar a sua qualidade psicométrica. Todos os itens apresentam valores de assimetria e curtose, respetivamente nos intervalos [3] e [7].

Questionários de Atitudes Face à Sexualidade de Pessoas com DI - Mulheres (QASDI-M)

De forma a averiguar a adequabilidade da amostra, realizou-se o KMO, onde se obteve o valor de .902, o que permitiu proceder à AFE, através do método de análise de extração de componentes principais e do método de rotação *Varimax* com a normalização de *Kaiser*. A AFE produziu 2 fatores, que explicam, respetivamente, 31.75% e 6.14% da variância. Eliminaram-se os itens com carga fatorial inferior a 0.40. Apesar da versão original da escala identificar 4 fatores (Cuskelly & Bryde, 2004), de acordo com o critério do *scree plot* da presente amostra foi possível verificar a existência de apenas 2 fatores:

Fator 1 – Direitos Sexuais (item 1, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 33 e 24); Fator 2 – Desejo Sexual (4, 5 e 13) (cf. Tabela 4).

Tabela 4 - Resultados da análise fatorial exploratória: Peso fatorial, alfa de *Cronbach* (α) e % da variância da análise bifatorial do QASDI-M (KMO = .902).

Item	Fator I	Fator II
1- Com o apoio certo, as mulheres com DI podem criar filhos de forma ajustada.	.595	
2- Desde que não nasçam filhos indesejados e que ninguém saia magoado, as mulheres com DI devem poder ter relacionamentos significativos.	.390	
3- Mulheres com DI que possam consentir ter relacionamentos significativos, devem poder fazê-lo.	.717	
4- É melhor esperar que uma mulher com DI coloque perguntas sobre sexualidade antes de discutir esse assunto com ela.		.461
5- As mulheres com DI têm menos interesse sexual do que as mulheres sem DI.		.715
6- Devia ser proibido às mulheres com DI terem filhos.	.739	
7- Devia ser permitido às mulheres com DI terem relacionamentos significativos.	.539	
8- As mulheres com DI deviam tomar medicamentos para inibir o seu desejo sexual.	.688	
9- As mulheres com DI deviam ser desencorajadas de se masturbarem.	.643	
10- Conversar sobre relações sexuais pode estimular comportamentos sexuais promiscuos entre mulheres com DI.	.475	
11- As mulheres com DI só se deveriam poder casar após terem sido devidamente esterilizadas.	.692	
12- A masturbação em espaços privados é perfeitamente aceitável para as mulheres com DI.	.641	
13- As mulheres com DI normalmente apresentam menos desejo sexual do que as mulheres sem deficiência.		.709
14- As mulheres com DI conseguem distinguir facilmente pensamentos sexuais de comportamentos sexuais.	.344	
15- As mulheres com DI não conseguem desenvolver nem manter relacionamentos íntimos com um/a parceiro/a.	.579	
16- Proporcionar educação para a sexualidade às mulheres com DI é importante para prevenir situações de exploração sexual.	.397	
17- Normalmente o comportamento sexual das mulheres com DI é uma área muito problemática na gestão dos cuidados a estas pessoas.	.347	
18- Mulheres com DI que possam consentir ter relacionamentos sexuais, devem poder fazê-lo.	.770	
19- Estruturas residenciais para adultos com DI devem ser exclusivamente para mulheres, e não deveriam ser mistas.	.378	
20- Os profissionais que trabalham com mulheres com DI devem desencorajar as atividades sexuais.	.610	
21- Não se deve discutir assuntos sobre sexualidade com mulheres com DI antes da puberdade.	.511	
22- As mulheres com DI deviam poder casar-se.	.772	
23- É uma boa ideia garantir um espaço privado em casa para as mulheres com DI se poderem masturbar.	.424	
24- Sempre que possível, as mulheres com DI deviam participar nas eventuais decisões anticoncepcionais.	.513	
25- Não se deve encorajar as mulheres com DI a terem relacionamentos sexuais.	.636	
26- As mulheres com DI devem ter acesso a todos os meios anticoncepcionais.	.642	
27- As mulheres com DI são mais facilmente estimuláveis sexualmente.	.489	
28- O casamento entre mulheres com DI não é problemático para a sociedade.	.535	
29- A esterilização é uma prática desejável para as mulheres com DI.	.642	
30- A educação para a sexualidade deveria ser obrigatória para as mulheres com DI.	.379	
31- Dever-se-ia ensinar às mulheres com DI que a masturbação é uma forma aceitável de expressão sexual.	.623	
32- O casamento deve ser desencorajado para as mulheres com DI.	.685	
33- As mulheres com DI deveriam poder ter filhos dentro de um casamento.	.704	
34- As mulheres com DI têm mais pensamentos sexuais do que as mulheres sem deficiência intelectual.	.469	
KMO	.902	
% Variância explicada	31.75	6.14
Alpha de Cronbach	.93	.66

Efetuuou-se uma análise de itens para comprovar a sua qualidade psicométrica. Todos os itens apresentam valores de assimetria e curtose, respetivamente nos intervalos [3] e [7].

Fiabilidade

Realizou-se uma análise da consistência interna das escalas e foi calculado o alfa de *Cronbach* de cada um dos seus fatores.

Verificou-se a existência de excelentes propriedades psicométricas no QASDI-M, no QASDI-H, no QASMDI_F1 e no QASHDI_F1. O QASG-M, o QASG-M e o QASHDI e

o QASHDI F2 revelam boas propriedades psicométricas O QASDMI F2 apresenta um valor de consistência interna razoável (cf. Tabela 5).

Tabela 5 - Coeficiente de fiabilidade das escalas.

Escala	Fator	α
QASG-M		.71
QASG-H		.74
QASDI-M		.93
	Direitos Sexuais	.93
	Desejo Sexual	.66
QASDI-H		.94
	Direitos Sexuais	.94
	Desejo Sexual	.72

Validade convergente

Observaram-se correlações muito fortes, positivas e significativas entre o QASDI-M, o QASDI-H, o QASMDI F1 e o QASHDI F1 e entre o QASDI-H, o QASMDI F1 e o QASHDI_F1.

Verificaram-se correlações fortes, positivas e significativas entre o QASMDI F1 e o QASHDI_F1 e entre o QASG-M e o QASDI-H.

As correlações entre o QASDI-H e o QASG-M e entre o QASG-H, o QASG-M, o QASDI-M, o QASDI-H, o QASMDI F1 e o QASHDI F1 e entre o QASMDI F2 e o QASHDI_F2 revelaram-se moderadas, positivas e significativas.

Observaram-se correlações fracas, positivas e significativas entre o QASG-M, o QASDI-M e o QASMDI F1, entre o QASG-H, o QASMDI F2 e o QASHDI F2, entre o QASDI-M, o QASMDI F2 e o QASHDI F2, entre o QASDI-H, o QASDI F2 e o QASHDI F2, entre o QASMDI F2 e o QASHDI F1 e entre o QASHDI F1 e o QASHDI F2 (cf. Tabela 6).

Tabela 6 - Correlações de *Pearson* entre as variáveis.

Escala	QASG-M	QASG-H	QASDI-M	QASDI-H	QASDI-M_F1	QASDI-M_F2	QASDI-H_F1	QASDI-H_F2
QASG-M	1	.713**	.509**	.513**	.503**	.261**	.519**	.190**
QASG-H		1	.650**	.656**	.621**	.471**	.653**	.313**
QASDI-M			1	.923**	.991**	.493**	.913**	.483**
QASDI-H				1	.916**	.446**	.992**	.500**
QASDI-M_F1					1	.371**	.913**	.428**
QASDI-M_F2						1	.392**	.571**
QASDI-H_F1							1	.389**
QASDI-H_F2								1

** a correlação é significativa ao nível de 0.001

Comparação das atitudes face à sexualidade em função da idade

Os resultados das análises de variância para comparar os 3 grupos de idade relativamente às variáveis em estudo encontram-se descritos na Tabela 7.

No QAGS-H e no QAGS-M verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de idade, respetivamente [$F(2,423) = 9.938; p < 0.001$] e idade [$F(2, 423) = 8.479; p < 0.001$], sendo o grupo da adultez intermédia que apresenta atitudes mais positivas.

No QASDI-M e no QASDI-H observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de idade, respetivamente [$F(2, 422) = 30.405; p < 0.001$] e [$F(2, 421) = 20.427; p < 0.001$], sendo o grupo da adultez inicial que apresenta atitudes mais positivas.

No QASMDI_F1 verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos [$F(2, 422) = 33.830; p < 0.001$], sendo os participantes de adultez inicial que apresentam atitudes mais positivas. No caso do QASMDI_F2 não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas [$F(2, 423) = 1.405; p = 0.247$], no entanto, o grupo de adultez intermédia apresenta atitudes mais positivas.

No QASHDI_F1 observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos [$F(2, 421) = 21.274; p < 0.001$], sendo o grupo de adultez inicial que apresenta atitudes mais positivas. Para o QASHDI_F2 não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas [$F(2, 423) = 1.823; p = 0.163$], ainda assim, os participantes de adultez inicial apresentam atitudes mais positivas.

Tabela 7 – Comparação das atitudes face à sexualidade em função da idade.

Escala	Média	Desvio-padrão	<i>t</i>	<i>p</i>
QASG-M				
Adultez inicial	23.31	2.44		
Adultez intermédia	23.52	2.55	8.479	< .001
Adultez tardia	22.17	2.57		
QASG-H				
Adultez inicial	33.82	4.25		
Adultez intermédia	34.25	1.29	9.938	< .001
Adultez tardia	31.81	3.53		
QASDI-M				
Adultez inicial	113.71	13.04		
Adultez intermédia	111.71	15.12	8.479	< .001
Adultez tardia	100.06	12.59		
QASDI-H				
Adultez inicial	124.16	16.09		
Adultez intermédia	123.64	16.94	9.938	< .001
Adultez tardia	111.57	13.36		
QASMDI_F1				
Adultez inicial	102.81	12.13		
Adultez intermédia	100.54	13.87	33.830	< .001
Adultez tardia	89.35	12.11		
QASMDI_F2				
Adultez inicial	10.89	2.05		
Adultez intermédia	11.17	2.27	1.405	.247
Adultez tardia	10.71	1.94		
QASHDI_F1				
Adultez inicial	110.67	15.10		
Adultez intermédia	110.19	15.86	21.274	< .001

Adulter tardia	98.63	12.61		
QASHDI_F2				
Adulter inicial	13.47	2.26		
Adulter intermédia	13.44	2.41	1.823	.163
Adulter tardia	12.94	1.81		

Comparação das atitudes face à sexualidade em função do género

Os resultados das análises de variância para comparar os 2 grupos de género relativamente às variáveis em estudo encontram-se descritos na Tabela 8.

No QASG-M e no QASG-H verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, respetivamente, ($t(4.751) = 422; p < 0.001$) e ($t(5.649) = 422; p < 0.001$), sendo as mulheres que revelam atitudes mais positivas.

No QASDI-M e no QASDI-H observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, respetivamente, ($t(4.335) = 421; p < 0.001$) e mulheres ($t(3.558) = 420; p < 0.001$), sendo as mulheres que revelam atitudes mais positivas.

No QASMDI_F1 observam-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($t(4.318) = 421; p < 0.001$), sendo as mulheres que apresentam atitudes mais positivas. No QASMDI_F2 não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($t(1.958) = 422; p = 0.051$), no entanto, as mulheres revelam atitudes mais positivas.

No QASHDI_F1 verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas ($t(3.582) = 420; p < 0.001$), sendo as mulheres que apresentam atitudes mais positivas. No QASHDI_F2 não foram observadas diferenças estatisticamente significativas ($t(1.480) = 422; p = 0.140$), ainda assim, as mulheres apresentam atitudes mais positivas.

Tabela 8 - Comparação das atitudes face à sexualidade em função do género.

Escala	Média	Desvio-padrão	t	p
QASG-M				
Mulher	23.47	2.37	4.751	< .001
Homem	22.13	2.82		
QASG-H				
Mulher	34.18	3.89	5.640	< .001
Homem	31.56	6.60		
QASDI-M				
Mulher	111.99	14.59	4.335	< .001
Homem	104.92	13.17		
QASDI-H				
Mulher	123.02	16.63	3.558	< .001
Homem	116.34	15.28		
QASMDI_F1				
Mulher	100.94	13.65	4.318	< .001
Homem	94.32	12.49		
QASMDI_F2				
Mulher	11.06	2.10	1.958	.051
Homem	10.59	2.09		
QASHDI_F1				
Mulher	109.58	15.71	3.582	< .001
Homem	103.26	14.15		
QASHDI_F2				
Homem	13.43	2.25	1.148	.140
Mulher	13.06	2.12		

Comparação das atitudes face à sexualidade em função do estado marital

Observaram-se diferenças estatisticamente significativas na comparação dos valores médios nas atitudes face à sexualidade em função do estado marital no QASG-M ($t(-4.670) = 418; p < 0.001$), no QASG-H ($t(-5.097) = 418; p < 0.001$), no QASDI-M ($t(-7.198) = 417; p < 0.001$), no QASDI-H ($t(-6.207) = 416; p < 0.001$), no QASMDI_F1 ($t(-7.340) = 417; p < 0.001$) e no QASHDI_F1 ($t(-6.456) = 416; p < 0.001$). No QASMDI_F2 ($t(-2.187) = 418; p = .029$) e no QASHDI_F2 ($t(-1.078) = 418; p = .282$) não foram observadas diferenças estatisticamente significativas. Em todas as escalas, são os que não se encontram numa relação que apresentam atitudes mais favoráveis face à sexualidade das pessoas com DI.

Comparação das atitudes face à sexualidade em função do conhecimento sobre sexualidade

Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em nenhuma das escalas, no entanto, em todas, são os que têm conhecimento sobre sexualidade que revelam atitudes mais positivas.

Discussão

O presente estudo tem como finalidade validar psicometricamente duas escalas destinadas à avaliação das atitudes face à sexualidade de pessoas com e sem DI. Pretende-se comparar as atitudes face à sexualidade em função do género, da idade, do estado marital e de ter conhecimento sobre sexualidade.

As escalas revelam boas propriedades psicométricas, decorrentes dos resultados na consistência interna e na validade de construto, o que permite a disponibilização de instrumentos válidos e fiáveis para uso em contextos clínicos, educacionais e de investigação. A análise fatorial exploratória da escala de atitudes face à sexualidade de homens (QASG-H) indicou uma estrutura unifatorial com boa consistência interna, alinhando-se com estudos anteriores que destacam a predominância de um fator associado à abertura sexual (Cuskelly & Gilmore, 2007). A versão feminina (QASG-M) também apresentou uma estrutura unifatorial consistente, embora tenha sido necessário eliminar um dos fatores inicialmente identificados, devido à sua baixa fiabilidade.

Relativamente às escalas específicas para atitudes face à sexualidade de pessoas com DI, tanto a versão masculina (QASDI-H) quanto a feminina (QASDI-M) apresentaram uma estrutura bifatorial. Os fatores identificados, "Direitos Sexuais" e "Desejo Sexual", são consistentes com a literatura existente (Cuskelly & Bryde, 2004). A consistência interna foi excelente para o fator "Direitos Sexuais" em ambas as versões e moderada para o fator "Desejo Sexual", o que reforça a necessidade de aprofundar futuras investigações.

A validade convergente entre as escalas revelou correlações fortes entre atitudes face à sexualidade da população geral, e correlações moderadas a fracas com as escalas da população com DI. Estes padrões indicam que, apesar de haver congruência entre as atitudes perante a sexualidade humana, persistem percepções distintas quando se trata de

peessoas com DI. Este achado vai ao encontro da literatura, que aponta para a existência de estereótipos e preconceitos neste contexto, nomeadamente a visão infantilizada das pessoas com DI (Brown & McCann, 2019; Gonçalves & Barbosa, 2020).

Apesar de os direitos sexuais das pessoas com DI serem reconhecidos internacionalmente, diversos estudos identificam obstáculos significativos à sua plena realização. Estas pessoas têm desejos, identidades e aspirações sexuais semelhantes às da população geral, incluindo o direito à educação sexual, aos relacionamentos, ao uso de contraceptivos e à parentalidade. No entanto, enfrentam barreiras como atitudes paternalistas, infantilização e falta de acesso a informações adequadas (Pérez-Curiel et al., 2023). A literatura evidencia ainda que estas barreiras são frequentemente reforçadas por familiares, cuidadores e pela sociedade em geral, o que limita a sua autonomia e saúde sexual (Parchoumiuk, 2021; Carter et al., 2021). O reconhecimento do desejo sexual e da autonomia destas pessoas é fundamental para promover a sua saúde e bem-estar, sendo essencial envolver familiares e profissionais em processos educativos que valorizem a sexualidade como parte integral da vida (Lam et al., 2021).

As atitudes face à sexualidade nesta amostra são positivas. Verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas nas atitudes face à sexualidade de pessoas com DI entre homens e mulheres, sendo as mulheres que apresentam atitudes mais positivas, resultado que corrobora estudos anteriores (Savas & Yol, 2023). Neste contexto, verificou-se a existência de uma maior aceitação social dos comportamentos sexuais masculinos, tanto por homens quanto por mulheres. Confirmando a premissa de Rodrigues (2015), os participantes mais jovens tendem a apresentar atitudes mais positivas face à sexualidade de pessoas com DI. Apesar dos resultados deste estudo evidenciarem que os participantes sem vínculo apresentam atitudes mais positivas, não foram encontradas evidências empíricas que corroborem este achado, pelo que se justifica o aprofundamento deste estudo. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as atitudes face à sexualidade de pessoas com DI e o conhecimento sobre sexualidade, no entanto, indivíduos que têm conhecimento relevam atitudes mais positivas, o que vai ao encontro da literatura, onde Sprinthall e Collins (2008) referem que a perceção da sexualidade é influenciada pelo acesso a informação.

Importa salientar que a falta de educação sexual adequada e o isolamento social contribuem para a vulnerabilidade das pessoas com DI a abusos e dificultam o desenvolvimento de relacionamentos saudáveis (Medina-Rico, 2017). Quando devidamente apoiadas e informadas, estas pessoas demonstram capacidade para viver a sua sexualidade de forma segura (Carter et al., 2021). Ainda assim, a sexualidade das pessoas com DI continua amplamente negligenciada, muitas vezes envolta em estigmas que associam a deficiência a uma suposta assexualidade ou inaptidão para a vida sexual (Brkić-Jovanović et al., 2021).

Neste sentido, os resultados deste estudo reforçam a importância de compreender as atitudes sociais como barreiras à expressão da sexualidade de pessoas com DI. A presente investigação contribui para este campo ao disponibilizar instrumentos válidos e fiáveis para a avaliação de perceções, bem como ao fornecer dados que podem orientar práticas educativas e intervenções por parte de profissionais de saúde e educação. Não obstante, esta investigação apresenta algumas limitações, nomeadamente o facto de o questionário ser extenso. Além disso, os instrumentos utilizados podem estar sujeitos ao viés de desejabilidade social, particularmente em temáticas sensíveis como a sexualidade. Estudos futuros devem considerar metodologias que minimizem esse tipo de viés.

Conclusão

Os instrumentos validados neste estudo demonstraram boas propriedades psicométricas e relevância teórica, constituindo-se como medidas para a avaliação das atitudes face à sexualidade na população em geral e nas pessoas com DI. Sugere-se a utilização destas escalas para futuras investigações sobre atitudes face à sexualidade.

A sexualidade é uma parte inerente da identidade humana e, por isso, todos, com ou sem DI, têm direito ao seu desenvolvimento e expressão de forma saudável. A negação desse direito relativamente à população com DI, perpetua uma visão social negativa que associa a deficiência à assexualidade, reforçando estigmas que inibem a compreensão dos próprios sentimentos e o pleno exercício da sexualidade (Gonçalves & Barbosa, 2020).

Apesar de nesta amostra as atitudes face à sexualidade serem positivas, os estereótipos referidos na literatura suportam a importância do estabelecimento de medidas como intervenções educativas, sensibilização pública e políticas de inclusão sexual para a promoção do respeito pela dignidade e expressão da sexualidade desta população.

Sugere-se que investigações futuras utilizem um número mais alargado de participantes, incluindo famílias e profissionais, bem como procurem averiguar as atitudes em populações específicas.

Referências Bibliográficas

- Brkić-Jovanović, N., Runjo, V., Tamaš, D., Slavković, S., & Milankov, V. (2021). Persons with Intellectual Disability: Sexual Behaviour, Knowledge and Assertiveness. *Slovenian Journal of Public Health*, 60(2), 82–89. <https://doi.org/10.2478/sjph-2021-0013>
- Brown M, McCann E. (2019). The views and experiences of families and direct care support workers regarding the expression of sexuality by adults with intellectual disabilities: a narrative review of the international research evidence. *Res Dev Disabil*. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2019.04.012>
- Carter, A., Strnadová, I., Watfern, C., Pebdani, R., Bateson, D., Loblinzk, J., Guy, R., & Newman, C. (2021). The Sexual and Reproductive Health and Rights of Young People with Intellectual Disability: A Scoping Review. *Sexuality Research and Social Policy*, 19(1). <https://doi.org/10.1007/s13178-021-00549-y>
- 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, 255–264.
- Flores, N.; Jenaro, C.; Tomsa, R.; Lucas, J.L.; Beltrán, M. (2016). Actitudes, barreras y oportunidades para el empleo de personas con discapacidad intelectual. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología*. [10.17060/ijodaep.2014.n1.v4.837](https://doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v4.837)
- Gil-Llario, M. D., Morell-Mengual, V., Ballester-Arnal, R., & Díaz-Rodríguez, I. (2017). 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>

- Gonçalves, J. P., & Barbosa, M. M. F. (2020). Opiniões de mães e profissionais sobre a sexualidade de pessoas com deficiência intelectual. *Revista Exitus*, 10, e020021. <https://doi.org/10.24065/2237-9460.2020v10n0id1143>
- Greenwood N. W, Wilkinson J. (2013). Sexual and reproductive health care for women with intellectual disabilities: a primary care perspective. *International Journal of Family Medicine*. [10.1155/2013/642472](https://doi.org/10.1155/2013/642472)
- Kijak, R. (2013). The Sexuality of Adults with Intellectual Disability in Poland. *Sexuality and Disability*, 31(2), 109–123. <https://doi.org/10.1007/s11195-013-9294-8>
- Lam, A., Yau, M., Franklin, R. C., & Leggat, P. A. (2021). Public Opinion on the Sexuality of People with Intellectual Disabilities: A Review of the Literature. *Sexuality and Disability*. <https://doi.org/10.1007/s11195-020-09674-9>
- Lima, M. do S. C. (2010). Vozes do silêncio: os sentidos do discurso de/sobre sexualidade de mulheres paraplégicas. *Filosofia e Educação*, 2(2), 247–265. <https://doi.org/10.20396/rfe.v2i2.8635503>
- Matin, B. K. et al. (2021). Sexual health concerns in women with intellectual disabilities: a systematic review in qualitative studies. *BMC Public Health*, v. 21, n. 1. [10.1186/s12889-021-12027-6](https://doi.org/10.1186/s12889-021-12027-6)
- McCarthy M. (2009). Contraception and women with intellectual disabilities. *J Appl Res Intellect Disabil*. 22(4):363–9. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2008.00464.x>
- Medina-Rico, M., López-Ramos, H., & Quiñonez, A. (2017). Sexuality in People with Intellectual Disability: Review of Literature. *Sexuality and Disability*, 36(3), 231–248. <https://doi.org/10.1007/s11195-017-9508-6>
- Parchomiuk, M. (2021). Sexuality of People with Intellectual Disabilities: A Proposal to use the Positive Sexuality Model. *Sexuality & Culture*. <https://doi.org/10.1007/s12119-021-09893-y>
- Pérez-Curiel, P., Vicente, E., Morán, M. L., & Gómez, L. E. (2023). The Right to Sexuality, Reproductive Health, and Found a Family for People with Intellectual Disability: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2), 1587. <https://doi.org/10.3390/ijerph20021587>
- Pownall, J. D., Jahoda, A., & Hastings, R. P. (2012). Sexuality and Sex Education of Adolescents with Intellectual Disability: Mothers' Attitudes, Experiences, and Support Needs. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 50(2), 140–154. <https://doi.org/10.1352/1934-9556-50.2.140>
- Rodrigues, S. R. (2015). *A família como suporte à reabilitação da pessoa com deficiência: paraplégicos e tetraplégicos*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto].
- Savas, G., & Yol, F. (2023). Contradicting Perceptions of Women's and Men's Sexuality: Evidence of Gender Double Standards in Türkiye. *Sexuality and Culture*, 27(5), 1661–1678. <https://doi.org/10.1007/s12119-023-10083-1>
- Simpson, A., Lafferty, A., & McConkey, R. (2006). Out of the shadows: A report on the sexual health and wellbeing of people with learning disabilities in Northern Ireland. London, England: Family Planning Association.
- Sprinthall, N. A., & Collins, W. A. (2008). *Psicologia do Adolescente*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Anexo 3 – Publicação em Livro de Resumos



LIVRO DE RESUMOS



EDITORES

Manuel Loureiro, Graça Esgalhado, Jóni Ledo & Madalena Cruz

sentimentos associados às saudades do suporte social, familiar podem conduzir com frequência sintomas depressivos (mais ou menos graves) e/ou comportamentos desviantes. Conclusões: Nos países recetores deve haver ações educativas para deteção de sinais de alerta e constituírem-se grupos de ajuda para integração dos imigrantes (sobretudo dos em situação ilegal) prevenindo, assim, patologias e/ou comportamentos marginalizantes.

3. Atitudes Face à Sexualidade das Pessoas com Deficiência Intelectual: Estudo Psicométrico

Eva Corceiro¹ & Graça Esgalhado^{1,2}

¹Universidade da Beira Interior

²RISE-Health, Departamento de Psicologia e Educação, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal

eva.corceiro@ubi.pt

As atitudes face à sexualidade são influenciadas pelas construções culturais de género, nomeadamente de feminilidade e masculinidade. Pretende-se validar o Questionário de Atitudes Face à Sexualidade de pessoas com Deficiência Intelectual (DI) numa amostra de adultos portugueses, e comparar as atitudes face à sexualidade de pessoas com DI, em função de variáveis sociodemográficas. Participaram no estudo 426 indivíduos (75.8% mulheres e 23.7% homens), média de idades de 27.81, (DP = 13.19), que responderam a Questionário Sociodemográfico, Questionários de Atitudes Face à Sexualidade da População Geral (QASG-M e H) e de Atitudes Face à Sexualidade de Pessoas com DI mulheres (QASDI-M) e homens (QASDI-H). Realizou-se uma Análise Fatorial Exploratória com extração dos componentes principais e com rotação *Varimax*. Retiveram-se itens com carga fatorial superior a .40, e utilizou-se o critério do *scree plot*. Para a QASDI-M produziram-se 2 fatores, respetivamente com $\alpha = .93$ e variância explicada de 31.75% e $\alpha = .66$ e variância explicada de 6.14%. Para a QASDI-H produziram-se 2 fatores, respetivamente com $\alpha = .94$ e variância explicada de 33.24% para o Fator 1, e $\alpha = .72$ e variância explicada de 6.22% para o Fator 2. Verificou-se a validade convergente através de correlações positivas o QASG-M e QASDI-M, e QASG-H e QASDI-H. As mulheres revelam atitudes mais positivas do que os homens face à sexualidade de pessoas com DI. Os instrumentos demonstram boas qualidades psicométricas.

4. Estudio del Impacto de un Programa de Estimulación Cognitiva en Población Mayor Sana y con Quejas Mnésicas

Paula Prieto Fernández¹, Armando González Sánchez¹, Lizbeth de la Torre López¹, Vanesa Alonso Bartolome¹ & Antonio Sánchez Cabaco¹

¹ Universidad Pontificia de Salamanca, España)

pprieto@upsa.es

Introducción: Las terapias no farmacológicas (TNF) son actualmente el tratamiento de primera elección para prevenir o ralentizar el deterioro cognitivo en personas mayores, especialmente en etapas iniciales. Entre las más eficaces destacan las terapias cognitivas y de reminiscencia (Muñiz y Olazarán, 2009). Este estudio evalúa la eficacia de un programa de estimulación cognitiva en adultos mayores de 60 años, analizando si los talleres impactan positivamente en sus capacidades cognitivas. Método: Se diseñó un estudio pre-experimental con siete grupos y un diseño pre-post. Participaron 86 adultos mayores que completaron la intervención y las evaluaciones. Se aplicaron dos instrumentos: el Test Your Memory

Anexo 4 – Comunicação Oral



4as Conferências Internacionais em Psicologia Clínica e da Saúde

SAÚDE MENTAL E MUDANÇAS: OPORTUNIDADES E DESAFIOS PARA A PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

CERTIFICADO

Certifica-se, para os devidos efeitos, que **Eva Corceiro**, apresentou, na Sessão de Comunicações Livres 5 nas **4as Conferências Internacionais em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade da Beira Interior - "Saúde Mental e Mudanças: Oportunidades e Desafios para a Psicologia Clínica e da Saúde"**, realizadas nos dias 20 e 21 de maio de 2025, na Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade da Beira Interior (UBI), a comunicação intitulada "Atitudes face à Sexualidade das Pessoas com Deficiência Intelectual: Estudo Psicométrico" da autoria de Eva Corceiro e Graça Esgalhado.

As 4as Conferências Internacionais em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade da Beira Interior foram organizadas pelo Departamento de Psicologia e Educação, com o apoio da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, no âmbito do 3.º Ciclo/Doutoramento em Psicologia Clínica e da Saúde da UBI.

Covilhã e UBI, 21 de maio de 2025

A Coordenadora da Comissão Organizadora

Assinado por: **MARIA DA GRAÇA PROENÇA
ESGALHADO**
Num. de Identificação: 04186100
Data: 2025.06.15 17:58:13+01'00'

(Prof.ª Doutora Graça Esgalhado)



Anexo 5 – Tabela com as Características Sociodemográficas (n=426)

Tabela*Características Sociodemográficas (n=426).*

	n	%	M (min; max)	DP
Idade	426		27.81	13.19
Género				
Mulher	323	75.8		
Homem	101	23.7		
Não-Binário	2	.5		
Estado Marital				
Solteiro	315	73.9		
Casado	72	16.9		
União de facto	23	5.4		
Divorciado/Separado	7	1.6		
Viúvo	3	.7		
Outro	6	1.4		
Local de Residência				
Um pequeno meio rural	150	35.2		
Um grande meio rural	48	11.3		
Uma pequena cidade	189	44.4		
Uma grande cidade	37	8.7		
Outro	2	.5		
Estatuto Socioeconómico				
Baixo	13	3.1		
Baixo-médio	96	22.5		
Médio	266	62.4		
Médio-alto	51	12		
Habilitações Literárias				
4º ano	4	.9		
9º ano	6	1.4		
12º ano	287	67.4		
Licenciatura	104	24.4		
Mestrado	7	1.6		
Pós-graduação/Doutoramento	13	3.1		
Outro	5	1.2		

Conhecimento Sexualidade				
Sim			421	98.8
Não			5	1.2
Contacto Intelectual	com	Deficiência		
Sim			261	61.3
Não			165	38.7

n: Frequência, %: Percentagem, M: Média, DP: Desvio-Padrão

Anexo 6 - Atitudes da população em geral face à sexualidade dos homens (Escala Final)

	Discordo Totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Totalmente
É melhor esperar que um rapaz coloque questões sobre sexualidade antes de discutir esse assunto com ele.					
Os rapazes deveriam ser desencorajados de se masturbarem.					
Conversar sobre relações sexuais promove a promiscuidade em rapazes.					
Homens adultos devem poder viver numa relação homossexual se o desejarem fazer.					
É melhor não discutir assuntos sobre sexualidade com rapazes até que atinjam a puberdade.					
Os homens mais jovens deveriam ter acesso total a conselhos sobre contraceção.					
A educação para a sexualidade deveria ser obrigatória para os rapazes.					
A masturbação em privado é uma forma aceitável de expressão sexual para os homens.					

Anexo 7 - Atitudes da população em geral face à sexualidade das mulheres (Escala Final)

	Discordo Totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Totalmente
As raparigas deveriam ser desencorajadas de se masturbarem.					
Conversar sobre relações sexuais promove a promiscuidade em raparigas.					
Mulheres adultas devem poder viver numa relação homossexual se o desejarem fazer.					
As mulheres mais jovens deveriam ter acesso total a conselhos sobre contraceção.					
A educação para a sexualidade deveria ser obrigatória para as raparigas.					
A masturbação em privado é uma forma aceitável de expressão sexual para as mulheres.					

**Anexo 8 - Atitudes face à sexualidade dos
homens com Deficiência Intelectual (Versão
Final)**

	Discordo totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo totalmente
Com o apoio certo, os homens com DI podem criar filhos de forma ajustada.					
Desde que não nasçam filhos indesejados e que ninguém saia magoado, os homens com DI devem poder ter relacionamentos significativos.					
Homens com DI que possam consentir ter relacionamentos significativos, devem poder fazê-lo.					
Os homens com DI têm menos interesse sexual do que os homens sem deficiência intelectual.					
Devia ser proibido aos homens com DI terem filhos.					
Devia ser permitido aos homens com DI terem relacionamentos significativos.					
Os homens com DI deviam tomar medicamentos para inibir o seu desejo sexual.					
Os homens com DI deviam ser desencorajados de se masturbarem.					
Conversar sobre relações sexuais pode estimular comportamentos sexuais promíscuos entre homens com DI.					
Os homens com DI só se deveriam poder casar após terem sido devidamente esterilizados.					
A masturbação em espaços privados é perfeitamente aceitável para os homens com DI.					
Os homens com DI normalmente apresentam menos desejo sexual do que os homens sem deficiência.					
Os homens com DI não conseguem desenvolver nem manter relacionamentos íntimos com um/a parceiro/a.					
Proporcionar educação para a sexualidade aos homens com DI é importante para prevenir situações de exploração sexual.					
Homens com DI que possam consentir ter relacionamentos sexuais, devem poder fazê-lo.					

	Discordo totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo totalmente
Estruturas residenciais para adultos com DI devem ser exclusivamente para homens, e não deveriam ser mistas.					
Os profissionais que trabalham com homens com DI devem desencorajar as atividades sexuais.					
Não se deve discutir assuntos sobre sexualidade com homens com DI antes da puberdade.					
Os homens com DI deviam poder casar-se.					
É uma boa ideia garantir um espaço privado em casa para os homens com DI se poderem masturbar.					
Sempre que possível, os homens com DI deviam participar nas eventuais decisões anticoncepcionais.					
Não se deve encorajar os homens com DI a terem relacionamentos sexuais.					
Os homens com DI devem ter acesso a todos os meios anticoncepcionais.					
Os homens com DI são mais facilmente estimuláveis sexualmente.					
O casamento entre homens com DI não é problemático para a sociedade.					
A esterilização é uma prática desejável para os homens com DI.					
A educação para a sexualidade deveria ser obrigatória para os homens com DI.					
Dever-se-ia ensinar aos homens com DI que a masturbação é uma forma aceitável de expressão sexual.					
O casamento deve ser desencorajado para os homens com DI.					
Os homens com DI deveriam poder ter filhos dentro de um casamento.					
Os homens com DI têm mais pensamentos sexuais do que os homens sem deficiência intelectual.					

**Anexo 9 - Atitudes face à sexualidade das
mulheres com Deficiência Intelectual (Versão
Final)**

	Discordo totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo totalmente
Com o apoio certo, as mulheres com DI podem criar filhos de forma ajustada.					
Mulheres com DI que possam consentir ter relacionamentos significativos, devem poder fazê-lo.					
É melhor esperar que uma mulher com DI coloque perguntas sobre sexualidade antes de discutir esse assunto com ela.					
As mulheres com DI têm menos interesse sexual do que as mulheres sem DI.					
Devia ser proibido às mulheres com DI terem filhos.					
Devia ser permitido às mulheres com DI terem relacionamentos significativos.					
As mulheres com DI deviam tomar medicamentos para inibir o seu desejo sexual.					
As mulheres com DI deviam ser desencorajadas de se masturbarem.					
Conversar sobre relações sexuais pode estimular comportamentos sexuais promíscuos entre mulheres com DI.					
As mulheres com DI só se deveriam poder casar após terem sido devidamente esterilizadas.					
A masturbação em espaços privados é perfeitamente aceitável para as mulheres com DI.					
As mulheres com DI normalmente apresentam menos desejo sexual do que as mulheres sem deficiência.					

	Discordo totalmente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo totalmente
Mulheres com DI que possam consentir ter relacionamentos sexuais, devem poder fazê-lo.					
Estruturas residenciais para adultos com DI devem ser exclusivamente para mulheres, e não deveriam ser mistas.					
Os profissionais que trabalham com mulheres com DI devem desencorajar as atividades sexuais.					
Não se deve discutir assuntos sobre sexualidade com mulheres com DI antes da puberdade.					
As mulheres com DI deviam poder casar-se.					
É uma boa ideia garantir um espaço privado em casa para as mulheres com DI se poderem masturbar.					
Sempre que possível, as mulheres com DI deviam participar nas eventuais decisões anticoncepcionais.					
Não se deve encorajar as mulheres com DI a terem relacionamentos sexuais.					
As mulheres com DI devem ter acesso a todos os meios anticoncepcionais.					
As mulheres com DI são mais facilmente estimuláveis sexualmente.					
O casamento entre mulheres com DI não é problemático para a sociedade.					
A esterilização é uma prática desejável para as mulheres com DI.					
Dever-se-ia ensinar às mulheres com DI que a masturbação é uma forma aceitável de expressão sexual.					
O casamento deve ser desencorajado para as mulheres com DI.					
As mulheres com DI deveriam poder ter filhos dentro de um casamento.					
As mulheres com DI têm mais pensamentos sexuais do que as mulheres sem deficiência intelectual.					

Anexo 10 – Análise Estatística

Avalia-se o nível de credibilidade do instrumento, ou seja, se o mesmo mede aquilo que efetivamente se propõe medir, o que se efetua com recurso à análise fatorial, que visa identificar variáveis com a mesma estrutura subjacente, ou seja, as dimensões capazes de explicar a variância comum nelas presente com base nas inter-correlações entre os itens. Tem como finalidade investigar as relações entre um grande número de variáveis e organizá-las em um conjunto menor de fatores (Hair et al., 2005, cit. In Matos & Rodrigues, 2019). Para se avançar para esta análise importa realizar uma análise de evidência interna através determinando a fatoriabilidade da matriz de correlações: (1) do Teste de Esfericidade de Bartlett, indicador do grau de associação entre variáveis ou fatores, pelo que valores altos do Qui-quadrado (X^2) significam que as variáveis têm correlações altas, e que deve apresentar um valor de significância inferior a .05; e (2) da medida de adequação amostral de *Kaiser, Meyer e Olkin* (KMO) com valores entre 0 e 1, que indica em que medida é adequada a realização da análise fatorial: valor superior a 0.90 é considerado excelente, entre 0.80 e 0.90 ótimo, entre 0.70 e 0.80 bom, 0.60 e 0.50 medíocre e inferior a 0.50 inaceitável (Matos & Rodrigues, 2019). Para Almeida e Freire (2007)., as cargas fatoriais podem variar entre |1| traduzindo-se cargas fatoriais de 0.00 na ausência de relação entre o item e o fator não devem ser inferiores a 0.40, e valor elevado nas cargas fatoriais é bom indicador das dimensões subjacentes.

A Análise Fatorial Exploratória com extração dos componentes principais e com rotação *Varimax* identifica a estrutura subjacente a uma matriz de dados, evidenciando as relações existentes entre diferentes itens, que agrupa em fatores. A análise da sensibilidade realiza-se através do cálculo dos coeficientes de achatamento e curtose de cada item da escala, medidas de dispersão vistas como fundamentais para avaliar as características psicométricas do teste em estudo de forma a não comprometer a consistência interna da mesma. Para estas medidas consideram-se critérios de valor absoluto respetivamente |2| e |7|, o que significa que se os resultados obtidos se situarem entre estes dois valores, seguem a curva normal (Almeida & Freire, 2007). A Análise da fiabilidade ou consistência interna calcula-se através da determinação do alfa de Cronbach, considerado o melhor método de cálculo da consistência interna de uma amostra (Virla, 2010). Indica se o instrumento em questão produziria os mesmos resultados em aplicações futuras, se aplicado à mesma pessoa e nas mesmas circunstâncias. O valor do alfa aumenta com o número de itens mais elevado e com correlações entre itens mais fortes. De acordo com George e Mallery (2003) cit. In Renova et al., (2021), o *alpha* é caracterizado num patamar entre inaceitável e excelente, de acordo com o seu valor. Assim, os mesmos autores afirmam que um valor de alfa menor que 0.50 é inaceitável, entre 0.50 e 0.60 é mau, entre 0.60 e 0.70 é razoável, entre 0.70 e 0.80 é bom, entre 0.80 e 0.90 é muito bom e um valor de alfa igual ou superior a 0.90 é excelente.

A análise da sensibilidade efetua-se também através do cálculo dos coeficientes de assimetria e curtose de cada item da escala, medidas de dispersão vistas como fundamentais para avaliar as características psicométricas do teste em estudo de forma a não comprometer a consistência interna da mesma. Para estas medidas considerámos critérios de valor absoluto respetivamente $|3|$ e $|7|$, o que significa que se os resultados obtidos se situarem entre estes dois valores, seguem a curva normal (Almeida & Freire, 2007).