



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Educação e Humanidades

Instituto de Psicologia

Rodrigo Limonge Reis Carvalho

**Conversando sobre sexualidade e educação sexual com familiares de
crianças e adolescentes com deficiência**

Rio de Janeiro

2024

Rodrigo Limonge Reis Carvalho

Conversando sobre sexualidade e educação sexual com familiares de crianças e adolescentes com deficiência

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof.^a Dra. Patricia Lorena Quiterio

Rio de Janeiro

2024

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

C331 Carvalho, Rodrigo Limonge Reis
Conversando sobre sexualidade e educação sexual com familiares de crianças e adolescentes com deficiência / Rodrigo Limonge Reis Carvalho. – 2023.
143 f.

Orientadora: Patrícia Lorena Quiterio.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Instituto de Psicologia.

1. Psicologia social – Teses. 2. Educação sexual – Teses. 3. Autismo – Teses. I. Quitério, Patricia Lorena. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia. III. Título.

bs

CDU 316.6

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Rodrigo Limonge Reis Carvalho

Conversando sobre sexualidade e educação sexual com familiares de crianças e adolescentes com deficiência

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 08 de fevereiro de 2024

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a. Patrícia Lorena Quiterio (Orientadora)
Instituto de Psicologia - UERJ

Prof.^a Dr.^a. Vanessa Barbosa Romera Leme
Universidade de São Paulo – USP

Prof.^a Dr.^a. Débora Regina de Paula Nunes
Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN

Rio de Janeiro

2024

DEDICATÓRIA

Dedico essa dissertação a todas as crianças e adolescentes com deficiência, em especial ao jovem L. que me inspirou na construção deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Como disse Conceição Evaristo, escrever é uma maneira de sangrar. Sangrar na escrita é colocar pra fora tudo aquilo que é sentido através das palavras, e na escrita deste agradecimento me permito sangrar, tamanha gratidão que tenho pelas pessoas que me atravessaram até aqui na escrita dessa dissertação. Acho que poderia escrever uma tese de agradecimentos e ainda assim não conseguiria expressar metade daquilo que sinto.

Primeiramente gostaria de agradecer minha família, por todo apoio e por sempre acreditarem em mim.

Em especial minha mãe Eliane, mulher carinhosa, companheira, e uma das pessoas mais fortes que já conheci. Obrigado por ser minha maior incentivadora em tudo aquilo que me proponho a fazer, seu amor me motiva e me inspira a querer mais. Agradeço por todas as velas que você acendeu para Santo Expedito, o qual você é devota, desde a época do vestibular quando eu saía para fazer as provas.

Agradeço ao meu pai Jorge, que apesar das dificuldades e do pouco estudo, sempre se esforçou para que eu pudesse ter um ensino de qualidade.

Aos meus amigos, que são minha fortaleza, me amparam e me dão suporte nos momentos mais difíceis, sem vocês eu nada seria. Emicida nunca errou quando disse “quem tem um amigo tem tudo [...] é um ombro pra chorar depois do fim do mundo” e eu tenho os melhores comigo. Agradeço em especial aos meus amigos de longa data Caroline Soares, Mateus Albuquerque, Victória Mayo e Yasmin Melo que me acompanham há 16 anos e sempre serão minha primeira definição de amizade, vocês me fortalecem e me inspiram. Aos meus amigos Eliane Moraes, Lorrane Macedo, Matheus Gagliardi, Rayane Macedo e Yan Lima, agradeço por fazerem parte da minha vida e ter me permitido crescer e me descobrir junto a vocês, amo testemunhar suas conquistas e compartilhar nossas histórias.

Agradeço também às minhas grandes companheiras do PPGPS Ana Júlia e Luisa Braga, por quebrarem minha crença de que a pós-graduação é um lugar solitário. A amizade, parceria e o apoio de vocês fizeram toda diferença, não esperava reencontrá-las e receber tanto afeto e bons momentos.

Agradeço também aos meus colegas do Laboratório de Desenvolvimento Socioemocional, Inclusão e Habilidades Sociais (LADIS), por toda troca, aprendizado e pelos momentos de descontração nos nossos encontros no laboratório, em especial à Letícia Thomaz, que foi essencial na coleta de dados deste estudo. Gostaria de agradecer também a CAPES por

ter me concedido uma bolsa para cursar esse mestrado. Auxílio que foi fundamental para mim e para milhares de bolsistas do país.

Gostaria de agradecer também às professoras Dra. Vanessa Barbosa Romera Leme e Dra. Débora Regina de Paula Nunes, por aceitarem compor a banca examinadora deste trabalho, pela forma gentil e cuidadosa de fazerem seus apontamentos para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa, e principalmente pela compreensão de momentos difíceis.

Agradeço ainda à minha orientadora, a Prof Dra. Patrícia Lorena por acreditar em mim e não me deixar desistir no momento mais sombrio. Agradeço pela compreensão, palavras, e por sempre se colocar disponível para me ouvir, acolher e orientar, não só na vida acadêmica, mas também na pessoal. A ela, toda minha admiração e respeito.

Por fim, enquanto escrevia estes agradecimentos uma chuva caiu no Rio de Janeiro causando enormes estragos na minha casa, e eu não poderia deixar de agradecer a todos aqueles que compareceram de imediato quando pedi por ajuda, nunca me senti tão querido e amado quanto nesse dia tão difícil, sem vocês não seria possível a conclusão deste trabalho. Agradeço a galera do cross que foram imparáveis em todo momento, os primeiros a chegar e últimos a sair, obrigado aos “Sem cronômetro”: Carmen, Joyce, Michel, Pri, Valquíria, Xandinho. Agradeço também ao Douglas e Ingrid, ao Miguel, meu professor, e sua esposa Letícia, além da Eliane, Jonas, Caroline, Matheus, Yasmin, Philippe, TH, Demétrius e todos que mandaram mensagens de carinho e preocupação.

“você não percebeu
que você é o único representante
do seu sonho na face da terra
Se isso não fizer você correr, chapa
Eu não sei o que vai”.

— *Emicida*

RESUMO

CARVALHO, Rodrigo Limonge Reis. *Conversando sobre sexualidade e educação sexual com familiares de crianças e adolescentes com deficiência*. 2024. 143f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

A sexualidade é um aspecto fundamental para a saúde integral dos indivíduos, influenciando no bem-estar, na saúde física e mental. Entretanto, propiciar o debate para crianças e adolescentes e seus familiares, principalmente aqueles com alguma deficiência ou transtorno, torna-se uma tarefa árdua, uma vez que pensamentos taxativos como: “inocentes”, “angelicais” e “não pensam sobre sexualidade” estão associados a estes sujeitos com deficiência quando o assunto é sexualidade. Desta forma, práticas educativas sexuais voltadas para familiares de jovens com deficiência, podem constituir uma estratégia para promoção e educação sexual destes indivíduos, inclusive prevenindo a violência sexual, visto que são considerados mais vulneráveis pela falta de conhecimento e orientação sobre o tema. A partir do Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano, o objetivo geral do estudo é identificar a percepção de familiares sobre a sexualidade e a educação sexual de crianças e adolescentes com deficiência intelectual e autismo e os específicos são: (1) investigar, por meio de uma revisão sistemática de literatura, estudos com foco na educação sexual de crianças e adolescentes com deficiência intelectual e autismo; (2) coletar informações sobre a educação sexual de crianças e adolescentes com deficiência intelectual e autismo, tendo os familiares como informantes por meio de uma entrevista; (3) identificar as percepções e necessidades em relação à educação sexual e prevenção da violência sexual para crianças e adolescentes com deficiência intelectual e autismo por meio de grupo focal. O estudo foi composto por nove participantes com idades entre 27 e 53 anos ($M= 39,78$; $DP= 7,85$), sendo todas do sexo feminino (100%). Foram realizadas nove entrevistas individuais e um grupo focal composto por familiares de crianças (três a 11 anos) e adolescentes (12 a 19 anos) atendidos pela equipe de Psiquiatria da Infância e Adolescência de um hospital universitário. Os instrumentos utilizados foram: Formulário de Identificação Familiar/Filho(a); Critério Brasil e Entrevista com familiares: “Conversando sobre aquilo que não se conversa”. Como instrumento processual foi utilizado o Impacto Imediato da Sessão ao final do grupo focal. A revisão sistemática adotou o protocolo PRISMA para sua realização. A coleta de dados foi realizada junto aos participantes e os dados das entrevistas individuais foram rodados no *software* IRAMUTEQ, utilizando o método da Classificação Hierárquica Descendente e Análise Fatorial por Correspondência. O Grupo Focal foi analisado pela Análise de Conteúdo temático-categorial. Os resultados demonstram que existe um campo a ser explorado na relação entre sexualidade e deficiência, ao encontrar poucos estudos que tratam da temática com a revisão de literatura, e evidenciam uma necessidade de orientação para familiares de jovens com deficiência intelectual e autismo, ressaltando a importância de espaços para discussão das famílias e a necessidade de uma abordagem positiva da sexualidade, com foco para além da proibição e da utilização de métodos contraceptivos. Espera-se que o presente estudo possa contribuir para reflexão de familiares a respeito de suas práticas educativas sexuais, aumentando seu repertório a fim de contribuir para educação sexual de jovens com deficiência intelectual e autismo, além de inspirar novos pesquisadores a desenvolverem estudos na área da inclusão e sexualidade, em diferentes esferas de atuação, promovendo grupos de intervenção para educação sexual e prevenção de violência sexual.

Palavras-chave: Revisão sistemática; educação sexual; autismo; deficiência intelectual; família.

ABSTRACT

CARVALHO, Rodrigo Limonge Reis. *Talking about sexuality and sexual education with family members of children and adolescents with disabilities* 2024. 143f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

Sexuality is a fundamental aspect for the integral health of individuals, influencing well-being, physical and mental health. However, providing debate for children and adolescents and their families, especially those with a disability or disorder, becomes an arduous task, since categorical thoughts such as: “innocent”, “angelic” and “they don’t think about sexuality” are present. associated with these subjects with disabilities when the subject is sexuality. In this way, sexual educational practices aimed at families of young people with disabilities can constitute a strategy for the promotion and sexual education of these individuals, including preventing sexual violence, as they are considered more vulnerable due to the lack of knowledge and guidance on the topic. Based on the Bioecological Model of Human Development, the general objective of the study is to identify the perception of family members about sexuality and sexual education of children and adolescents with intellectual disabilities and autism and the specific objectives are: (1) to investigate, through a systematic literature review, studies focusing on sexual education for children and adolescents with intellectual disabilities and autism; (2) collect information about sexual education for children and adolescents with intellectual disabilities and autism, with family members as informants through an interview; (3) identify perceptions and needs regarding sexual education and prevention of sexual violence for children and adolescents with intellectual disabilities and autism through focus groups. The study consisted of nine participants aged between 27 and 53 years ($M= 39.78$; $SD= 7.85$), all of whom were female (100%). Nine individual interviews and a focus group were carried out with family members of children (three to 11 years old) and adolescents (12 to 19 years old) treated by the Child and Adolescent Psychiatry team at a university hospital. The instruments used were: Family/Child Identification Form; Critério Brasil and Interview with family members: “Talking about what is not talked about”. As a procedural instrument, the Immediate Impact of the Session was used at the end of the focus group. The systematic review adopted the PRISMA protocol for its implementation. Data collection was carried out with the participants and data from individual interviews were run in the IRAMUTEQ software, using the Descending Hierarchical Classification and Correspondence Factor Analysis method. The Focus Group was analyzed using thematic-categorical Content Analysis. The results demonstrate that there is a field to be explored in the relationship between sexuality and disability, finding few studies that deal with the topic through literature review, and highlight a need for guidance for families of young people with intellectual disabilities and autism, highlighting the importance of spaces for family discussion and the need for a positive approach to sexuality, with a focus beyond the prohibition and use of contraceptive methods. It is hoped that the present study can contribute to the reflection of family members regarding their sexual educational practices, increasing their repertoire in order to contribute to the sexual education of young people with intellectual disabilities and autism, in addition to inspiring new researchers to develop studies in the area of inclusion and sexuality, in different spheres of activity, promoting intervention groups for sexual education and prevention of sexual violence.

Keywords: Systematic review; sex education; autism; intellectual disability; family.

LISTA DE SIGLAS

AAIDD	Associação Americana de Deficiência Intelectual e Desenvolvimento
AEE	Atendimento Educacional Especializado
AFC	Análise Fatorial de Correspondência
APA	Associação Americana de Psiquiatria
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CA	Comunicação Alternativa
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CID-11	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Deficiência e Saúde
CORDE	Coordenadoria para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência
DI	Deficiência Intelectual
DOAJ	<i>Directory of Open Access Journals</i>
DSM-5-TR	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais 5 Texto Revisado
GF	Grupo Focal
HUPE	Hospital Universitário Pedro Ernesto
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IRAMUTEQ	<i>Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires</i>

LADIS	Laboratório de Pesquisas em Desenvolvimento Socioemocional, Inclusão e Habilidades Sociais
LBI	Lei Brasileira de Inclusão
MBDH	Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano
OMS	Organização Mundial da Saúde
PBE	Prática Baseada em Evidências
PcDs	Pessoas com Deficiência
PICOS	<i>Participants, Intervention, Control, Outcomes, and Study designs</i>
PPGPS-UERJ	Programa de Pós Graduação em Psicologia Social na Universidade do Estado do Rio de Janeiro
PPCT	Processo, Pessoa, Contexto, Tempo
PPHS-ASFA	Programa de Promoção de Habilidades Sociais para Alunos Sem Fala Articulada
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PROSPERO	<i>International prospective register of systematic reviews</i>
QI	Quociente de Inteligência
RCNEI	Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil
ROBUST	<i>Risk of Bias Utilized for Surveys Tool</i>
SciELO	<i>Scientific Eletronic Library Online</i>
TA	Transtorno da Aprendizagem
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizada
TAI	Termo de Autorização Institucional
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade

TEA	Transtorno do Espectro Autista
THS	Treinamento em Habilidades Sociais
TOC	Transtorno Obsessivo Compulsivo

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Educação sexual nas Matrizes Curriculares da Educação Infantil.....	36
Tabela 2.	Crítério PICOS.....	51
Tabela 3.	Caracterização Demográfica dos Participantes.....	56
Tabela 4.	Principais características dos artigos selecionados.....	67
Tabela 5.	Risco de viés para estudos qualitativos.....	79
Tabela 6.	Risco de viés para estudos qualitativos: continuação.....	80
Tabela 7.	Risco de viés para estudos quantitativos de intervenção (tipo coorte).....	81
Tabela 8.	Risco de viés para estudos quantitativos do tipo avaliação/levantamento	84
Tabela 9.	Respostas das perguntas seis a 10 - escala <i>Likert</i>	91
Tabela 10.	Análise do impacto imediato da sessão após o Grupo focal	96

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Modelo Bioecológico Desenvolvimento Humano.....	27
Figura 2.	Esquema – desenho lógico do estudo	61
Figura 3.	Fluxograma da revisão sistemática de bibliografia	65
Figura 4.	Dendograma da classificação hierárquica descendente	86
Figura 5.	Endograma Classificação Hierárquica Descendente	87
Figura 6.	Análise fatorial por correspondência	89
Figura 7.	Porcentagem de evocações de cada categoria	96

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO.....	17
	INTRODUÇÃO.....	19
1	UM OLHAR PARA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA: AMPLIANDO A VISÃO SOBRE OS TRANSTORNOS DE NEURODESENVOLVIMENTO.....	22
1.1	Critérios diagnósticos e características culturais do Transtorno do Espectro Autista.....	28
1.2	Do “retardado” à Deficiência Intelectual: caminhos e conquistas.....	32
2	O ESPECTRO DA SEXUALIDADE INFANTOJUVENIL: CONVERSANDO SOBRE EDUCAÇÃO SEXUAL E A IMPORTÂNCIA DE PROGRAMAS DE PREVENÇÃO.....	35
2.1	A sexualidade (in)visível: trazendo a luz para educação sexual de crianças e adolescentes com deficiência tendo como foco a prevenção da violência sexual.....	41
3	JUSTIFICATIVA.....	45
4	PERGUNTAS DE PESQUISA, OBJETIVOS E HIPÓTESES.....	48
4.1	Perguntas de pesquisa.....	48
4.2	Objetivos.....	48
4.2.1	<u>Geral.....</u>	48
4.2.2	<u>Específicos.....</u>	48
4.3	Hipóteses.....	48
5	MÉTODO.....	50

5.1	Revisão sistemática da Literatura	50
5.2	Percepção dos familiares sobre sexualidade e educação sexual	54
5.2.1	<u>Local da pesquisa</u>	54
5.2.2	<u>Considerações éticas</u>	55
5.2.3	<u>Participantes</u>	55
5.2.4	<u>Instrumentos</u>	57
5.2.4.1	Formulário de Identificação Familiar/Filho(a) (Apêndice B)	58
5.2.4.2	Critério Brasil.....	58
5.2.4.3	Entrevista com familiares: “Conversando sobre aquilo que não se conversa” (Apêndice C).....	58
5.2.4.4	Roteiro semiestruturado para o grupo focal (Apêndice D).....	59
5.2.4.5	Impacto imediato da sessão.....	59
5.2.5	<u>Procedimentos</u>	59
5.2.5.1	Coleta de dados.....	59
5.2.5.2	Análise de dados.....	62
6	RESULTADOS	64
6.1	Revisão sistemática de literatura	64
6.2	Percepção dos familiares sobre sexualidade e educação sexual	85
6.2.1	<u>Entrevista com familiares: “Conversando sobre aquilo que não se conversa” (Apêndice C)</u>	85
6.2.2	<u>Grupo focal (Apêndice D)</u>	93
7	DISCUSSÃO	99
7.1	Revisão Sistemática da literatura	99

7.2	Percepção dos Familiares sobre sexualidade e educação sexual	103
7.2.1	Entrevista com familiares: “Conversando sobre aquilo que não se conversa”.....	103
7.2.2	Grupo Focal	109
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	115
	REFERÊNCIAS.....	118
	REFERÊNCIAS DA REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA..	127
	Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	133
	Apêndice B – Formulário de Identificação Familiar/Filho(a).....	136
	Apêndice C – Entrevista com familiares: “Conversando sobre aquilo que não se conversa”.....	138
	Apêndice D – Roteiro para o grupo focal	141
	Anexo A – Autorização para pesquisa – HUPE.....	142

APRESENTAÇÃO

O interesse por realizar pesquisas junto à população de Pessoas com Deficiência (PcDs) é fruto de minha trajetória e inserção no meio acadêmico, a partir de projetos de pesquisa, extensão e estágios que tive a oportunidade de fazer parte ainda durante a graduação. Sem falar do desejo de poder contribuir e lutar por uma sociedade inclusiva e que respeita as diferenças, auxiliando na luta “anticapacitista”, ainda que não soubesse o que essa luta representava e o que este termo significava na época.

A inserção e o primeiro contato com a temática se deu em meados de 2018, ocasião na qual, pude fazer parte do Curso de Extensão coordenado pela professora Dra. Patricia Lorena Quiterio, que tinha como foco a promoção de Habilidade Sociais de graduandos em Psicologia com ênfase nas habilidades sociais educativas e inclusivas. O projeto de extensão serviu como um programa de formação para alunos de Psicologia a fim de desenvolver suas habilidades, capacitando-os por meio de vivências, aulas expositivas, leituras e discussões de textos, apresentação e elaboração de recursos de Comunicação Alternativa (CA), para trabalhar e intervir junto ao público de PcDs, principalmente aqueles sem fala articulada, contribuindo para uma real inserção da pessoa, tanto no aspecto comunicativo quanto interpessoal.

A partir da formação realizada na primeira etapa do projeto em 2018, surge a segunda, com o Programa de Promoção de Habilidades Sociais para Alunos Sem Fala Articulada (PPHS-ASFA) realizado no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) em 2019. O programa teve como objetivo promover o desenvolvimento de habilidades sociais em crianças e adolescentes com deficiência, em sua maioria diagnosticados com autismo, utilizando recursos de CA. Com a participação nesta segunda etapa pude estabelecer uma relação terapêutica com o participante Luís¹, um dos integrantes da intervenção. Luís na época um adolescente de 15 anos, trazia muitos questionamentos e constantemente falava a respeito de suas experiências afetivas e emocionais que estava descobrindo, principalmente sobre o “amor”.

Somando as experiências junto a Luís, surgiu a demanda dos próprios familiares que fosse incluído no programa questões relacionadas à sexualidade, principalmente por parte da mãe de Luís, tais como: início da fase de interesse amoroso, afetivo e sexual dos participantes por outras pessoas, dúvidas sobre o desenvolvimento sexual dos filhos e principalmente a forma de abordar esta temática com as crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista (TEA), e quem deveria realizar tal tarefa, já que não possuíam orientações de diversos

¹ Nome fictício para garantir a privacidade do participante.

profissionais pelos quais os filhos eram acompanhados (como médicos e psicólogos), além de ser um assunto sequer abordado nas escolas. A partir das inúmeras dúvidas destas famílias, decidiu-se acrescentar a temática da sexualidade na intervenção, a qual não era abordada anteriormente, sendo necessário planejar os encontros que aconteceriam para um público de idades tão diferentes diagnosticadas com autismo. Posterior ao planejamento e a realização dos encontros, sendo recebida positivamente pelos jovens e seus familiares, que igualmente contaram com sessões de orientação familiar sobre o tema, surge o interesse em pesquisar formas de conversar e psicoeducar famílias de jovens com deficiência sobre a temática da sexualidade no ambiente doméstico, além do desejo de trabalhar diretamente com as crianças e adolescentes suas dúvidas a respeito de aspectos relacionados à sexualidade.

Em paralelo ao projeto executado no HUPE, surge a oportunidade de escrever um capítulo “Da prevenção ao tratamento: um olhar da Terapia Cognitivo-Comportamental para casos de violência sexual infantojuvenil” em um livro intitulado: “A quebra do silêncio e as vertentes do abuso sexual: manual de prevenção e intervenção”. O capítulo tinha como foco discorrer sobre a violência sexual contra crianças e adolescentes e o manejo clínico de pacientes vítimas da violência, entretanto considerou-se importante destacar dados a respeito da violência sexual cometida contra PcDs e abordar a temática em relação a este público. A partir da construção do capítulo, foi possível constatar por meio da revisão de literatura, o que havia sido anteriormente verificado na prática quando no planejamento do PPHS-ASFA: a escassa produção científica e iniciativas nacionais a respeito da educação sexual para crianças e adolescentes com deficiência; resultando na desinformação e falta de preparo de profissionais e familiares para lidar com este tema, podendo este despreparo e falta de informação atuar como fator de risco em casos de violência sexual contra crianças e adolescentes.

Em 2022 ingressei no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPGPS-UERJ), e a partir das inquietações apontadas acima, optei por focar os estudos na área da sexualidade de PcDs voltados para prevenção da violência sexual. É importante ressaltar que apesar do foco do presente estudo debruçar-se sobre a educação sexual como forma de prevenção a violência sexual, cabe ressaltar que a sexualidade de PcDs deve estar além de ser abordada apenas no sentido da prevenção e da cautela, e deve ser estimulada do mesmo modo para a busca por prazer e promoção do bem-estar físico e psicológico, entendendo que existem maneiras diferenciadas de abordar a sexualidade.

INTRODUÇÃO

Para iniciar o presente estudo, faz-se necessário explicitar o termo “capacitismo” e resgatar a importância do movimento “anticapacitista” construído principalmente por PcDs, somado aos seus familiares, pesquisadores da área e por cada sujeito que acredita e defende uma sociedade mais justa e inclusiva. O capacitismo, segundo Neto e Araújo (2020), é um termo recente que surgiu em meados da década de 80 nos Estados Unidos, conhecido como “*ableism*”, e traduzido pela antropóloga Anahí Guedes de Melo para o que conhecemos como “capacitismo”. Ainda de acordo com os autores, o capacitismo se refere à percepção social de que pessoas sem deficiência são o padrão de corpos a serem seguidos, enxergando o corpo com deficiência como algo negativo e que deve ser superado, passível de sofrer violências e agressões.

A luta anticapacitista é um movimento social que visa combater formas de violência e opressão contra PcDs. Além de combater e extinguir a discriminação contra PcDs, o movimento anticapacitista visa garantir os direitos e promover o bem-estar e acessibilidade através da luta por inclusão (Neto & Araújo, 2020).

É importante refletir qual o papel da Psicologia neste movimento. Repensar e questionar a atuação dos/as psicólogos/as, em diferentes espaços sociais, como forma de contribuir com o movimento anticapacitista, uma vez que é pautado pelo Código de Ética, aprovado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), o combate à discriminação. De acordo com o Código de Ética:

- I. O psicólogo baseará o seu trabalho no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, apoiado nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos.
- II. O psicólogo trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (CFP, 2005, p.7).

Portanto, a ciência da Psicologia pode e deve contribuir com a promoção de autonomia e qualidade de vida para PcDs, uma vez que dentre suas atribuições consta a execução de práticas que promovam saúde, autonomia e qualidade de vida de indivíduos e suas coletividades. Ademais, o exercício profissional do psicólogo exige a responsabilidade social, por meio da conscientização de pessoas e grupos a respeito de informações que promovam o bem-estar, como no caso da sexualidade, por exemplo.

Segundo Carvalho e Silva (2018), a sexualidade de PcDs é constantemente negada e

apagada. O estudo de revisão sistemática realizado pelos autores sobre a sexualidade de PcDs indica que a discussão está acompanhada de mitos construídos pela sociedade ao longo das décadas, tais como: pessoas incapazes de construir um vínculo amoroso, assexuadas ou pervertidas, merecedoras de piedade das pessoas, estéreis, geram filhos com deficiência e/ou não tem condições de cuidar; evidenciando a clara falta de orientação a respeito do tema. Portanto, é dever do psicólogo, levando em consideração o que demanda o Código de Ética, favorecer e divulgar informação, rompendo com concepções capacitistas, promovendo através de sua prática e produções científicas a desmistificação de tais preconceitos, contribuindo também para a luta anticapacitista. A seguir são descritos os conteúdos desenvolvidos em cada capítulo deste estudo.

O Capítulo 1 investiga a história da “deficiência”, e de como as pessoas foram tratadas em diferentes épocas e em contextos culturais distintos, aprofundando-se nos estudos que ampliam o panorama de lutas e conquistas percorridos pela comunidade de PcDs, explicitando as principais mudanças na nomenclatura e a trajetória até os dias atuais, chegando ao modelo biopsicossocial. Ainda neste capítulo, são apresentados os principais Transtornos de Neurodesenvolvimento, de acordo com DSM-5-TR (2023), com ênfase no TEA e Deficiência Intelectual (DI), acrescentando as atualizações recentes do CID-11 (OMS, 2021), de ambos os diagnósticos.

O Capítulo 2 enfatiza a importância da sexualidade para um desenvolvimento pleno e saudável de crianças e adolescentes e a relevância de abordar esta temática junto aos jovens sem um viés negativo e punitivista. Neste capítulo, ainda se discute a pertinência de dialogar sobre o tema com as crianças desde a primeira infância, destacando o papel primordial que a educação sexual desempenha nos casos de prevenção à violência. Por fim, ressalta os estigmas e preconceitos relacionados a PcDs e a sexualidade, destacando as possibilidades de promoção da educação sexual e pensando estratégias de prevenção da violência sexual para este público.

No Capítulo 3 é exposta a justificativa para a realização do estudo. Em seguida, nos capítulos 4 e 5 são apresentados os objetivos, perguntas de pesquisa e hipóteses, logo após, o método utilizado na revisão bibliográfica e na pesquisa de campo. O presente estudo de abordagem qualitativa-quantitativa, tem a intenção de identificar a percepção de familiares sobre a sexualidade e a educação sexual de crianças e adolescentes com DI e TEA, além de apresentar nos resultados, por meio de uma revisão sistemática de literatura, estudos com foco na educação sexual de crianças e adolescentes com deficiência intelectual e autismo; realizar entrevistas com as famílias, para coletar informações sobre a educação sexual; e por fim, identificar as percepções e necessidades dos pais em relação à educação sexual e prevenção da

violência sexual, por meio do grupo focal. Ainda no capítulo 5 são apresentados os critérios de inclusão e exclusão da revisão sistemática, são descritos ainda o local da pesquisa, as considerações éticas, o perfil dos participantes, os instrumentos utilizados e os procedimentos de coleta e análise de dados.

No capítulo 6 são apresentados os resultados decorrentes das análises realizadas anteriormente, relatando os achados advindos da presente dissertação. Em seguida, no capítulo 7 é exposta a discussão, correlacionando os dados empíricos da pesquisa com a fundamentação teórica. Por fim, são apresentadas as considerações finais da dissertação, incluindo as limitações do estudo e suas contribuições para o campo científico.

1 UM OLHAR PARA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA: AMPLIANDO A VISÃO PARA OS TRANSTORNOS DE NEURODESENVOLVIMENTO

Ao longo dos estudos da filogênese humana, o conceito de “deficiência” foi interpretado de formas distintas, assim como a maneira de olhar para as PcDs. De acordo com Pacheco e Alves (2007) para compreender as mudanças atribuídas ao conceito ao longo do tempo, os aspectos culturais e um maior entendimento das dificuldades enfrentadas por estas pessoas, que perduram até hoje apesar dos avanços conquistados, faz-se necessário uma maior compreensão do contexto histórico e das lutas enfrentadas por estas pessoas.

Para Moises e Stockmann (2020), que abordam em seu estudo uma perspectiva histórica a respeito da deficiência, a visão sobre as PcDs têm início com uma perseguição e marginalização, passando pelo assistencialismo, educação, reabilitação, integração social e por fim, o modelo considerado mais atual, de inclusão social; sem necessariamente haver uma linearidade entre estas visões, sendo de suma importância considerar o contexto cultural, entendendo que até hoje podem coexistir tais maneiras de lidar com a diferença.

A marginalização contra PcDs é datada desde a pré-história, na qual a exclusão e o abandono de pessoas com algum tipo de deficiência eram comuns, ainda que de forma não intencional, já que estas não sobreviviam por não poderem caçar e acompanhar o grupo, e acabavam sucumbindo, efetivando a seleção natural da época (Moises & Stockmann, 2020). Na Grécia antiga, com a hipervalorização do corpo, a perseguição intencional e o extermínio de crianças com deficiência eram permitidos, pois acreditava-se que estas não seriam indivíduos úteis para sociedade; quando não eram mortas ainda crianças eram colocados à própria sorte, à margem da sociedade junto com os demais excluídos. Isto não ocorria nos casos em que a deficiência fosse adquirida por um guerreiro em função de uma batalha, em situações desse tipo seria dever do Estado cuidar do sujeito; surgindo os primeiros indícios do modelo de assistencialismo às PcDs (Pacheco & Alves, 2007).

Na Idade Média com a expansão do cristianismo, a sociedade passou a colidir com duas visões: a marginalização e o assistencialismo (Moises & Stockmann, 2020). Enquanto parte da Igreja perseguia as pessoas nascidas com alguma deficiência, afirmando serem amaldiçoadas por consequência de um castigo divino, outra parte passou a prestar assistência aos mais pobres e as PcDs, mesmo aqueles que não eram considerados “produtivos para a economia”, passaram a ser acolhidos pela Igreja, ainda que fossem pouco respeitados na época (Moisés & Stockmann, 2020).

A partir do século XIX, a deficiência distancia-se do campo da teologia e da moral e

passa a ser discutida no campo da ciência e da medicina, sendo vista como uma doença e condição do sujeito (Pacheco & Alves, 2007). Ainda segundo os autores, neste mesmo período, em função da Revolução Industrial, há um maior investimento na educação e no ensino de PcDs. Ainda que tal incentivo aos estudos fosse fruto de uma possível exploração de produtividade de mão de obra barata, visando o lucro capitalista desta população nas indústrias, os autores consideram um ponto positivo para época, pois era possível oferecer alternativas que contribuíssem para qualidade de vida de PcDs (Pacheco & Alves, 2007).

Com as tendências humanistas do final do século XIX e o incentivo aos estudos a partir da Revolução Industrial, a pessoa com deficiência passa a ser enxergada como parte da sociedade, mas ainda não totalmente pertencente a mesma, uma vez que as escolas possuíam turmas separadas, denominadas “classes especiais” para estudantes com deficiência, na intenção de que o ensino destes alunos não interferisse no aprendizado dos demais alunos sem deficiência, vistos como “normais” (Sousa, 2020). Para Pacheco e Alves (2007), tal visão dialoga com a adotada na época, de um modelo biomédico culpabilizador, no qual a pessoa com deficiência precisa ser tratada e reabilitada. No modelo biomédico a deficiência é vista como incapacitante em nível físico, sensorial ou intelectual, desconsiderando as estruturas sociais (Fogaça & Klasura, 2021). Ademais, sua deficiência é considerada um problema individual, impondo que a pessoa com deficiência deve buscar adequar-se à sociedade e não o contrário.

Em 1986 é constituída a Coordenadoria para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE), que estabelecia as diretrizes da Administração Federal, no que compete às PCDs (Mendes, 2010), seguindo o modelo inovador de integração social, uma alternativa a prática de exclusão adotada até então. Nesse período, ocorre uma transformação orientada pela ideia de inserção escolar de estudantes com deficiência em escolas comuns (Mendes, 2010). O modelo de integração social foi considerado durante muito tempo um padrão exemplar a ser seguido, visto como um avanço nas conquistas alcançadas por/para PcDs. Isto porque bastava que estas pessoas, agora de alguma forma “inseridas” nas escolas e em sociedade, superassem as barreiras físicas, psicológicas e atitudinais existentes, e que se adaptassem ao convívio social, nunca o contrário. Entretanto, Sousa (2020) ressalta que tal modelo unilateral não atende às reais necessidades de pessoas com algum tipo de deficiência e nos traz à luz a ideia da “inclusão social”, visão adotada para o presente trabalho e a perspectiva mais atual de respeitar e compreender PcDs e suas individualidades. Para o autor, o conceito de inclusão social, surge a partir do modelo social da deficiência, que diferente do modelo biomédico, percebe os problemas das PcDs como uma questão social, cabendo à sociedade em um movimento bilateral, a responsabilidade por criar oportunidades que visam atender diferentes pessoas,

sejam elas com ou sem deficiência, baseando-se no princípio da equidade e garantido acesso e oportunidades a todos os seus membros (Sousa, 2020).

Segundo Fogaça e Klasura (2021), a deficiência é um conceito complexo que abarca as estruturas e funções do corpo, bem como envolve os fatores ambientais e a estrutura social. Em 2001, a OMS aprovou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Deficiência e Saúde (CIF) que apresenta uma concepção biopsicossocial – a deficiência parte de uma condição de saúde relativa à deficiência e conectada ao contexto cultural e social. Esta classificação influenciou nos princípios da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (ONU, 2006) e da Lei Brasileira de Inclusão (LBI) (Brasil, 2015), em seu artigo 2º parágrafo 1º, destaca que a avaliação da deficiência deve ser biopsicossocial, com foco nos aspectos funcionais e precisa considerar os impedimentos nas funções e nas estruturas corporais, fatores socioambientais, psicológicos e pessoais, o desempenho de atividades e o acesso a participação.

Ao apresentar o contexto histórico e o caminho percorrido para chegar ao conceito de inclusão social, cabe ressaltar as pessoas que compõem a população de PcDs segundo o contexto da educação especial, de acordo com a Resolução nº 4, de 2 de outubro de 2009 são:

I - Alunos com deficiência: aqueles que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, intelectual, mental ou sensorial.

II – Alunos com transtornos globais do desenvolvimento: aqueles que apresentam um quadro de alterações no desenvolvimento neuropsicomotor, comprometimento nas relações sociais, na comunicação ou estereotípias motoras. Incluem-se nessa definição alunos com autismo clássico, síndrome de Asperger, síndrome de Rett, transtorno desintegrativo da infância (psicoses) e transtornos invasivos sem outra especificação.

III – Alunos com altas habilidades/superdotação: aqueles que apresentam um potencial elevado e grande envolvimento com as áreas do conhecimento humano, isoladas ou combinadas: intelectual, liderança, psicomotora, artes e criatividade (Brasil, 2009, p. 1).

Para o presente trabalho, o foco é voltado para os Transtornos de Neurodesenvolvimento, grupo classificado dentre as deficiências que são assistidas pelo Atendimento Educacional Especializado (AEE) e são contemplados pelas políticas públicas voltadas para PcDs (Brasil, 2009). De acordo com Nunes et al. (2013), o AEE tem como função identificar, elaborar e organizar recursos pedagógicos que visam facilitar o processo de inclusão dos alunos nas escolas, levando em consideração necessidades específicas individuais de cada aluno, atuando como um modelo complementar aos sistemas de aprendizagem realizado nas salas regulares.

Segundo a *American Psychological Association* (APA) os transtornos do

neurodesenvolvimento são classificados desta forma por manifestarem-se durante o início do período de desenvolvimento, geralmente na primeira infância, antes da criança ingressar na escola (APA, 2023). Transtornos desta classificação são caracterizados por prejuízos que podem acarretar em problemas no funcionamento pessoal, social, acadêmico ou profissional, e variam desde limitações específicas na aprendizagem ou controle de funções executivas até prejuízos globais em habilidades sociais ou inteligência que são divididos em: Transtornos da Comunicação, Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), Transtorno Motor do Neurodesenvolvimento, Transtorno Específico da Aprendizagem, Deficiência Intelectual (Transtorno do Desenvolvimento Intelectual) e Transtorno do Espectro Autista (APA, 2023).

Conforme o DSM-5-TR (APA, 2023), o Transtorno do Desenvolvimento Intelectual (TDI) ou Deficiência Intelectual (DI) é diagnosticada com a presença de déficits funcionais intelectuais, sociais e práticos, que afetam diferentes domínios da vida do sujeito e deve acontecer durante o início do período de desenvolvimento assim como os demais transtornos desta ordem, e pode ocorrer ainda a partir de uma lesão adquirida no período de desenvolvimento (traumatismo craniano grave). Ou seja, a pessoa diagnosticada com DI pode apresentar dificuldades nas funções cognitivas (raciocínio, planejamento, pensamento abstrato, aprendizagem acadêmica ou pela experiência) e nas funções sociais, apresentando uma complicação durante as interações, que podem dificultar o processo de independência e nas atividades diárias dos indivíduos em diferentes ambientes.

Por fim, o Transtorno do Espectro Autista (TEA) que se caracteriza por déficits persistentes na comunicação e interação social em diferentes contextos; a existência de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades; e devem causar prejuízo significativo em múltiplos ambientes; estando presentes no período de desenvolvimento, ou até que as demandas sociais ultrapassem a capacidade do sujeito (APA, 2023). Ademais, o TEA é dividido de acordo com seus níveis de gravidade, baseado na funcionalidade; ou em níveis de deficiência intelectual e linguagem funcional, a depender do manual adotado. De acordo com DSM-5-TR, divide-se em nível 1 (exige apoio), nível 2 (exige apoio substancial) e nível 3 (exige apoio muito substancial) (APA, 2023).

Pessoas diagnosticadas com algum Transtorno de Neurodesenvolvimento na família seguem uma trajetória de desenvolvimento diferente em relação àquelas sem alguma condição ou transtorno (Lemos & Salomão, 2022). Em vista disso, pensando por uma perspectiva inclusiva e plural, faz-se necessário compreender os diferentes contextos e possibilidades de desenvolvimento infantil. É possível assimilar tais cenários distintos do desenvolvimento à luz do Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano (MBDH), proposto por Bronfenbrenner

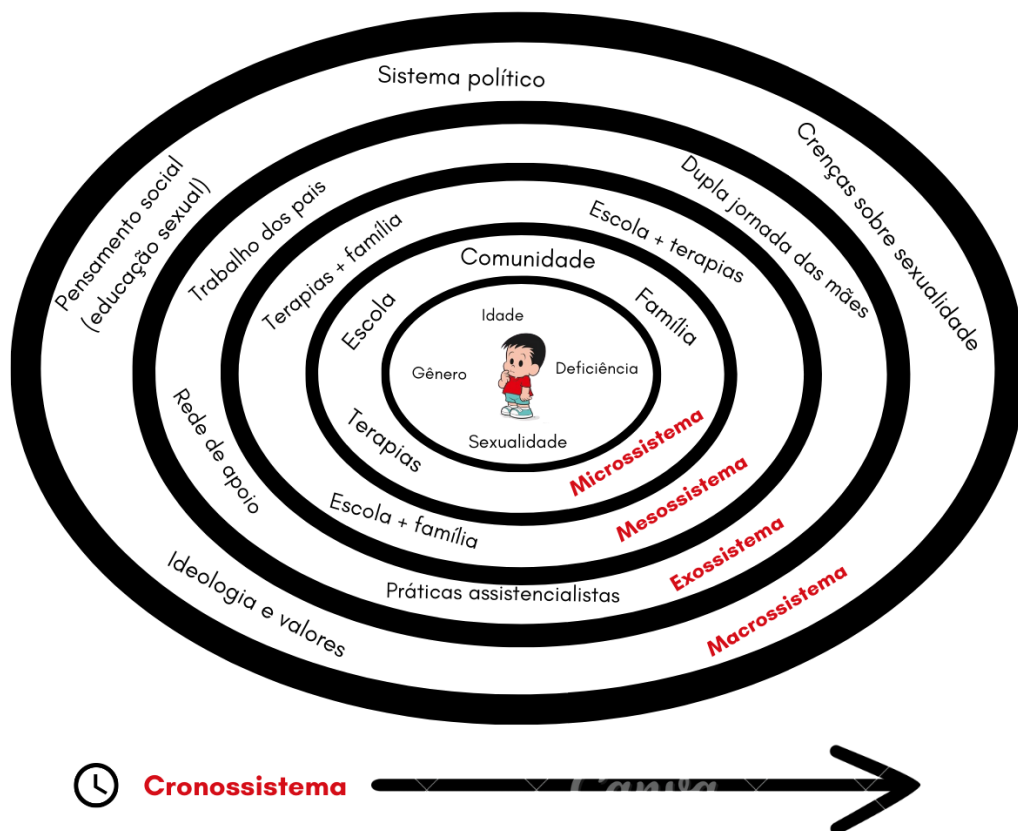
(2011), que passou a considerar aspectos biológicos, do processo e do tempo como igualmente importantes para o desenvolvimento humano, que serão afetados pelo contexto e que se influenciam mutuamente. A partir deste pensamento, há uma sistematização em quatro núcleos: Processo, Pessoa, Contexto e Tempo (PPCT), considerando o desenvolvimento humano como um processo de interação recíproca entre a pessoa e o contexto, mediado pelo tempo.

A criança diagnosticada com algum Transtorno de Neurodesenvolvimento na infância, será influenciada ao longo de toda sua ontogênese pelos sistemas em que está inserida (microsistema, mesossistema, exossistema, macrosistema e cronossistema). De acordo com Bronfenbrenner (2005) o microsistema é o contexto imediato em que a pessoa em desenvolvimento têm experiências diretas e onde ocorrem os processos proximais, como a família e a escola, para uma criança, ou atendimento médico domiciliar para uma criança com alguma deficiência ou transtorno. O mesossistema é formado pelo conjunto de microsistemas dos quais o sujeito participa diretamente e as trocas entre os espaços, como as que ocorrem entre a família e a escola por exemplo (Bronfenbrenner, 2005). Além dos dois citados anteriormente, existem o exossistema e macrosistema, que apesar de não interferirem diretamente no desenvolvimento, influenciam as interações proximais, uma vez que a criança pode ser afetada não somente por aqueles ambientes dos quais participa diretamente, mas além disso, pelos trabalho dos pais, pela rede de apoio parental e ainda pelas políticas públicas implementadas no contexto de desenvolvimento (macrosistema), que também será influenciada pelo cronossistema, que são mudanças que ocorrem nas características biopsicossociais da pessoa ao longo da vida e que ao longo das gerações nos sistemas social, econômico, político e cultural são afetadas pelo momento histórico (Bronfenbrenner, 2005).

Para tal, é possível repensar o papel desempenhado por uma criança/adolescente durante o seu desenvolvimento, compreendendo que os mesmos não atuam de forma passiva neste processo e são influenciados por uma série de domínios. A partir do MBDH é possível notar que desde a percepção familiar sobre a deficiência, a interação entre família e escola ao abordar diferentes temáticas, a adequação entre o trabalho/ocupação dos familiares e os acompanhamentos médicos/clínicos até a nível de políticas públicas voltadas para PcDs e a percepção social da deficiência irá influenciar no desenvolvimento infantil de um sujeito com algum diagnóstico ou transtorno, que poderá atuar como fator de proteção ou fator de risco para o crescimento do indivíduo (Portes et al., 2013). Ao pensar no MBDH de jovens com deficiência, e como esses sistemas estão em constante interação, é impraticável não pensar nas rotinas exaustivas e intensas de terapias, e que o local onde residem, as interações familiares e a falta de rede de apoio a estas famílias, acaba gerando uma sobrecarga (especialmente as mães),

afetando o desenvolvimento infantil (Melo et al., 2022). Para os autores, fica evidente a necessidade de apoio abrangente, não apenas voltado para PcDs, mas por políticas públicas de atenção social para as famílias e especialmente para estas mães, uma vez que a falta de suporte ao microsistema afeta o desenvolvimento e influência no acesso destes jovens a diferentes terapias. Na análise realizada por Melo et al. (2022), os estudos mostraram que, na bioecologia da PcD, está a família nuclear comandada por uma mãe sobrecarregada e pouco assistida, a insuficiência dos serviços disponíveis, sejam eles públicos ou privados, e o sistema de ensino como um todo, evidenciando as interações entre os sistemas e como eles afetam e são afetados até pelo contexto macropolítico, como exemplificado na Figura 1, a qual demonstra o sistema bioecológico envolvendo crianças com deficiência.

Figura 1: Modelo Bioecológico Desenvolvimento Humano (MBDH) - acervo pessoal



Dentre os Transtornos de Neurodesenvolvimento citados acima, o presente trabalho foca na DI e no TEA, levando em consideração: (i) funcionamento de ambos os transtornos a nível social e (ii) ambos os transtornos abrangidos pelo AEE segundo a Resolução nº 4, de 2 de Outubro de 2009, que caracteriza a nível de políticas públicas a DI e o TEA como deficiências

que devem ser assistidas pelo Estado. Além dos motivos citados anteriormente, é possível destacar ainda a frequente ocorrência de indivíduos com TEA que também apresentam DI, cerca de 70% (Freitas et al., 2016); as dificuldades sócio comportamentais demonstradas por pessoas com DI e TEA (Dantas et al., 2019); ambos serem indicados como transtornos que influenciam na aprendizagem (Suriano, 2018) e serem apontados por Maia e Vilaça (2020) como as deficiências mais invisibilizadas quando o assunto é sexualidade, e tidas como mais difíceis de se abordar o tema, são os motivos pelo qual foram elencadas como público-alvo dessa pesquisa e os critérios diagnósticos e culturais são apresentados adiante.

1.1 Critérios diagnósticos e características culturais do Transtorno do Espectro Autista

Apesar da classificação apresentada anteriormente com base no DSM-5-TR (APA, 2023), cabe acrescentar a atualização divulgada pelo CID-11 (OMS, 2021). Essa última classificação estabelece critérios diagnósticos semelhantes ao DSM-5-TR, no qual o Transtorno de Asperger ou Transtorno Global do Desenvolvimento sem outra especificação, por possuírem comorbidades em suas características, passaram a ser vistos como um conjunto comum de sintomas, sendo propício considerá-lo como um espectro, e passaram a ser diagnosticados com TEA. Ainda de acordo com a nova classificação, os critérios de comunicação e sociabilidade foram agrupados e foram incluídos os sintomas sensoriais, e acrescentadas instruções e diferenciação dos códigos entre o autismo com e sem deficiência intelectual considerando do mesmo modo o nível de comprometimento na linguagem (OMS, 2021):

- 6A02 – Transtorno do Espectro do Autismo (TEA)
- 6A02.0 – Transtorno do Espectro do Autismo sem deficiência intelectual (DI) e com comprometimento leve ou ausente da linguagem funcional
- 6A02.1 – Transtorno do Espectro do Autismo com deficiência intelectual (DI) e com comprometimento leve ou ausente da linguagem funcional
- 6A02.2 – Transtorno do Espectro do Autismo sem deficiência intelectual (DI) e com linguagem funcional prejudicada
- 6A02.3 – Transtorno do Espectro do Autismo com deficiência intelectual (DI) e com linguagem funcional prejudicada
- 6A02.4 – Transtorno do Espectro do Autismo sem deficiência intelectual (DI) e com ausência de linguagem funcional
- 6A02.5 – Transtorno do Espectro do Autismo com deficiência intelectual (DI) e com ausência de linguagem funcional
- 6A02.Y – Outro Transtorno do Espectro do Autismo especificado
- 6A02.Z – Transtorno do Espectro do Autismo, não especificado (32) (p. 868).

Destaca-se que com a CID-11, a visão categorial predominante nos manuais anteriores foi substituída pela visão integrativa do transtorno. O que antes era tido como diagnósticos

diferentes, passou a ser entendido como um espectro do mesmo transtorno (Fernandes et al., 2020; OMS, 2021). Uma modificação relevante na atual classificação refere-se ao fato de que a linguagem funcional passa a ser fundamental no diagnóstico (Fernandes et al., 2020). Essas mudanças são sinalizadas como um fator positivo, visto que, a CID-11 constitui um manual utilizado a nível mundial e com a junção dos transtornos, acredita-se na simplificação do diagnóstico de TEA, permitindo mais facilmente acessos aos serviços de saúde.

Entretanto, o TEA pode apresentar uma vasta gama de comorbidades que podem dificultar o diagnóstico ou a intervenção com o sujeito: epilepsia, distúrbios do sono, Deficiência Intelectual (DI), Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) e depressão, são algumas das comorbidades que podem estar associadas ao TEA (APA, 2023). Para Viana et al. (2020) ainda que os critérios descritos anteriormente pelo DSM-5-TR e CID-11 estejam claros, diagnosticar o indivíduo com TEA ainda é uma tarefa muito complexa, devido a precariedade de exames laboratoriais ou de imagens que comprovem o laudo de tal diagnóstico. Um estudo realizado por Mostardeiro et al. (2021) evidenciou a utilização da ressonância magnética, tomografia computadorizada e tomografia por emissão de pósitrons para mapeamento em pacientes diagnosticados com autismo que resultou em resultados promissores, entretanto as divergências radiológicas encontradas não permitem dispensar a avaliação clínica para estabelecer o diagnóstico. Não obstante, além das divergências anatômicas apresentadas, o transtorno envolve características heterogêneas que não apresentam critérios fixos e comportamentos únicos, o fato de não existir um marcador biológico que possa determinar o diagnóstico dificulta ainda mais o processo de identificação e intervenção precoce, fazendo com que a busca pela prevenção/tratamento aconteça de forma tardia (Viana et al., 2020).

Para além das questões diagnósticas, é possível transpor os manuais e discorrer a respeito dos aspectos culturais e perceber os indivíduos acima de suas dificuldades, destacando suas potencialidades. É importante atentar para não considerar apenas as características dos diagnósticos e o tratamento comportamental para indivíduos com autismo, e entender que o paciente com TEA irá constituir sua personalidade por intermédio da interação entre o biológico e o ambiente, por meio de sua história de aprendizagem e desenvolvimento, e pelas eventualidades na qual este indivíduo está suscetível durante sua vida (Gomes et al., 2016). Desta forma, ao trabalhar junto a indivíduos com TEA, é necessário apreender que não existe um protocolo restrito a ser seguido para o sucesso da intervenção, é preciso perceber que cada paciente possui sua individualidade, e como a própria nomenclatura do transtorno expressa,

trata-se de um “espectro”, com as mais variadas características diagnósticas e diferentes intensidades, e como tal, as formas de tratamento devem ser diversas e eficazes (Machado et al., 2019).

Apesar de diversas e eficazes Nunes et al. (2021), ressaltam a importância de considerar intervenções junto a pessoas com TEA em uma Prática Baseada em Evidências (PBE). Por meio de uma revisão sistemática de literatura associada à pesquisa documental, os autores analisaram documentos, divulgados pelo Ministério da Saúde e da Educação que versavam sobre práticas interventivas para indivíduos com autismo publicados nos últimos 20 anos. Mediante a este estudo, foi possível constatar que há uma lacuna entre a ciência e a prática, evidenciando a falta de concordância entre os documentos para conceitualização do TEA; o tipo de prática sugerida para intervenção; e o perfil dos profissionais indicados; que nem sempre estão em consonância com o recomendado pela literatura por meio de protocolos empiricamente validados (Nunes et al., 2021).

Sem desconsiderar a importância da PBE, cabe ressaltar que uma das importantes dificuldades enfrentadas por este público não está apenas relacionada aos sintomas do transtorno, mas envolvem as barreiras atitudinais, que devem ser compreendidas como condutas, ações ou comportamentos que prejudicam, impedem ou limitam a participação de pessoas com deficiência, em igualdade de condições e oportunidades, reforçando barreiras existentes (Brasil, 2015); uma vez que a indisponibilidade do interlocutor pode acarretar em sofrimento e exclusão, sem nem sequer ser percebida ou de forma intencional, ligadas a ações e posturas preconceituosas expressas por meio de convenções, explícitas ou mascaradas, e que acabam dificultando as interações com as pessoas em diversos contextos e acarretando na falta de oportunidade de experienciar situações, prejudicando na elaboração de seu repertório social (Poersch, 2020). Tais barreiras atitudinais podem impedir a interação do jovem com deficiência e limitar suas interações, acarretando em uma redução de espaços para que esse sujeito desenvolva e aprimore suas habilidades sociais, podendo ser visto como um grupo, cujo foco das intervenções se dá no tratamento (Voga & Quiterio, 2022).

De acordo com Del Prette e Del Prette (2005), o reduzido repertório social pode causar consequências negativas na saúde psíquica do sujeito e prejudicar suas relações interpessoais, o que nos leva a questionar até que ponto os déficits na interação social são consequência dos sintomas do TEA e/ou resultado da exclusão e preconceito sofridos por esta população? Se por um lado as características diagnósticas do autismo podem influenciar na interação social, a falta de oportunidade para elaborar seu repertório pode prejudicar seu desempenho social, atuando como um movimento bidirecional (Lemos et al., 2020).

Conforme a questão levantada anteriormente, é possível argumentar que as situações vivenciadas no cotidiano de pessoas com TEA são atravessadas pelo capacitismo. Segundo Neto e Araújo (2020), o capacitismo pode ser entendido como o preconceito, opressão ou práticas discriminatórias contra as PcDs, classificando-os geralmente como incapazes de cuidar da própria vida, em função de sua deficiência ou algum transtorno. Estudos demonstraram que o capacitismo e o preconceito estão presentes no cotidiano de sujeitos diagnosticados com TEA e de suas famílias, sendo experienciadas em diferentes contextos sociais (como trabalho, escola, âmbito familiar) e proporcionando aos indivíduos e seus pais, episódios de estresse e conflitos a serem enfrentados (Mapelli et al., 2018; Smeha & Cazar, 2011). Para Ling et al. (2010) a maneira como a pessoa com autismo se comporta diverge das chamadas “normas sociais”, o que acaba por “chamar a atenção” das demais pessoas, que por sua vez, acreditam que sejam pessoas desobedientes e “sem limites” ou “bom senso”, ocasionando comportamentos e olhares hostis para si, visto que pelo fato do diagnóstico não ter um marcador biológico que o caracterize como uma deficiência, tendem a receber menos aceitabilidade dos comportamentos característicos do transtorno.

Em vista disso, é dever da sociedade se informar a respeito do transtorno para que os pensamentos e os estereótipos do senso comum, tais como infantilização, atribuição de incapacidade e visões negativas sejam minimizadas, sem causar a exclusão e o sofrimento de pessoas com TEA (Andrade, 2022). Entretanto, no estudo realizado por Mac Cárthaigh e López (2020), o acesso à informação correta não é suficiente para modificar atitudes e pensamentos da população frente às pessoas dentro do espectro. Os autores verificaram, em um estudo comparativo entre alunos de enfermagem do Reino Unido e Coréia do Sul, que o estigma associado às deficiências e condições de saúde mental é altamente dependente da cultura. Desta forma, as estratégias que visam melhorar as atitudes em relação ao autismo devem necessariamente considerar as idiossincrasias culturais, uma vez que os estudantes coreanos apesar das informações, apresentaram dificuldade em demonstrar atitudes positivas em relação ao autismo, evidenciando a necessidade que as iniciativas de sensibilização desenvolvidas no Ocidente devem ser adaptadas, considerando as diferenças culturais (Mac Cárthaigh & López, 2020). Portanto, faz-se necessário uma aproximação entre pessoas neurotípicas e neuroatípicas a fim de combater a exclusão e o preconceito, eliminando as barreiras atitudinais, para que todos, independentemente de sua deficiência, possam ter acesso ao trabalho, lazer, serviços e bens necessários para o desenvolvimento pessoal, social, profissional e educacional, contribuindo para melhora na qualidade de vida de pessoas com TEA.

1.2 Do “retardado” à Deficiência Intelectual: caminhos e conquistas alcançadas

O estudo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), nomeado de Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios contínua (PNAD), aponta que existem 18,6 milhões de pessoas com deficiência no Brasil, com 2 anos ou mais de idade, o que corresponde a 8,9% da população dessa faixa etária. Destaca-se que a deficiência se concentra em pessoas mais idosas: entre aquelas com 80 anos ou mais de idade (52,1%) tinham alguma deficiência, enquanto no contingente de 2 a 59 anos esse resultado correspondia a 31,45%. O número de mulheres corresponde à maior parte (10%) do público com deficiência, enquanto os homens 7,7%. Considerando o aspecto cor/raça, pessoas pretas ou pardas representam 18,4% em comparação a pessoas brancas (8,7%) (IBGE, 2022).

De acordo com o último censo realizado em 2010 pelo IBGE, indica que há um número elevado de PcDs no Brasil (23,9%, equivalente a 45.606.048). Dentre as deficiências investigadas na última pesquisa, foram indagadas: visual, auditiva, motora e intelectual (IBGE, 2010)². O resultado do censo demonstrou que 1,4% (2.611.536) da população se auto declarou com deficiência intelectual. Ainda que os dados sejam oriundos da autodeclaração (ou por meio de outros membros da família), chama a atenção o número, ainda que desatualizado, de pessoas com DI no Brasil. Segundo Frederico e Laplane (2020), dentre as deficiências, a DI é vista como a que apresenta maiores desafios para o campo educacional, social e para o mercado de trabalho. Portanto, pessoas que compõem esse grupo, provavelmente enfrentarão diversas barreiras ao longo da vida, que dificultam a inclusão social.

Atualmente, a DI é vista como uma condição que causa prejuízo a longo prazo e que pode dificultar a interação do indivíduo, dificultando sua inserção plena em diferentes contextos sociais (Brasil, 2020). Além do DSM-5-TR, é possível debruçar-se sobre o CID-11, na qual a sua versão anterior (CID-10) classificava o transtorno como “retardo mental”. Atualmente o classifica entre os transtornos de neurodesenvolvimento, especificamente os de desenvolvimento intelectual, envolvendo aspectos relacionados ao conceito de inteligência sendo analisada como componente chave do diagnóstico, entretanto levando em consideração a redução substancial das funções intelectuais, junto a déficits do comportamento adaptativo e

² No Brasil, estima-se que existem dois milhões de pessoas com autismo, mas não há dados precisos. Para isso, foi sancionada, a Lei 13.861/2019 que inclui dados específicos sobre autismo no Censo do IBGE/2022. Até o momento da produção deste trabalho somente os dados preliminares foram divulgados pelo último Censo, dados específicos relacionados a PcDs ainda não foram divulgados.

limitações em habilidades sociais, iniciada antes dos 18 anos (Brasil, 2020).

No que tange a DI, é possível notar uma diferença entre os manuais quanto ao processo diagnóstico. Enquanto para o CID-11 o Quociente de Inteligência (QI) ainda é um fator importante para o diagnóstico de DI, no DSM-5-TR, assim como para a Associação Americana de Deficiência Intelectual e Desenvolvimento (AAIDD), o QI apesar de ser um critério importante, não é exclusivo para identificar o grau de diagnóstico, sendo necessário levar em consideração outras variáveis, como por exemplo, os níveis de apoio necessário para adaptação do sujeito com DI e os domínios sociais e práticos (Donat & Pacini, 2022; APA, 2023).

Como é possível verificar, apesar dos avanços o modelo biomédico ainda possui forte influência na comunidade científica, visto que, ainda no CID-11 o QI continua sendo um fator determinante para o grau do diagnóstico. Tal visão adotada e divulgada pelo modelo biomédico contribui para manutenção das inúmeras barreiras enfrentadas pela população com DI, mesmo com a divulgação de políticas públicas a favor de PcDs, prevalece até hoje, através do imaginário social a incapacidade, dificultando a inserção do indivíduo na sociedade e contribuindo para uma autoimagem inferiorizada em função de sua deficiência (Reis et al., 2019).

Desta maneira é possível perceber que o conceito de “deficiência intelectual” passou por alterações ao longo do tempo em sua forma de diagnóstico e em sua nomenclatura, sendo considerado um avanço conquistado pela comunidade de PcDs, seus familiares e estudiosos da área (Silva, 2021). Ainda de acordo com Silva (2021), não há um consenso mundial em função da terminologia adotada e seus critérios diagnósticos, entretanto, considerando o contexto brasileiro, o termo “deficiência intelectual” segue sendo utilizado em documentos oficiais desde 2010, visando seguir o estabelecido na Convenção da ONU sobre os Direitos das PcDs em 2006, cujo o objetivo da mudança de “retardo mental” para “deficiência intelectual”, era propiciar com que a deficiência deixasse de ser compreendida como algo ruim, sem a associação de uma “incapacidade”. Veltrone e Mendes (2012) ressaltam que apesar de ter passado por várias mudanças, a DI segue como um transtorno para o qual continua sendo necessário repensar a maneira de perceber esta população, uma vez que parece existir uma busca contínua da conceitualização e dos critérios diagnósticos científicos e adequados a realidade destas pessoas. Apesar dos avanços em políticas públicas e ações afirmativas, pessoas com DI ainda enfrentam muito preconceito e estigmas relacionados à sua inclusão social. Em um estudo realizado por Reis et al. (2019) é possível concluir que ainda hoje prevalece a representação social de incapacidade, falta de inteligência, improdutividade e outros adjetivos associados a pessoas com DI que produzem estereótipos e reforçam a exclusão e a desigualdade desses

sujeitos em diferentes espaços sociais.

Um aspecto importante ressaltado por Frederico e Laplane (2020) é que pessoas com DI são constantemente desassistidas ao longo do ciclo vital. Durante a primeira infância existem medidas e diversos grupos que oferecem atendimentos e um maior incentivo à inserção social e as diversas terapias. Entretanto, as oportunidades tendem a diminuir à medida que estas pessoas se tornam adultos e idosos, enfrentando dificuldades para inserção no mercado de trabalho (Frederico & Laplane, 2020). Levando isso em conta, é válido questionar a quem os autores referem-se ao falar sobre a inserção e as oportunidades na primeira infância, considerando que existem diferentes infâncias, cada qual com sua realidade, na qual será atravessada pela sua raça, cor de pele, condição socioeconômica, dentre outros aspectos sociais.

Não se pode negar que as políticas inclusivas e ações afirmativas implementadas no passado contribuíram para que PcDs tivessem direito à acessibilidade e inclusão, ainda que de forma incipiente. Espera-se que a nomenclatura seja uma parte importante das conquistas alcançadas, mas que a luta não seja resumida somente a isso, buscando que pessoas com DI tenham cada vez mais possibilidade de acesso e permanência nos ambientes de trabalho e oportunidades para acessar os espaços sociais, não garantindo apenas sua inserção nas escolas, que ocorre de forma insuficiente, mas uma real inserção social.

2 O ESPECTRO DA SEXUALIDADE INFANTOJUVENIL: CONVERSANDO SOBRE EDUCAÇÃO SEXUAL E A IMPORTÂNCIA DE PROGRAMAS DE PREVENÇÃO

Diferente do que se entende no senso comum, a sexualidade não se refere apenas à prática sexual, e deve ser compreendida pela busca por prazer e bem-estar, influenciando pensamentos, sentimentos e a saúde física e mental (Yano & Ribeiro, 2011). A sexualidade é um aspecto fundamental para a saúde global dos indivíduos, dado que contribui para que os sujeitos tenham uma boa qualidade de vida e vivenciem experiências prazerosas e seguras (WHO, 2022). A promoção da saúde sexual requer o trabalho conjunto de instituições políticas, legais e de saúde, assim como a participação de movimentos sociais nos âmbitos regionais e internacionais, para gerar a legitimação dos direitos sexuais de todos os indivíduos (Gruskin et al., 2019).

Ao passo que a maioria das ações voltadas para a saúde sexual foquem em desfechos adversos (gravidez não planejada, infecções sexualmente transmissíveis e violência sexual), faz-se necessário que as políticas públicas e os programas de intervenção abarquem a promoção da sexualidade (Ford et al., 2019). Além dos fatores citados relacionados com a sexualidade, a saúde sexual faz referência ao acesso ao cuidado e à possibilidade de expressão individual e coletiva (WHO, 2022).

A sexualidade durante a fase da adolescência tende a receber maior atenção por parte da família e da escola, quando comparada à infância, onde há uma lacuna ainda maior ao abordar a temática (Fernandes et al., 2014). Ainda que de forma incipiente, a preocupação com a puberdade e as mudanças corporais nos adolescentes estimulam que ocorra o diálogo sobre sexualidade, seja por meio de conversas em famílias, ou nas aulas de biologia estudando sobre o corpo humano por meio de um olhar biológico. Oliveira e Muzzeti (2020) destacam que é preciso estar atento desde a infância para trabalhar com as crianças, ainda na educação infantil, questões relacionadas à sexualidade de acordo com sua faixa etária e grau de compreensão, sendo necessário desconstruir o estigma da criança como “ingênua” e “angelical”, entendendo que são seres ativos e que estão em constante aprendizado e constituição de identidade, para que desta forma assuntos relacionados à sexualidade possam ser abordados de maneira adequada.

No Brasil, o documento Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil (RCNEI) funciona como um guia de caráter direcional, e não obrigatório, para as práticas educativas a serem empregadas na educação infantil (Brasil, 1998). Desde a RCNEI (volume 2) a promoção e discussão da educação sexual aparece como importante para o

desenvolvimento e aprendizagem da criança na escola, uma vez que a sexualidade está presente desde o nascimento. Portanto, estimula-se que assuntos relacionados a gênero e sexualidade sejam debatidos e conversados em sala de aula desde a mais tenra idade, uma vez que esta se manifesta na infância, na adolescência, na vida adulta e na terceira idade. De acordo com a Secretaria de Estado de Educação do Paraná (2009) esperar para abordar a temática da sexualidade somente na adolescência, reflete uma visão pedagógica restrita e baseada na crença de que a “iniciação sexual” só é possível a partir da puberdade. Desta forma, a escola parece estar obsoleta em relação ao ensino e promoção do debate sobre sexualidade, desconsiderando a potencialidade de crianças e jovens desempenharem comportamentos adequados por intermédio de informação autêntica e prévia e não a partir de desconhecimento e desinformação.

Com base na RCNEI, Villa e Prado (2020) destacam o plano de Matriz Curricular da Educação Infantil de um município de Minas Gerais que visa nortear as práticas pedagógicas de professores da Educação Infantil com intuito de promover a educação sexual entre crianças da rede municipal que podem ser ampliadas, e servir como base para outros estados, considerando suas particularidades culturais, conforme demonstra a Tabela 1.

Tabela 1: *Educação Sexual nas Matrizes Curriculares da Educação Infantil*

Matriz curricular	Eixo de trabalho	Direito de aprendizagem
Classe de 0 a 3 anos	Conhecimento de mundo	Falar sobre o dia a dia da família: o que gostam de fazer, onde passeiam, quem leva criança para a escola, o que fazem quando descansam, dentre outras ações; Iniciar o processo de compreensão de como se organizam as pessoas dentro dos contextos familiar e escolar, identificando graus de parentescos das pessoas mais próximas; Associar as partes do corpo às ações desenvolvidas por elas: a boca para comer, as mãos para pegar, as pernas para andar etc.

Matriz curricular	Eixo de trabalho	Direito de aprendizagem
Classe de 0 a 3 anos	Movimento	Compartilhar descobertas corporais feitas a partir da observação no espelho
Classe de 0 a 3 anos	Identidade e autonomia	Perceber como seu corpo é constituído: suas partes, alguns órgãos e membros mais visíveis e/ou concretos; Interessar-se em desprender-se das fraldas, para utilizar o penico ou o vaso sanitário.
Classe de 4 anos	Identidade e autonomia	Perceber que homens e mulheres têm os mesmos direitos e deveres, em relação ao trabalho, ao lazer ,à educação e desenvolver atitude de repúdio a qualquer tipo de discriminação.
Classe de 4 anos	Movimento	Aprender a usar o corpo como meio de comunicação, expressão artística e relacionamento interpessoal.
Classe de 4 e 5 anos	Natureza e sociedade	Observar como se organizavam os grupos sociais no passado e como se organizam no presente, em relação aos arranjos familiares, ao sustento familiar, à educação, ao lazer etc. Reconhecer-se em um corpo e identificar as partes que compõem o seu corpo; representando o corpo de diversas formas: desenho, modelagem etc. Relacionar os cuidados que devemos ter em relação ao nosso corpo.
Classe de 4 e 5 anos	Identidade e autonomia	Participar igualmente em brincadeiras tidas como de meninos ou de meninas e desenvolver atitude de repúdio às iniciativas homofóbicas.

Nota. Tabela reproduzida de “Formação continuada em educação sexual para docentes de Educação Infantil”, de Villa e Prado (2020).

Percebe-se que os direitos de aprendizagem expostos na Tabela 1 representam avanço para a Educação Infantil e demonstram como o tema pode ser abordado nas escolas junto aos estudantes mais novos, uma vez que a temática tende a ser desconsiderada nesse nível de ensino, sendo o foco maior na adolescência e anos escolares posteriores. Trabalhar a educação sexual com crianças e adolescentes no cenário brasileiro pode constituir um obstáculo a ser enfrentado, especialmente quando pretende-se discutir a questão fora do âmbito familiar, uma vez que, em alguns momentos, é disseminado que falar sobre sexualidade é sinônimo de estimular a prática sexual entre crianças (Lange, 2022). Ademais, o foco é o conhecimento do próprio corpo -, que envolve a reflexão e o debate sobre a privacidade, a autoproteção e o consentimento.

Considerando que a saúde plena depende também de um desenvolvimento saudável da sexualidade e sendo a saúde um direito de todas as crianças e adolescentes garantido pelo Estatuto da Criança e Adolescente (Brasil, 1991), privar um jovem de desenvolver sua sexualidade e do acesso à informação, é violar seu direito, colocando em risco a sua saúde e qualidade de vida. Portanto é possível considerar que este direito vem sendo violado e negado deliberadamente pelas instâncias públicas e por falta de informação e capacitação de profissionais e familiares ao não abordarem a temática com as crianças e adolescentes, especialmente aqueles que possuem alguma deficiência ou transtorno.

A educação sexual para o público infantojuvenil de acordo com Braga (2002) e Lange (2022), apresenta diversos benefícios, sendo apontada como necessária e capaz de trabalhar inúmeras questões, tais como: proporcionar a crianças e adolescentes compreensão da sexualidade de acordo com a etapa de desenvolvimento; debates sobre igualdade de gênero entre homens e mulheres; discussão sobre liberdade e diversidade sexual respeitando a pluralidade; estimular o senso crítico frente a cultura erotizada divulgada pela mídia; e aprender sobre aspectos do desenvolvimento sexual, entendendo os principais marcos do crescimento em cada fase da vida, além da prevenção e do combate à violência sexual, que será o foco da temática para o presente estudo.

Segundo a Lei nº 13.431 promulgada no dia 4 de abril de 2017, Art. 4º a violência sexual infantojuvenil é definida como: “conduta que constranja a criança/adolescente a praticar ou presenciar conjunção carnal ou qualquer outro ato libidinoso, inclusive exposição do corpo em foto ou vídeo por meio eletrônico ou não, que compreenda: abuso sexual, exploração sexual ou tráfico de pessoas” (Brasil, 2017, p. 1). A violência sexual é considerada uma questão de saúde pública e violação dos direitos humanos, afetando meninas e meninos. Segundo o Ministério da Saúde, entre os anos de 2011 e 2017 foram registrados 184.524 casos de violência sexual, sendo 141.105 casos contra crianças e adolescentes, o equivalente a 76,5% dos casos cometidos,

com maior número de notificações na região Sudeste (Brasil, 2018). Ainda segundo os dados fornecidos pelo Boletim Epidemiológico, o número de crianças e adolescentes com deficiência ou algum transtorno, vítimas de violência sexual corresponde à 7.810 casos, o equivalente à 10,4% (Brasil, 2018).

A criança e o adolescente quando mal informados estão mais suscetíveis ao aliciamento de adultos, sendo expostos a situações de risco e impedindo o desenvolvimento sadio da sexualidade (Yano & Ribeiro, 2011). Portanto, é importante que os familiares, profissionais de saúde e educação estejam atentos ao processo ensino-aprendizagem a fim de desenvolver práticas educativas que englobam as diferentes formas de aprendizado, adaptando a informação sempre que necessário (utilizando recursos lúdicos e inclusivos) e facilitando a compreensão da criança e do adolescente.

Como ressaltado por Pelisoli e Piccoloto (2010) a elaboração de programas visando a prevenção da violência sexual é de extrema importância para evitar a ocorrência de novos casos, a interrupção da violência em casos atuais e a prevenção da revitimização. Para as autoras as intervenções são divididas em três níveis: primário, secundário e terciário. As intervenções primárias são direcionadas aos profissionais, visando a prevenção, educação e informação das pessoas a respeito da violência. No nível secundário o foco é a identificação e a intervenção precoce. Por fim, no nível terciário a atenção recai nos serviços para tratamento e reabilitação (Pelisoli & Piccoloto, 2010).

Segundo Padilha (2007) a participação em programas com foco na prevenção tem se mostrado eficaz, atingindo seu objetivo à medida que os participantes têm adquirido conhecimento mais apurado sobre estratégias de prevenção, leis, rede de apoio e a importância de denunciar os casos, desenvolvendo um senso maior de autoproteção e uma diminuição na probabilidade de se expor aos chamados “fatores de risco”. Ainda segundo a autora, programas que executam o treinamento de habilidades de autoproteção, como assertividade, por exemplo, apresentam resultados mais satisfatórios, se comparados a programas que trabalham apenas conceitos teóricos abstratos sobre prevenção (Padilha, 2007).

De acordo com Del Prette e Del Prette (2010), o Treinamento em Habilidades Sociais (THS) pode ser definido como um conjunto de atividades planejadas que estruturam processos de aprendizagem, utilizando técnicas e recursos vivenciais como forma de promover a variabilidade de desempenho e competência social. Em vista disso, o THS constitui-se como um programa de intervenção promissor na prevenção do abuso sexual, uma vez que é possível trabalhar as habilidades necessárias para eficácia da intervenção. Segundo Padilha (2007), é imprescindível que programas de prevenção ao abuso ensinem a identificar comportamentos

abusivos, discutam as possibilidades de respostas frente a eventual ocorrência da violência e ensinem habilidades assertivas e de solução de problemas interpessoais.

Pelisoli e Piccoloto (2010) ressaltam a importância de programas que envolvam diferentes atores além da vítima na prevenção do abuso sexual infantil, destacando o papel que os pais, professores e outros profissionais podem desempenhar no combate à violência, interrompendo ciclos que poderiam durar anos. Programas que buscam intervir, por meio da psicoeducação, em diferentes esferas contra a violência sexual, visam integrar e fortalecer os esforços de múltiplas instâncias em direção a proteção da criança e adolescente.

A orientação familiar, seja com a finalidade de promoção, prevenção ou tratamento, é de extrema importância para o enfrentamento à violência sexual infantojuvenil (Quiterio et al., 2021). É essencial fornecer ferramentas aos familiares, tais como: acesso à informação e ao diálogo com profissional, compreensão das etapas do desenvolvimento infantil e de fatores protetivos contra a violência sexual, para que estes proporcionem um crescimento mais saudável da sexualidade de seus filhos, e conscientizá-los sobre práticas educativas sexuais, alertando sobre causas e consequências do abuso e incentivá-los a realizar denúncias precoces das agressões, reconhecendo as leis e órgãos a quais recorrer, visando a proteção da família, da criança e adolescente.

Segundo Meyer (2017), para uma orientação adequada aos familiares é importante capacitar profissionais de saúde, para que estes sejam capazes de acolher demandas sexuais, dando suporte à vítima e aos familiares, prevenindo casos de revitimização, além de saber reconhecer possíveis sinais indicativos de violência. Profissionais da educação são importantes aliados na identificação e na prevenção da violência sexual, principalmente se considerarmos o atual contexto brasileiro, no qual crianças e adolescentes passam maior parte do tempo em creches e escolas (Quiterio et al., 2021). É importante que os educadores estejam atentos aos sinais indicativos de violência e saibam intervir adequadamente junto aos alunos. Ademais, cuidadores e educadores são os principais responsáveis por informar e discutir questões relacionadas ao gênero e sexualidade, trabalhar conceitos sobre consentimento e auxiliar as crianças e adolescentes a identificarem fatores de risco e proteção frente a violência sexual. Cabe aos responsáveis tornar a discussão mais inclusiva, pensando em estratégias, e na utilização de recursos para disseminar as informações de forma adequada para crianças e adolescentes com alguma deficiência ou transtorno.

2.1 A sexualidade (in)visível: trazendo luz para educação sexual de crianças e adolescentes com deficiência tendo como foco a prevenção da violência sexual

Apesar da promoção de saúde sexual ser essencial para todos os sujeitos, as informações transmitidas para PcDs são normalmente limitadas às noções de funcionamento sexual básico e contracepção (Medina-Rico et al., 2017). Neste contexto, são verificadas diferenças expressivas em como a temática da sexualidade é abordada entre indivíduos com ou sem deficiência. Dois estigmas são frequentes ao abarcar a sexualidade de sujeitos com deficiência: podem ser considerados como assexuados, vistos como não tendo interesse em questões sexuais e percebidos como crianças inocentes; por outro lado, acredita-se que essa população possa agir de forma extremamente sexual e socialmente inadequada (Maia & Vilaça, 2020). Segundo os autores, tais mitos acerca da sexualidade contribuem para o preconceito sofrido pelos indivíduos com deficiência, principalmente no que concerne às medidas de prevenção e promoção associadas à educação sexual. Apesar dos estigmas descritos, PcDs exibem um desenvolvimento sexual similar àqueles sujeitos sem deficiência (Goli et al., 2022) e apresentam a sexualidade como um fator inerente da sua vivência (Maia & Vilaça, 2020).

Trabalhar a sexualidade com crianças e adolescentes sem deficiência na escola regular e na sociedade constitui-se uma tarefa complexa: Como pensar em abordar esta temática na infância e adolescência para sujeitos com deficiência em um contexto inclusivo e, ao mesmo tempo, cercado de estigmas, - como por exemplo: a infantilização dos indivíduos, atribuição de uma assexualidade compulsória ou em alguns casos uma hipersexualização exacerbada, além do discurso capacitista declarando pessoas com deficiência incapazes de encontrar parceiros e estabelecer vínculos? Segundo Ottoni e Maia (2019), estes estigmas contribuem para escassez de programas voltados para educação sexual privando PcDs de seus direitos e experiências sexuais, fornecendo informação insuficiente e contribuindo para vulnerabilidade à violência sexual deste grupo.

No que tange à educação e saúde sexual, sujeitos com deficiência apresentam oportunidades reduzidas para desenvolver e expressar sua sexualidade (Ailey et al., 2003). Uma pesquisa brasileira entrevistou 13 jovens e adultos com diagnóstico de DI que relataram a falta de acesso ao conhecimento acerca da saúde sexual. De acordo com estes participantes, as informações transmitidas relacionavam-se a evitação e recriminação da sexualidade, as orientações sobre uso de preservativos e o processo da menstruação (Vieira & Coelho, 2014). Ainda segundo as autoras, os participantes não conseguiam dimensionar a relação entre

afetividade e sexualidade, na qual entendiam a sexualidade restrita apenas à prática sexual, por meio de uma visão limitante e biológica. Em um estudo americano, conduzido por Cheak-Zamora et al. (2019), as entrevistas realizadas com um grupo de 27 adolescentes e jovens adultos revelaram a necessidade de obter informações no que tange às práticas sexuais quanto orientações em como agir em relacionamentos amorosos, dado que muitos dos participantes demonstraram interesse em ter parceiros românticos e construir as próprias famílias (Cheak-Zamora et al., 2019).

Ao discutir a sexualidade, a violência sexual se apresenta como um aspecto preocupante quando se discutem as fases do desenvolvimento da infância e adolescência, principalmente quando os indivíduos mais vulneráveis possuem uma deficiência. Um estudo recente conduzido com uma população de crianças americanas verificou que denúncias de maus tratos e de abuso sexual são mais frequentes para infantes com deficiências, principalmente para aqueles diagnosticados com DI ou que apresentam comorbidade com o TEA (McDonnell et al., 2019). Ademais, sujeitos com deficiência apresentam maior risco de serem abusados sexualmente por pessoas conhecidas, visto que podem não saber como reportar o abuso e/ou serem mal interpretados ao denunciarem o ato criminoso (Vadysinghe et al., 2017).

Considerando estes aspectos, a educação sexual destaca-se como uma importante estratégia para enfrentar situações de violência e aumentar o conhecimento dos jovens acerca da temática da sexualidade (Nóbrega et al., 2021). Os déficits cognitivos e comportamentais envolvidos com cada deficiência podem contribuir para a dificuldade em promover a saúde e educação sexual. Enquanto sujeitos com DI podem apresentar dificuldades em aprender habilidades sociais e entender abstrações, generalizações e metáforas, os indivíduos com TEA frequentemente demonstram resistência à mudança, respondem de forma socialmente inapropriada a estímulos sensoriais e possuem limitações nas habilidades sociais (Ailey et al., 2003). Ademais, relatos de masturbação compulsiva e fixação em referências sexuais são reportadas na literatura como causadas pela repetição comportamental vivenciada por pessoas com TEA (Stanojević et al., 2020). Assim sendo, tanto os sujeitos com TEA quanto aqueles com DI parecem possuir déficits relevantes nos seus repertórios de habilidades sociais. Tais características constituem potenciais fatores de risco e evidenciam a necessidade de participação em programas de educação sexual.

O conhecimento acerca da sexualidade pode ser adquirido em programas de intervenção em educação sexual planejados para PcDs. Estudos recentes têm focado exclusivamente ou incluído crianças e adolescentes com TEA e/ou DI como população-alvo de tais intervenções (Quesado et al., 2022; Schmidt et al., 2019; van den Toren et al., 2022; Villamayor, 2020). A

ênfase em populações de jovens pode ser justificada como uma forma de prevenção, dado que muitos indivíduos se beneficiariam do aumento do conhecimento acerca das relações sexuais e amorosas, higiene íntima, menstruação e abuso antes que tais situações tenham ocorrido (Breuner & Mattson, 2016).

Portanto, uma educação sexual apropriada para as diferentes fases do desenvolvimento humano é essencial para que as crianças e adolescentes com TEA e/ou DI tenham as informações necessárias para fazerem escolhas positivas, seguras e responsáveis. Apesar da importância de programas voltados para o aumento de conhecimento acerca da educação sexual, há diversas barreiras que afetam negativamente o aprendizado de PcDs, dentre elas: falta de informação e confiança de pais e profissionais da educação para abordar as temáticas da sexualidade, levando a sentimentos de ansiedade, preocupação e medo, além da percepção da sexualidade dos indivíduos com deficiência vista como diferente (Katz & Lazcano-Ponce, 2008; Treacy, et al., 2017). Desta forma, demonstra-se a necessidade de desenvolvimento de intervenções voltadas especificamente para populações com deficiência, expandindo-se para o treinamento de professores e para o incentivo de parcerias entre escolas e pais.

Neste sentido, ambos os cuidadores primários e profissionais que têm maior contato com os jovens com deficiência são essenciais para que a educação sexual possa ser promovida. A literatura ressalta o desenvolvimento de intervenções específicas e estudos de avaliação de percepções, de forma a enfatizar o papel dos pais (Chou et al., 2016; Stein et al., 2017) e dos profissionais das áreas da educação (Albuquerque & Almeida, 2010; Maia & Vilaça, 2020; Villamayor, 2020) e da saúde (Kürtüncü & Kurt, 2021; Tilahun et al., 2019) no aprimoramento dos próprios conhecimentos sobre a sexualidade, os quais transpassam para como os próprios jovens com deficiência lidam com suas questões sexuais.

Os cuidadores primários são usualmente considerados como as principais fontes de educação sexual para crianças e adolescentes com deficiência, visto que são os modelos mais influentes durante o desenvolvimento. Contudo, os pais podem ter medo de abordar a temática com os seus filhos, resultando em atos sexuais não desejáveis pelos cuidadores, negar da existência de desejos sexuais e ter estratégias ineficazes de comunicação (Goli et al., 2022). Ainda assim, um estudo realizado na Flórida, com a participação de 62 pais de crianças com DI, através de questionários *online* indicou o interesse dos cuidadores primários em participar de treinamentos sobre a sexualidade ministrados por profissionais especializados (Stein et al., 2017).

Apesar de estudos de intervenção que sejam conduzidos com pais, profissionais de saúde, educadores ou diretamente com crianças e adolescentes com TEA ou DI sejam

essenciais, a literatura apresenta lacunas no que concerne à percepção dos sujeitos citados acerca da sexualidade especificamente voltada para o contexto da deficiência. A análise das interpretações dos indivíduos pode corroborar para o desenvolvimento de intervenções ao apontar os tabus, influências culturais, normas sociais, dificuldades, competências e possibilidades associadas à saúde e educação sexual (Goli et al., 2022; Kürtüncü & Kurt, 2021; Vieira & Coelho, 2014). Portanto, enfatiza-se a necessidade do incentivo a pesquisas que avaliem as percepções sobre a sexualidade e/ou proponham programas de promoção da educação sexual para sujeitos jovens com TEA e/ou DI.

3. JUSTIFICATIVA

Pesquisas sobre “sexualidade” e “deficiência” vem ganhando maior atenção nos últimos anos, tornando-se assuntos que estão sendo cada vez mais discutidos, inclusive no senso comum. Entretanto, quando se pretende correlacionar os dois termos, é possível notar um apagamento da temática e considerável redução no número de estudos.

A falta de debates, estudos e principalmente políticas públicas que verse sobre a sexualidade de PcDs, pode estar relacionada ao preconceito e estigmas; como a suposição de que são pessoas incapazes, além de um pensamento limitado que associa a sexualidade apenas a prática sexual por meio de um olhar puramente biológico. A lacuna científica encontrada no presente estudo, na qual visa correlacionar a sexualidade com deficiência, são pouco inquiridas (Medina-Rico et al., 2017). Desse modo, torna-se cada vez mais inadiável a realização de ações que contribuam com essa discussão e colem informações sobre as práticas familiares e escolares relacionadas à educação sexual de crianças e adolescentes com deficiência.

Ailey et al. (2003), ressalta que sujeitos com deficiência apresentam menos oportunidades para desenvolver e expressar sua sexualidade. Entretanto, PcDs exibem um desenvolvimento sexual similar àqueles sujeitos sem deficiência, bem como apresentam a sexualidade como um fator inerente à sua vivência e parte constituinte da sua individualidade (Goli et al., 2022; Maia & Vilaça, 2020). Desta forma, faz-se necessário que estudos abordem a sexualidade de PcDs, visando a promoção do desenvolvimento sexual e ampliação do debate, permitindo a expressão da sexualidade de forma saudável a todos os sujeitos.

Cheak-Zamora et al. (2019) conduziram um estudo com um grupo de 27 jovens com deficiência que revelou a necessidade de obter informações a respeito de práticas sexuais e orientações em relacionamentos amorosos, uma vez que 70,37% dos participantes demonstraram interesse em ter parceiros românticos e construir as próprias famílias, mas admitiram não possuir conhecimento a respeito de aspectos fisiológicos, culturais e sociais para construção de tal desejo. Portanto, mais uma vez justifica-se a importância de uma orientação e educação sexual adequada, ainda na infância e adolescência de jovens com deficiência, para que estes possam ter as mesmas oportunidades de expressar sua sexualidade, contribuindo para os aspectos emocionais e atuando como um fator de proteção à violência sexual e práticas sexuais inadequadas.

Ao falar a respeito de orientação educacional, é possível pensar no papel que as famílias desempenham ao abordar a sexualidade. Em sua maioria, familiares de PcDs apresentam dificuldades para lidar com seus filhos; seja pela falta de informação e confiança, preocupações

e medos, ou porque não sabem como proceder diante de um comportamento sexual inadequado, ou sequer, como introduzir a temática. Os exemplos citados são alguns fatores que contribuem para a desinformação e perpetuação de concepções que dificultam ainda mais o acesso de PcDs à orientação adequada (Treacy et al., 2017).

Considerando a importância das famílias neste processo, o presente trabalho visa identificar a percepção de familiares sobre a sexualidade e a educação sexual de crianças e adolescentes com DI e TEA. Além da coleta de informações, propõe-se que no decorrer das discussões e trocas de vivências entre familiares e pesquisador no Grupo Focal (GF), a temática da educação sexual seja inserida e implementada, para que as famílias possam analisar suas práticas e seus pensamentos a partir do debate em grupo. Nesses encontros, os familiares poderão discutir sobre dúvidas a respeito da sexualidade, trocar experiências e informações pessoais a fim de que possam abordar o tema de forma mais natural possível e orientados com informações adequadas, baseadas na ciência.

É possível ressaltar a importância de proporcionar encontros entre profissionais e pais, uma vez que a orientação familiar e discussões em grupo são meios eficientes para a compreensão do contexto e das realidades sociais das famílias, fornecendo informações essenciais para a avaliação e o tipo de abordagem que deve ser feita com familiares e seus filhos (Cruz et al., 2022). Uma discussão que visa compreender e debater a educação sexual de jovens com deficiência com seus cuidadores pode apoiar o manejo destes familiares ao encarar a construção da sexualidade de seus filhos, auxiliando na comunicação, no desenvolvimento de habilidades sociais e reduzindo comportamentos inadequados, prevenindo a violência sexual (Pinheiro, 2022).

Desta forma, frente a (I) lacuna indicada pela literatura, principalmente em âmbito nacional, e a (II) demanda por parte das famílias por espaços de orientações e discussão sobre sexualidade de crianças e adolescentes com TEA e/ou DI, uma vez que são deficiências mais invisibilizadas e apontadas como mais difíceis de se abordar a temática (Maia & Vilaça, 2020), surge esta pesquisa. Busca-se promover espaços de debates, levando a reflexão de cuidadores sobre a educação sexual de jovens com deficiência por meio da estratégia do GF.

Na literatura observa-se a importância das famílias na educação sexual de seus filhos e de espaços que promovam a discussão em grupos (Albuquerque & Almeida, 2010; Corona et al., 2015; Gürol et al., 2014; Hanass-Hancock et al., 2018; Pugliese et al., 2020). Entretanto, não observou-se nenhuma representatividade em investigações nacionais que abordassem a temática com os familiares, fazendo deste estudo, de acordo com a revisão de literatura, algo inovador em contexto brasileiro. Por fim, cabe ressaltar a relevância social desempenhada pelo

presente estudo, uma vez que estimular a educação e promoção sexual de crianças e adolescentes com deficiência, reduz sua vulnerabilidade a violência sexual, tornando-os capazes de identificar possíveis situações de abuso, denunciá-las e buscar ajuda (Nóbrega et al., 2021; Quesado et al., 2022; Schmidt et al., 2019; van den Toren et al., 2022; Villamayor, 2020; Breuner & Mattson, 2016). Considerando todos esses aspectos, destaca-se a necessidade de pesquisas que preencham essa lacuna e que conscientizem e instrumentalizem os familiares sobre a relevância da educação sexual como forma de prevenção e promoção da saúde mental de PcDs.

4 PERGUNTAS DE PESQUISA, OBJETIVOS E HIPÓTESES

4.1 Perguntas de Pesquisa

- (1) Existem estudos de avaliação e/ou programas de intervenção com foco na educação sexual para crianças e adolescentes com DI e TEA a nível nacional e internacional?
- (2) Como são as percepções dos familiares sobre a educação sexual dos/as filhos/as com DI e TEA?
- (3) Familiares de crianças e adolescentes com DI e TEA manifestam necessidades de orientação em relação à educação sexual dos/as filhos/as?

4.2 Objetivos

4.2.1 Geral

Identificar a percepção de familiares sobre a sexualidade e a educação sexual de crianças e adolescentes com DI e TEA.

4.2.2 Específicos

- (1) Investigar, por meio de uma revisão sistemática de literatura, estudos de avaliação e intervenção com foco na educação sexual ou na prevenção sexual para cuidadores (familiares e profissionais de saúde e educação) e crianças e adolescentes com DI e TEA.
- (2) Coletar informações sobre a educação sexual de crianças e adolescentes com DI e TEA, tendo os familiares como informantes por meio de uma entrevista.
- (3) Identificar as percepções e necessidades em relação à educação sexual e prevenção da violência sexual para crianças e adolescentes com DI e TEA por meio de grupo focal.

4.3 Hipóteses

H1: Há poucos estudos, em contexto nacional, de avaliação e intervenção sobre a temática da educação sexual ou prevenção sexual voltados para cuidadores (familiares e profissionais de saúde e educação) de crianças e adolescentes com DI e TEA.

H2: Familiares de crianças e adolescentes com DI e TEA têm um baixo repertório a respeito da

sexualidade e percepções infantilizadas acerca da temática da educação ou prevenção sexual.

H3: Há necessidade de orientação sobre educação e/ou prevenção sexual para familiares de crianças e adolescentes com DI e TEA.

5 MÉTODO

O presente estudo apresenta uma pesquisa bibliográfica, na qual foi realizada uma revisão sistemática da literatura, utilizando o protocolo PRISMA (Page et al., 2020); e um estudo de campo, com abordagem qualitativo-quantitativa, cujo a intenção é compreender e possibilitar dois olhares diferentes e complementares, propiciando uma visualização ampla da questão investigada (Creswell & Clark, 2007). A pesquisa conta com uma amostra desenhada por conveniência, na qual foram realizadas entrevistas individuais, e o grupo focal, como técnicas de coleta de dados (Pátaro & Calsa, 2020), para levantamento de necessidades em relação à educação sexual e medidas de avaliação.

5.1 Revisão Sistemática da Literatura³

Para Galvão e Ricarte (2019) revisar a literatura é atividade essencial no desenvolvimento de trabalhos acadêmicos e científicos, No entanto, “revisão de literatura” é um termo genérico, que compreende todos os trabalhos publicados e que oferecem um exame da literatura abrangendo assuntos específicos. Ainda segundo os autores a revisão sistemática de literatura vai muito além disso, sendo vista como uma modalidade de pesquisa, que segue protocolos específicos, e que busca entender e dar alguma logicidade a um grande corpus documental, especialmente, verificando o que funciona e o que não funciona num dado contexto (Galvão & Ricarte, 2019).

Uma revisão sistemática de literatura acerca das práticas de educação sexual voltadas para crianças e adolescentes com TEA ou DI possibilita uma sistematização de evidências científicas sobre a temática e pode contribuir para a promoção do conhecimento acerca da sexualidade, prevenção de abuso sexual e desenvolvimento de programas de intervenção com ênfase na educação sexual para o público mencionado. Para tanto, propõe-se a seleção de estudos tanto de avaliação quanto de intervenção, com delineamentos quantitativos e/ou qualitativos do tipo transversal e/ou longitudinal, que tenham sido conduzidos diretamente com crianças ou adolescentes com TEA ou DI ou que envolvam cuidadores primários ou profissionais de saúde ou de educação que tenham contato frequente com a população delimitada.

³ A presente revisão sistemática de literatura está sendo submetida para revista *Trends in Psychology*.

A presente revisão baseou-se na busca de estudos que cumprissem os critérios estabelecidos pela estratégia PICOS (ver Tabela 2), de forma a elaborar uma questão de pesquisa estruturada para aprimorar o processo de busca de artigos (Eriksen & Frandsen, 2018). De acordo com os autores, a estratégia PICOS é um acrônimo, na qual cada letra representa um item necessário para descrever todos os componentes relacionados ao problema identificado e estruturar a pergunta de pesquisa. A PICOS estabelece passos necessários para construção da pergunta de pesquisa: (1) identificar o público alvo do estudo; (2) identificar o tipo de estudo; (3) identificar a comparação, para avaliar o efeito de uma intervenção por exemplo; (4) o que será avaliado como resultado e (5) o tipo de delineamento de cada estudo a ser investigado.

Em acréscimo, não foram estabelecidos limites temporais para a consideração de estudos a serem selecionados a fim que a temática da educação sexual para jovens com TEA ou DI fosse amplamente abarcada. Contudo, apenas pesquisas publicadas em periódicos científicos foram classificadas como elegíveis para seleção.

Tabela 2

Critério PICOS

Acrônimo	Definição	Aplicação do critério no presente estudo
P	População	Crianças ou adolescentes com diagnóstico de TEA ou DI, pais ou profissionais de saúde ou educação que tenham contato com jovens com as citadas deficiências.
I	Intervenção	Programas de intervenção e/ou avaliação voltados para a educação sexual.
C	Controle	Grupos não expostos a programas de intervenção ou participantes de intervenções não específicas para a educação sexual. No caso dos estudos voltados apenas para avaliação da educação sexual, os critérios de controle não são aplicáveis.

Acrônimo	Definição	Aplicação do critério no presente estudo
O	Desfecho	Avaliação das perspectivas dos participantes quanto à educação sexual.
S	Tipo de estudo	Estudos empíricos com delineamentos quantitativos e/ou qualitativos, de caráter transversal ou longitudinal.

Nota. PICOS = Participants, Intervention, Control, Outcomes, and Study designs.

Os critérios de elegibilidade de pesquisas foram: terem sido redigidos nos idiomas português, inglês ou espanhol; consistirem em estudos empíricos e originais; conterem revisão realizada por pares; e apresentarem resumo e artigo completo disponível. Ademais, os artigos deviam abarcar um programa de intervenção ou análise de avaliação da educação sexual específica para jovens com TEA ou DI. Finalmente, definiu-se que as pesquisas compreendessem amostras de crianças ou adolescentes, entre três e 19 anos, com diagnóstico de TEA ou DI ou abrangessem cuidadores primários, profissionais da saúde ou educação que tenham envolvimento direto com crianças ou adolescentes nesta faixa etária e com estes diagnósticos. A faixa etária proposta segue as recomendações da Organização Mundial da Saúde para a classificação de idade para crianças e adolescentes (OMS, 2014).

Dentre os critérios de exclusão, destacam-se os estudos caracterizados como intervenções farmacológicas, literatura cinzenta (livros, teses, dissertações, cartilhas, resumos), estudos não empíricos (pesquisas teóricas, revisões e meta-análises) e artigos psicométricos específicos para a validação de instrumentos. Finalmente, foram excluídas pesquisas que analisam as PcDs enquanto no papel de abusadores sexuais e os estudos relacionados a esta população em âmbito jurídico, por não compor o foco da pesquisa.

A revisão sistemática foi realizada após registro na plataforma PROSPERO (*International prospective register of systematic reviews*) de número de registro CRD42022362789. As buscas foram realizadas no mês de setembro de 2022 por dois juízes independentes, com avaliação às cegas. Foram utilizadas sete bases de dados para a consulta da literatura, a saber: SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Periódicos Capes, Web of Science, PubMed, DOAJ (*Directory of Open Access Journals*) e PsycINFO. Realizaram-se buscas no idioma inglês em todas as bases de dados

citadas, enquanto pesquisas em português foram apenas conduzidas nas plataformas SciELO, BVS e Periódicos Capes, as quais apresentam maior quantidade de estudos indexados nacionais. A busca final de artigos data do dia 28 de setembro de 2022.

As combinações de palavras-chave usadas nas pesquisas foram os descritores e operadores booleanos: ("intellectual disability" OR autism) AND ("sex education" OR "sexual prevention") AND (promotion OR intervention), na língua inglesa; e ("deficiência intelectual" OR autismo) AND ("educação sexual" OR "prevenção sexual") AND (promoção OR intervenção), em português. Quando possível, aplicou-se o filtro para apresentar apenas os estudos revisados por pares.

A identificação e seleção de artigos foi realizada por dois juízes independentes. Discordâncias foram decididas através da contabilização de um terceiro juiz especialista na temática analisada. A avaliação inicial consistiu no exame dos títulos e resumos dos estudos, de forma a seguir para a análise de elegibilidade. Assim, as pesquisas envolvidas no estudo de elegibilidade foram lidas integralmente para potencialmente serem incluídas na seleção final de estudos. O coeficiente Kappa foi calculado, utilizando o *software* JAMOVI (Versão 2.3, 2022) para avaliar a concordância entre os juízes acerca da triagem dos resumos. O coeficiente Kappa é calculado com cada avaliador classificando N itens em C categorias mutuamente exclusivas, afim de calcular a confiabilidade entre dois avaliadores que estão julgando a mesma coisa, corrigida pela frequência com que os avaliadores podem concordar por acaso (valor Kappa = 0,73, $p < 0,001$, contabilizando 88,4% das decisões tomadas pelos dois jurados) e para as avaliações quanto à elegibilidade dos artigos completos (valor Kappa = 0,65, $p < 0,001$, contabilizando 82,5% das decisões tomadas pelos dois juízes). Em ambas as análises, o nível de concordância foi substancial (Landis & Koch, 1977).

A extração dos principais dados oriundos dos artigos selecionados foi realizada por dois juízes independentes. O terceiro jurado foi acionado em caso de divergências acerca das informações extraídas. Foram compiladas as principais características dos estudos selecionados referentes aos autores, local de condução da pesquisa, tipo de estudo conduzido, grupo de participantes alvo da pesquisa, instrumentos de mensuração do conhecimento acerca da educação sexual, principais desfechos e limitações.

Além disto, os estudos selecionados foram analisados de acordo com o risco de viés. As pesquisas de caráter qualitativo foram classificadas a partir do *Standards for reporting qualitative research* (O'Brien et al., 2014) cujo instrumento conta com uma lista de 21 itens considerados essenciais para relatórios completos e transparentes de pesquisas qualitativas, divididos em avaliar o título e resumo do artigo; formulação do problema e questão de pesquisa;

desenho da pesquisa e métodos de coleta e análise de dados; resultados, interpretação, discussão e integração; e outras informações. A *Newcastle-Ottawa Quality Assessment Scale* (Wells et al., 2013) é uma colaboração entre as Universidades de Newcastle (Austrália) e Ottawa (Canadá) e foi desenvolvida para avaliar a qualidade dos estudos não randomizados, avaliados em três grandes perspectivas: a seleção dos grupos de estudo; a comparabilidade dos grupos; e o desfecho de interesse, na qual foi utilizada para avaliar os estudos quantitativos de intervenção. As pesquisas quantitativas do tipo avaliação ou levantamento foram analisadas através do *Risk of Bias Utilized for Surveys Tool* (ROBUST; Nudelman & Otto, 2020) uma escala que contém oito itens de verificação para codificar critérios de qualidade, como a aceitabilidade das taxas de exclusão ou a suficiência do tamanho da amostra para estudos primários, usadas em meta-análises. As medidas de análise de viés foram preenchidas por dois juízes independentes. As avaliações foram realizadas a nível dos resultados. Não foram verificados conflitos de interesses ou viés de fontes de financiamento.

5.2 Percepção dos familiares sobre sexualidade e educação sexual

A seguir apresentam-se as entrevistas e o grupo focal, como técnicas de coleta de dados, para levantamento de necessidades em relação à educação sexual com a finalidade de identificar a percepção dos familiares a respeito de sexualidade e educação sexual.

5.2.1 Local da pesquisa

Participaram da pesquisa familiares de crianças e adolescentes com DI e TEA atendidos pela equipe de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE). A pesquisa surgiu da parceria do Laboratório de Pesquisas em Desenvolvimento Socioemocional, Inclusão e Habilidades Sociais (LADIS) com o hospital. Em 2019, realizou-se uma intervenção com foco nas habilidades sociais com 20 crianças e adolescentes com autismo, sendo distribuídas por conveniência, em dois grupos: Grupo Intervenção (n=10) e Grupo Controle (n=10). A partir desse contato inicial e vínculo estabelecido, a chefia do setor de Neuropediatria, após a pandemia de Covid-19 - doença respiratória causada pelo agente SARS-CoV-2 (Franco Adriano et al., 2020), restabeleceu o contato com a coordenadora do LADIS, indicou o laboratório para a chefia do setor Psiquiatria da Infância e Adolescência com o intuito de ampliar as parcerias entre os setores e o grupo de pesquisa.

5.2.2 Considerações éticas

A presente proposta de pesquisa foi apresentada à chefia da equipe de Psiquiatria da Infância e Adolescência do HUPE situado no Município do Rio de Janeiro que analisou e autorizou a realização da pesquisa com os familiares (Anexo A). Destaca-se que o presente estudo faz parte de uma pesquisa maior, coordenada pela orientadora, o mesmo foi submetido e aprovado, de acordo com o CAEE 41962820.5.3002.5282 e Parecer nº 4.606.734 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ. A presente pesquisa procurou, por meio de seus instrumentos e procedimentos, assegurar a integridade física e moral dos participantes, abrangendo os aspectos éticos considerados essenciais em pesquisas com seres humanos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Destaca-se que, devido ao contexto da pandemia, seguiu-se o documento do Ministério da Saúde de 24 de fevereiro de 2021: “Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual”. Todos os participantes assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, Apêndice A), e, assim, o pesquisador garante aos familiares inscritos a confidencialidade e o sigilo das informações coletadas por meio dos instrumentos.

5.3 **Participantes**

O passo inicial para formação do GF consistiu no convite aos familiares de crianças e adolescentes com DI e TEA. Como critério de inclusão, somente participaram do GF e das entrevistas os familiares de pacientes atendidos pelo setor de Psiquiatria da Infância e Adolescência do HUPE. A médica responsável enviou a lista com o contato telefônico de todos os pacientes atendidos por este setor do HUPE.

A equipe de Psiquiatria da Infância e Adolescência atende cerca de 60 famílias e todas foram convidadas a participarem do estudo. Inicialmente foi realizado o contato com os familiares para apresentar o estudo, convidá-los a participar e indagá-los a respeito da disponibilidade do melhor dia da semana e horário para realização dos encontros e a preferência para preencher os instrumentos e realizar a entrevista (no formato presencial ou *online* - todos preferiram a modalidade virtual). Após esta primeira rodada, 27 pessoas demonstraram interesse em participar da pesquisa. No segundo momento, após ter sido realizado um levantamento com todos os familiares, foram definidos os dias dos encontros e uma nova rodada de ligações foi feita para informar o dia dos grupos e agendar a entrevista *online*. Após o retorno

para as famílias com as datas dos encontros definidas, 14 pessoas responderam que poderiam participar e foram agendadas as entrevistas.

Por fim, dos 14 participantes agendados, nove apareceram no dia marcado para realização da entrevista, sendo o número final para compor o presente estudo (n=9), divididos em familiares de crianças (n= 4) e adolescentes (n= 5). O estudo foi composto por nove integrantes, com idades entre 27 e 53 anos (M= 39,78; DP= 7,85), sendo todas do sexo feminino (100%), apesar de não haver nenhuma restrição quanto ao gênero dos participantes; a maioria composta por mulheres solteiras (n= 6; 66,67%), que se autodeclararam negra (n= 6; 66,67%), classificadas de acordo com Critério Brasil no estrato sócio econômico “C” (55,56%). A idade dos filhos variou entre seis e 17 anos (M=12; DP= 4,37). A Tabela 3 apresenta a caracterização completa dos participantes do presente estudo.

Tabela 3

Caracterização Demográfica dos Participantes

Variáveis	μ	σ
Familiares		
Idade	39,78	7,85
Sexo		
Feminino	9	100%
Masculino	0	0%
Cor da pele		
Amarelo/indígena	0	0%
Branca	3	33,33%
Parda	2	22,22%
Negra	4	44,45%
Estado civil		
Casado(a)	1	11,11%

Variáveis	μ	σ
Mora junto	1	11,11%
Separado(a)/Divorciado(a)	1	11,11%
Solteiro(a)	6	66,67%
União estável	0	0%
Viúva	0	0%
Critério Brasil		
A	0	0%
B1	0	0%
B2	1	11,11%
C1	2	22,22%
C2	3	33,33%
D-E	3	33,34%
Filhos/as*		
Idade	12	4,37
Sexo		
Feminino	2	20%
Masculino	8	80%

Nota. Classificação seguindo questionário Critério Brasil, da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2016).

* Uma das mães respondeu sobre um casal de filhos (uma com DI e o outro com TEA).

5.4. Instrumentos

5.4.1 Formulário de Identificação Familiar/Filho(a) (Apêndice B).

Instrumento elaborado para esse estudo que visa compilar dados relacionados aos familiares participantes do GF. A ficha de inscrição reúne informações pessoais como nome completo do/a familiar, nome do/a filho/a e grau de escolaridade de ambos. Ademais, apresenta um item relacionado a preferência por turnos e dias da semana para participação no GF. O instrumento foi preenchido *online* por meio do seguinte *link*: <https://forms.gle/NzvAS2Z8gZZ2krER6>

5.4.2. Critério Brasil (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2016).

É um critério de classificação sócio econômica que tem como objetivo estimar o potencial de compra das famílias e segmentar o mercado em classes econômicas (estratos sociais). Contudo, esse critério não pretende dividir a sociedade em classes sociais. Por isso tem-se o cuidado de classificar as famílias em estratos sociais e não em classes sociais. O instrumento foi preenchido através do seguinte *link*: <https://forms.gle/2kKWG7n6XkCBnKZm7>

5.4.3. Entrevista com familiares: “Conversando sobre aquilo que não se conversa” (Apêndice C)

Instrumento elaborado para esse estudo que visa coletar informações sobre a educação sexual e prevenção sexual de crianças e adolescentes com DI e TEA, tendo os familiares como informantes. O instrumento elaborado para a presente pesquisa passou por duas juízas da área de Psicologia. A primeira juíza disse que as perguntas estavam claras e não fez nenhuma sugestão. A segunda juíza sugeriu acrescentar uma pergunta: "Se já conversou com seu filho, quantos anos a criança tinha quando abordaram o assunto? Se não conversou, com que idade você acha que esse tema deve ser introduzido?" e propôs acrescentar exemplos na pergunta referente aos aspectos sexuais negativos, para que o item não ficasse somente atrelado a violência sexual. As modificações sugeridas foram consideradas pertinentes e acrescentadas ao questionário, visando ampliar a identificação da percepção dos familiares sobre o tema. Após as considerações acrescentadas a entrevista passou a possuir 12 itens, sendo seis perguntas (1, 2, 4, 5, 11 e 12) elaboradas pelo mestrando e orientadora e as demais perguntas (3, 6, 7, 8, 9 e 10) adaptadas do questionário “*Pre-post questionnaire items about sexuality attitudes and competence for teaching*” utilizado no estudo de Rooks-Ellis et al. (2020). O questionário

utilizado como base é composto por 31 itens e tem como objetivo descrever o comportamento do ensino sobre temas relacionados à sexualidade. A entrevista foi respondida pelos familiares via videoconferência, foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas na íntegra.

5.4.4. Roteiro semiestruturado para o grupo focal (Apêndice D).

Roteiro criado para este estudo, com a intenção de coletar as percepções, sentimentos, emoções e práticas educativas de familiares a respeito da sexualidade de seus filhos. O roteiro é fruto de leituras e discussões entre orientadora/mestrando, composto por duas partes. A primeira tem a apresentação do facilitador e observadora-participante, questões éticas, dinâmica de integração e apresentação do funcionamento dos Grupos Focais. Na segunda parte, ocorre a apresentação das questões norteadoras com foco na investigação dos temas centrais a respeito da sexualidade de seus/suas filhos/as e os desafios de abordar o tema com os jovens. Ao final, realizou-se um fechamento dos tópicos abordados e agradecimento pela participação.

5.4.5. Impacto Imediato da Sessão.

É um questionário desenvolvido por Murta (2008) para investigar, dentre outros aspectos, a satisfação do participante com a sessão, a integridade e fidelidade com o tratamento e as descobertas que foram feitas. O instrumento dispõe de uma lista de sentimentos, pensamentos e comportamentos positivos e negativos que podem surgir enquanto o grupo está em andamento, por exemplo, “Me senti com vontade de cuidar do meu bem-estar” e “Me senti tenso”. A avaliação é constituída por 23 itens distribuídos em uma escala *Likert* de três pontos, que varia de “Não aconteceu comigo” (1) a “Aconteceu bastante comigo” (3). O instrumento foi aplicado ao final do GF.

5.5. Procedimentos

5.5.1. Coleta de dados

A coleta de dados foi organizada conforme demonstra a Figura 2. O mestrando participou dos Projetos de Extensão coordenados pela orientadora, dos estágios de Grupo de Orientação Familiar supervisionados pela orientadora e do Curso em Grupos Focais no 6º Congresso Brasileiro de Psicologia entre os anos de 2017 e 2022. Inicialmente os pesquisadores

reuniram-se com a chefia da equipe de Psiquiatria da Infância e Adolescência do HUPE em janeiro de 2023. Nesta reunião, foram apresentados os objetivos e oferecida a proposta do GF com foco em educação sexual para familiares de crianças e adolescentes com DI e TEA. Ao final da reunião, o projeto foi aprovado pela chefia da equipe e acordou-se o envio do Termo de Autorização Institucional (TAI).

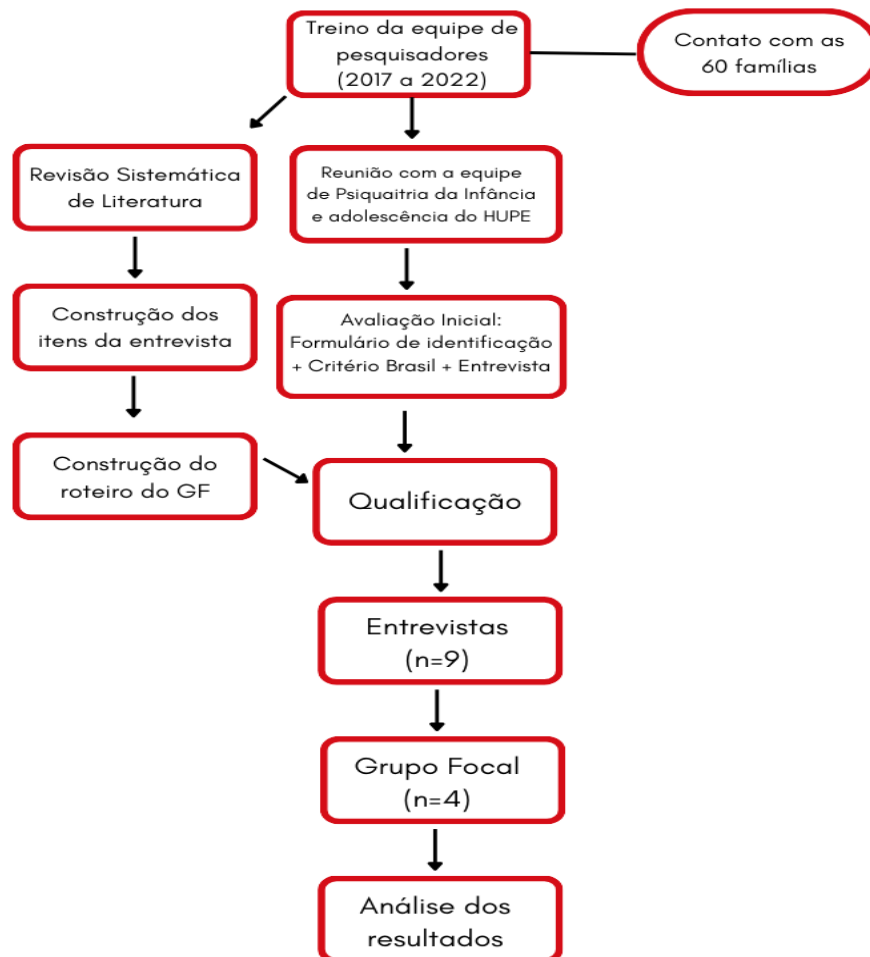
Com a aprovação da pesquisa pela equipe de Psiquiatria da Infância e Adolescência, foi realizado contato por ligação telefônica como primeira opção e via aplicativo *WhatsApp* como segunda opção com as famílias que constam na lista disponibilizada pela equipe. Após a concordância na participação no GF foram oferecidas as seguintes opções para resposta aos instrumentos: (1) presencial: primeiro assinar o TCLE, responder a entrevista e preencher o Critério Brasil e a Ficha de Inscrição, (2) remoto: envio da Ficha de inscrição e Critério Brasil pelo *google forms* via aplicativo *WhatsApp* ou por e-mail. Após o envio, foram agendadas e realizadas as entrevistas através de uma plataforma *online*. Todas as famílias optaram por responder os instrumentos e realizar a entrevista no formato virtual.

As nove entrevistas individuais ocorreram em uma plataforma virtual, após o preenchimento dos instrumentos, e foram realizadas entre pesquisador/familiar, gravadas com autorização de cada participante, além da autorização preenchida no formulário inicial, e posteriormente foram transcritas para análise de dados. As entrevistas contaram com duração aproximada entre 20 e 40 minutos, e as participantes responderam o instrumento “Conversando sobre aquilo que não se conversa” (ver Apêndice C). De acordo com Guazi (2021) as entrevistas podem ser utilizadas tanto como estratégia metodológica única, quanto estratégia de apoio, e podem ser empregadas visando identificar os sentimentos, pensamentos, opiniões, crenças, valores, percepções e atitudes do entrevistado em relação a um ou mais fenômenos.

Após a realização das entrevistas, foi realizado um GF conduzido pelo pesquisador e observadora participante, de familiares de crianças (n=4), com duração aproximada de 2 horas. As nove participantes das entrevistas foram convidadas, mas apesar da confirmação via aplicativo, somente quatro compareceram ao GF. Os grupos focais atuam como um método de pesquisa qualitativa que consiste na realização de grupos de discussão que proporcionam o surgimento de dados a partir da interação entre os participantes. A técnica permite o debate de diferentes perspectivas e processos emocionais, sendo possível apreender crenças e percepções dos participantes e identificar como se sentem, pensam e agem diante de determinado tema (Barbour, 2009). A partir disso, é possível afirmar que a análise de um GF ocorre por meio da fala que emerge no grupo e não apenas das respostas individuais de cada um dos integrantes (Abreu et al., 2009), ainda que um dos temas seja levantando apenas por um participante, poderá

tornar-se um aspecto importante a ser analisado, desde que haja um impacto nos demais membros do grupo.

Figura 2 Esquema – desenho lógico do estudo



O facilitador (mestrando responsável pela pesquisa) e uma co-facilitadora (bolsista do grupo de pesquisa) conduziram o grupo, cujo roteiro foi elaborado e discutido entre a orientadora e o aluno. A co-facilitadora teve a função de coletar, por meio da observação, conceitos, sentimentos, comportamentos e necessidades em relação à temática da educação sexual e prevenção sexual para crianças e adolescentes com DI e TEA.

O planejamento do GF focou em dois pontos principais – a revisão de literatura que evidenciou a necessidade de espaços de trocas de experiências e orientação sobre educação sexual – práticas necessárias e importantes para prevenção da violência sexual (Breuner &

Mattson, 2016; Nóbrega et al., 2021; Quesado et al., 2022; Schmidt et al., 2019; van den Toren et al., 2022; Villamayor, 2020), e na análise dos temas identificados para planejamento e implementação de futuros programas de educação sexual. Desse modo, com base na revisão sistemática de literatura, na avaliação das necessidades e na experiência do mestrando como psicólogo clínico e nos projetos de Extensão conduzidos pela orientadora elaborou-se a proposta do GF com foco na educação sexual para familiares de crianças e adolescentes com DI e TEA.

5.5.2. Análise de dados

O GF foi gravado, com consentimento dos participantes e analisado pelos pesquisadores. Os dados dos instrumentos: (a) Formulário de Identificação, (b) Critério Brasil e (c) Impacto Imediato da Sessão foram analisados por meio de estatística descritiva. Todas as análises estatísticas foram feitas usando o software JAMOV (Versão 2.3, 2022). O *software* JAMOV, é gratuito e fornece um conjunto completo de análises para todas as áreas. Apresenta o “modo de sintaxe” do JAMOV, onde a sintaxe R subjacente para cada análise é disponibilizada (R Core Team, 2021).

Primeiramente, as respostas objetivas do instrumento “Entrevista com familiares: Conversando sobre aquilo que não se conversa” foram analisadas utilizando estatísticas descritivas no JAMOV. Posterior a isso, as respostas qualitativas foram transcritas na íntegra de maneira ordenada no aplicativo de texto “Bloco de Notas”, separados por entrevistas, e analisadas por meio do *software* Iramuteq® (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*). Trata-se de um *software* gratuito que permite analisar estatisticamente *corpus* de textos, visualizar e comparar formas linguísticas e características das palavras utilizadas. Desta forma, pode-se realizar um estudo qualitativo através da análise dos discursos que compõem o *corpus*, buscando representações ideológicas e socioculturais manifestos no léxico (Salviati, 2017).

O IRAMUTEQ permite diferentes formas de análises estatísticas sobre *corpus* textuais com diversas possibilidades de análises, tais como: estatísticas textuais clássicas; pesquisa de especificidades de grupos; Classificação Hierárquica Descendente (CHD); análises de similitude e nuvem de palavras. De acordo com Camargo e Justo (2013) o *software* supera a barreira dicotômica entre quantitativo e qualitativo na análise de dados, uma vez que possibilita a quantificação e o uso de cálculos estatísticos sobre variáveis essencialmente qualitativas (textos). Para análise das entrevistas foram realizadas estatísticas textuais clássicas, análise da

CHD pelo método de Reinert, e especificidades de grupos pela Análise Fatorial de Correspondência (AFC).

De acordo com Salviati (2017) os levantamentos textuais clássicos fornecem estatísticas simples a respeito do corpus textual indicando o número de textos e segmentos de textos, ocorrências, frequência média das palavras, assim como a frequência total de cada forma, e sua classificação gramatical. Ademais, a análise realizada na CHD utiliza-se o método de Reinert, que propõe uma classificação hierárquica descendente. Ainda de acordo com Salviati (2017) nessa análise, considerada a mais importante do IRAMUTEQ, os segmentos de texto são classificados de acordo com seu respectivo vocabulário e o conjunto de termos é dividido conforme a frequência das raízes das palavras, agrupando as que são utilizadas em contexto similar. E por fim, a AFC, que associa os textos com variáveis e possibilita a análise da produção textual em função das variáveis de caracterização.

Para os resultados do GF o método utilizado foi a análise de conteúdo de Bardin (1977). Segundo a autora, o objeto da análise é a palavra, buscando compreender o que está oculto, entendendo o sentido das palavras e seus significados. Posteriormente, a análise de conteúdo passa a ser definida como um conjunto de técnicas de análise de comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens (Bardin, 1977).

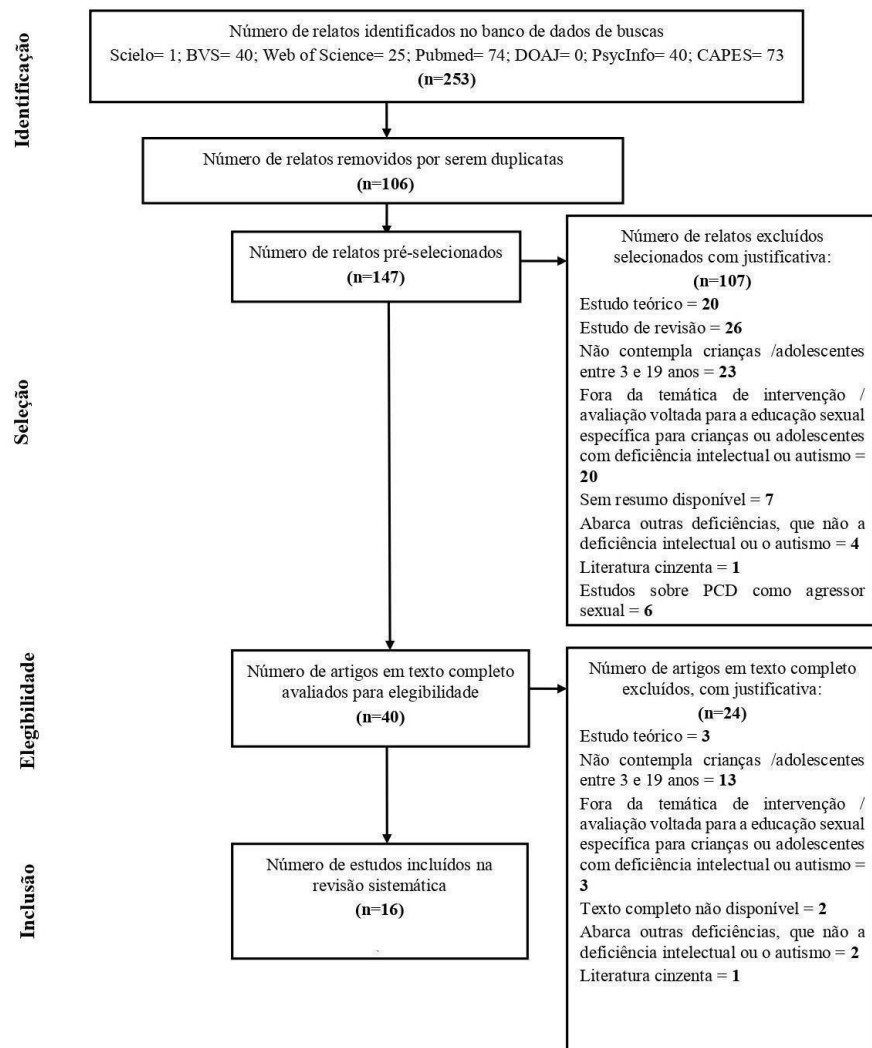
6. RESULTADOS

Os resultados deste estudo estão organizados em duas partes: a revisão sistemática de literatura, realizada em setembro de 2022, utilizando o protocolo PRISMA (Page et al., 2021). Em seguida, serão apresentados os resultados das análises textuais clássicas; a análise da CHD com método de Reinert; e AFC; utilizadas nas entrevistas, e por fim a análise de conteúdo aplicada ao GF.

6.1. Revisão sistemática de literatura

Após a busca das palavras-chaves em todas as bases de dados anteriormente citadas, foram encontrados 253 estudos, no total. Dentre estes, 106 publicações foram eliminadas pelos juízes da revisão por serem duplicatas. Portanto, 147 estudos foram pré-selecionados para leitura de resumos. Posteriormente à eliminação de 107 artigos por não apresentarem resumos consonantes com os objetivos e critérios de elegibilidade da revisão, 40 pesquisas passaram para a fase de avaliação dos textos completos. Os critérios de elegibilidade mantiveram-se iguais tanto para a análise dos resumos quanto para a verificação dos artigos completos. A aplicação de tais parâmetros levou à eleição de 16 artigos para compor o banco de dados final. O fluxograma do processo de seleção dos estudos pode ser observado na Figura 3. A justificativa de exclusão dos estudos em cada etapa é relatada no fluxograma abaixo; ademais, a eliminação de nenhum artigo foi devida por justificativas além daquelas estabelecidas anteriormente como critérios de exclusão.

Figura 3 Fluxograma da revisão sistemática de bibliografia



As principais características dos estudos selecionados podem ser observadas na Tabela 4. Dentre os 16 artigos avaliados, seis (37,5%) foram conduzidos nos Estados Unidos (Corona et al., 2015; Holmes et al., 2015; Klett & Turan, 2012; Murphy et al., 2015; Pask et al., 2016; Pugliese et al., 2020) e apenas um envolveu a população brasileira (Albuquerque & Almeida, 2010). Enquanto 10 (62,5%) pesquisas tiveram crianças e/ou adolescentes como participantes (Altundağ & Çalbayram, 2016; Corona et al., 2015; Finlay et al., 2015; Gkogkos et al., 2019; Klett & Turan, 2012; Pask et al., 2016; Pugliese et al., 2020; Vernal & Torres, 2011; Visser et al., 2017; Warritch et al., 2020), os profissionais de educação participaram apenas em cinco estudos (31,3%) (Albuquerque & Almeida, 2010; Taylor & Culfear, 2015; Hanass-Hancock et al., 2018; Kalyva, 2010; Vernal & Torres, 2011). Os cuidadores primários foram alvo de cinco pesquisas (31,3%) (Corona et al., 2015; Gürol, Polat & Oran, 2014; Holmes et al., 2015; Pugliese et al., 2020; Vernal & Torres, 2011), dentre as quais a maioria envolveu os filhos.

Apenas uma pesquisa (Murphy et al., 2015) abordou profissionais de saúde.

Observou-se uma heterogeneidade nos tipos de estudos selecionados, quatro artigos apresentaram metodologias qualitativas (25,0%) (Albuquerque & Almeida, 2010; Finlay et al., 2015; Gürol, et al., 2014; Hanass-Hancock et al., 2018) Dentre os artigos do tipo quantitativo, oito envolveram intervenções de coorte (50,0%) (Altundağ & Çalbayram, 2016; Corona et al., 2015; Gkogkos et al., 2019; Klett e Turan, 2012; Pask et al., 2016; Pugliese et al., 2020; Visser et al., 2017; Warratch et al., 2020) e quatro consistiram em pesquisas avaliativas e de levantamento (25,0%) (Holmes et al, 2015; Kalyva, 2010; Murphy et al., 2015; Vernal & Torres, 2011). Os instrumentos de avaliação do conhecimento sobre educação sexual foram bastante diversificados: entrevistas semiestruturadas (quatro artigos; 25,0% do total) (Albuquerque & Almeida, 2010; Finlay et al., 2015; Gürol et al., 2014; Hanass-Hancock et al., 2018).

Os desfechos principais extraídos das pesquisas selecionadas apontaram para um aumento significativo do conhecimento acerca da educação sexual por parte dos participantes quando estes foram expostos à programas de intervenção, com exceção dos resultados oriundos da intervenção conduzida por Corona et al. (2015). Ademais, os artigos de cunho qualitativo verificaram a importância da educação sexual no desenvolvimento de crianças e adolescentes com TEA e/ou DI a partir dos relatos de profissionais de saúde, de educação e cuidadores primários. As informações referentes ao risco de viés para os estudos incluídos foram divididas de acordo com o tipo de delineamento de cada pesquisa: qualitativa (ver Tabelas 5 e 6), quantitativo de coorte e intervenção (ver Tabela 7) e quantitativo do modelo de avaliação ou levantamento (ver Tabela 8).

Tabela 4*Principais Características dos Artigos Selecionados*

Autores	Local	Tipo de intervenção ou avaliação	Grupo de participantes alvo do estudo	Instrumento de avaliação do conhecimento sobre educação sexual	Desfechos principais	Limitações
Albuquerque e Almeida (2010)	Brasil	Intervenção voltada para a educação sexual e avaliação qualitativa.	Professores de estudantes com DI ($n=21$).	Entrevistas sobre as atitudes dos professores acerca da sexualidade 3 meses após a intervenção.	Os participantes relataram mudanças na abordagem do tema da sexualidade com os alunos e aumento da segurança para lidar com a temática.	Não informado.
Altundağ e Çalbayram (2016)	Turquia	Intervenção acerca da promoção de habilidades de cuidado com a menstruação.	Adolescentes do sexo feminino, com idade média de 15,14 anos com DI ($n=54$).	Observação e quantificação das práticas das estudantes para o uso adequado de absorventes (pré-teste e pós-teste, após 1 mês da intervenção)	Diferença significativa dos comportamentos de trocas de absorventes entre o pré- e o pós-teste.	Não informado.
Corona et al. (2015)	Estados Unidos	Intervenção acerca da	Cuidadores primários ($n=8$) e	Três instrumentos foram utilizados no pré- e pós-	Os cuidadores primários reportaram uma diminuição	Amostra pequena; temática demasiado

Autores	Local	Tipo de intervenção ou avaliação	Grupo de participantes alvo do estudo	Instrumento de avaliação do conhecimento sobre educação sexual	Desfechos principais	Limitações
educação sexual e promoção de relacionamentos.	adolescentes entre 12 e 16 anos com TEA ($n=8$), dentre os quais 6 eram do sexo masculino.	teste: <i>Sexual Behavior Scale</i> e <i>Parent Questionnaire</i> foram respondidos pelos pais; e <i>Adolescent Knowledge Questionnaire</i> , preenchido pelos adolescentes com TEA.	significativa de preocupação com os filhos no pós-teste e mais discussão com os filhos sobre tópicos de sexualidade após a intervenção. Não houve diferença significativa acerca do conhecimento dos adolescentes antes e após a intervenção.	delicada para ser trabalhada em grupo; amostra composta por grupos muito heterogêneos; e falta de instrumentos para avaliação padronizados.		
Finlay, Rohleder, Taylor e Culfear (2015)	Reino Unido	Avaliação qualitativa de uma intervenção em educação sexual.	Indivíduos com DI entre 16 e 19 anos ($n=8$), dentre os quais apenas um participante era do sexo feminino, e seus professores / facilitadores ($n=NI$).	Entrevistas semi-estruturadas com os professores no pré-teste e análise das observações realizadas pelos pesquisadores durante a condução das avaliações pelos professores.	Percebeu-se que a intervenção promove a educação sexual, principalmente quando os alunos demonstravam compreender a temática na primeira tentativa, visto que os professores apresentaram dificuldades para corrigir respostas incorretas.	Amostra pequena de participantes; metodologia que não considerou a opinião dos próprios alunos com DI; amostra composta por professores sem muita experiência de

Autores	Local	Tipo de intervenção ou avaliação	Grupo de participantes alvo do estudo	Instrumento de avaliação do conhecimento sobre educação sexual	Desfechos principais	Limitações
Gkogkos, Staveri, Galanis e Gena (2019)	Grécia	Intervenção de um estudo de caso.	de Sujeito adolescente de 15 anos do sexo masculino com DI (n=1).	Questionário acerca das mudanças corporais, comportamentos de auto satisfação e etapas da masturbação, além da aplicação do <i>General Sexual Knowledge Scale</i> . Os pais do adolescente responderam o <i>Eyberg Child Behavior Inventory</i> para mensurar comportamentos problemáticos. Os instrumentos foram aplicados no pré e pós-teste.	O participante apresentou aumento significativo do desempenho acerca do conhecimento sobre sexualidade, enquanto percebeu-se uma diminuição significativa de comportamentos inadequados reportados pelos cuidadores primários.	trabalho. Dados de coleta realizado pelo pai do participante; amostra pequena e pouco representativa; e maior ênfase na investigação do comportamento sexual problemático.

Autores	Local	Tipo de intervenção ou avaliação	Grupo de participantes alvo do estudo	Instrumento de avaliação do conhecimento sobre educação sexual	Desfechos principais	Limitações
Gürol, Polat e Oran (2014)	Turquia	Avaliação transversal e qualitativa das percepções acerca da sexualidade.	Mães de jovens adolescentes com DI, média de idade de 12,11 anos e dentre os quais 6 eram do sexo masculino ($n=9$).	Entrevistas realizadas com as participantes em formato de grupo focal, as quais versavam sobre as percepções das cuidadoras acerca da educação sexual e sexualidade de seus filhos.	Todas as mães, com exceção de uma, apontaram a importância da educação sexual. Enquanto as cuidadoras de meninos perceberam a educação sexual como forma de prevenção e melhora de comportamentos inadequados, as mães de meninas relataram que suas filhas não têm desejos e pensamentos sexuais.	Não informado.
Hanass-Hancock, Chappell, Johns e Nene (2018)	África do Sul	Avaliação longitudinal e qualitativa das percepções de uma intervenção acerca da	Professores e educadores de jovens com DI ($n=NI$).	Uso de entrevistas e um questionário acerca das percepções dos educadores sobre a implementação da educação sexual em sala	Os professores perceberam facilidade em usarem as técnicas aprendidas na sala de aula e houve aumento na percepção da importância da educação sexual no pós-teste.	Por ser uma intervenção piloto, há uma necessidade de replicação do estudo para maiores inferências.

Autores	Local	Tipo de intervenção ou avaliação	Grupo de participantes alvo do estudo	Instrumento de avaliação do conhecimento sobre educação sexual	Desfechos principais	Limitações
		sexualidade.		de aula e a promoção das habilidades de explicar tal temática. Os dados foram coletados antes da participação dos professores no treinamento e 12 meses após o término da formação.	Observaram-se ampliações por parte dos alunos acerca dos conhecimentos sobre o próprio corpo, assertividade e tomada de decisão, habilidade de imporem seus limites e diminuição de comportamentos inapropriados.	
Holmes, Himle e Strassberg (2015)	Estados Unidos	Avaliação transversal e quantitativa das percepções acerca da sexualidade e relacionamentos amorosos.	País de jovens com TEA (<i>n</i> =190) entre 12 e 18 anos de idade, dentre os quais 86,8% eram do sexo masculino.	Questionário respondido pelos cuidadores primários que abordava expectativas parentais acerca dos relacionamentos românticos dos filhos e comunicação sexual	País apresentaram menos expectativas românticas para jovens com sintomas mais severos de TEA, enquanto os cuidadores que possuem mais expectativas românticas tendem a discutir uma quantidade maior de tópicos de sexualidade com	Utilização apenas dos relatórios dos pais como forma avaliação das variáveis; possível viés na avaliação dos pais e na aceitação em participar do estudo; falta de utilização de

Autores	Local	Tipo de intervenção ou avaliação	Grupo de participantes alvo do estudo	Instrumento de avaliação do conhecimento sobre educação sexual	Desfechos principais	Limitações
				entre a díade pai-filho.	seus filhos.	mais instrumentos padronizados; e amostra restrita de participantes de classe alta.
Kalyva (2010)	Grécia	Avaliação transversal e quantitativa das percepções acerca da sexualidade.	Professores de crianças entre 7 e 14 anos com TEA ($n=56$), dentre as quais 71,1% eram do sexo masculino e 73,3% apresentavam TEA leve.	Uso do instrumento <i>Sexual Behavior Scale</i> , composto por cinco subescalas: comportamento social, privacidade, educação sexual, comportamento sexual e preocupações dos professores.	Os relatos dos educadores apresentaram diferença significativa na percepção das crianças com TEA leve como tendo mais comportamentos socialmente aceitáveis, necessidade de privacidade, melhor entendimento das temáticas da sexualidade e menos tendência a comportamentos inadequados, em comparação com os alunos	Necessidade de ampliar a generalização do conhecimento sobre sexualidade; participantes já haviam tido acompanhamento com psicólogo; e apenas os relatos dos professores foram coletados.

Autores	Local	Tipo de intervenção ou avaliação	Grupo de participantes alvo do estudo	Instrumento de avaliação do conhecimento sobre educação sexual	Desfechos principais	Limitações
com TEA severo.						
Klett e Turan (2012)	Estados Unidos	Intervenção piloto de ensino do cuidado com a menstruação.	Adolescentes do sexo feminino entre 9 e 12 anos de idade com TEA ($n=3$), antes de vivenciarem a menarca.	Os dados foram coletados pelas mães das participantes através de métodos observacionais, questões de compreensão e um questionário acerca da menstruação aplicado no pré- e no pós-teste um ano após a intervenção.	Todas as participantes apresentaram um aumento significativo do conhecimento sobre a menstruação.	Coleta de dados conduzida pelas mães; possível viés na avaliação dos pais; e amostra pequena.
Murphy et al. (2015)	Estados Unidos	Avaliação transversal e quantitativa das percepções acerca da sexualidade.	Profissionais de saúde genética ($n=38$) que atendem jovens com DI entre 9 e 17 anos de idade.	Instrumento criado para o estudo que abordou características demográficas e contextuais, história de pedidos de orientações	Os profissionais indicaram desconforto em discutir temáticas de sexualidade quando não conheciam previamente o adolescente ou seu cuidador, quando	Amostra pequena; problemas relativos à linguagem utilizada no instrumento; e falta de clareza na estrutura da pesquisa.

Autores	Local	Tipo de intervenção ou avaliação	Grupo de participantes alvo do estudo	Instrumento de avaliação do conhecimento sobre educação sexual	Desfechos principais	Limitações
				de sexualidade, conforto em trabalhar com a sexualidade e interesse em treinamentos voltados para a educação sexual.	desconheciam sua cultura ou quando os sintomas de DI eram severos. Foram relatadas dificuldades devido ao curto tempo das sessões e falta de treinamento dos profissionais acerca da sexualidade.	
Pask, Hughes e Sutton (2016)	Estados Unidos	Intervenção baseada na promoção da educação sexual e higiene.	Adolescentes com TEA ($n=6$) entre 15 e 17 anos e do sexo masculino.	Uma medida baseada no currículo da intervenção foi desenvolvida para avaliar o conhecimento sobre educação sexual no pré- e pós-teste (imediatamente após o fim da intervenção e um mês depois).	Diferenças significativas foram encontradas para o conhecimento sobre educação sexual no pré-teste e nas avaliações pós-teste; os participantes retiveram o conhecimento um mês após o término do programa.	Amostra pequena e pouco representativa (composta apenas por homens).

Autores	Local	Tipo de intervenção ou avaliação	Grupo de participantes alvo do estudo	Instrumento de avaliação do conhecimento sobre educação sexual	Desfechos principais	Limitações
Pugliese et al. (2020)	Estados Unidos	Intervenção em educação sexual mediada pelos pais.	Crianças e adolescentes com TEA entre 9 e 18 anos de idade ($n=84$) e seus cuidadores primários ($n=84$).	Os cuidadores responderam três instrumentos no pré- e pós-teste, os quais versavam sobre o conhecimento da sexualidade, autoeficácia e expectativa de resultados. Os jovens preencheram três escalas acerca do conhecimento da sexualidade, autoeficácia e questões sociais.	Para o grupo participante da intervenção, foram observadas diferenças significativas entre o pré- e pós-teste acerca dos conhecimentos dos pais e dos jovens com TEA, expectativas parentais positivas e conhecimento social dos adolescentes.	Amostra pequena e não randomizada, formada, em sua maioria, por participantes homens; alta taxa de abandono dos familiares; e falta de avaliação processual.
Vernal Torres (2011)	e Cuba	Avaliação transversal e quantitativa das	Adolescentes entre 10 e 14 anos com DI ($n=32$), seus	Inicialmente foram aplicados questionários fechados e separados	Os adolescentes relataram que as interações sociais ocorrem sob vigilância, além de	Não informado.

Autores	Local	Tipo de intervenção ou avaliação	Grupo de participantes alvo do estudo	Instrumento de avaliação do conhecimento sobre educação sexual	Desfechos principais	Limitações
percepções acerca da sexualidade, ademais da condução de uma intervenção.	cuidadores primários ($n=23$) e professores ($n=16$).	com os adolescentes e pais, enquanto os professores responderam questões abertas sobre a sexualidade. Os dados dos desfechos após a intervenção não foram coletados ou analisados.	apresentarem curiosidade por aspectos afetivos e sexuais e planejarem se casar e ter filhos. Os pais descreveram a superproteção dos filhos e receio de que eles sejam assediados e que um dia se casem. Os professores destacaram a falta de participação dos pais na educação sexual e a importância da relação escola-família.	Em comparação com o grupo controle, os adolescentes, em especial os mais jovens, que participaram da intervenção tiveram aumento do	Não foi utilizada nenhuma medida observacional para verificar a mudança de comportamento sexual,	
Visser et al. (2017)	Holanda	Intervenção voltada para o treinamento psicosssexual.	Adolescentes entre 12 e 18 anos com TEA e sem histórico de comportamento sexual ofensivo	Foram utilizados quatro instrumentos no pré-teste, 6 meses e 12 meses após a intervenção: teste de conhecimento	comportamento sexual, em comparação com o grupo controle, os adolescentes, em especial os mais jovens, que participaram da intervenção tiveram aumento do	comportamento sexual,

Autores	Local	Tipo de intervenção ou avaliação	Grupo de participantes alvo do estudo	Instrumento de avaliação do conhecimento sobre educação sexual	Desfechos principais	Limitações
			(n=189; n=95 para o grupo da intervenção).	psicossexual, avaliado pelos adolescentes, questões sobre os limites pessoais respondida pelos pais, SRS (instrumento para avaliar o funcionamento social), reportado pelos adolescentes, e a subescala de problemas sexuais do <i>Child Behavior Checklist</i> , respondido pelos cuidadores.	conhecimento psicossexual, maior consciência de limites adequados (reportado pelos pais), melhora no funcionamento social e diminuição dos comportamentos sexuais inapropriados relatados pelos cuidadores.	por não existir um instrumento com esta finalidade.
Warraitch, Amin e Rashid	Paquis-tão	Intervenção para prevenção de abuso sexual	Adolescentes do sexo feminino entre 10 e 15 anos de idade	Questionário de conhecimento e habilidades relativas à	Diferença significativa entre os escores do conhecimento sobre prevenção do abuso sexual	Amostra pequena; dificuldade de trabalhar a temática no país;

Autores	Local	Tipo de intervenção ou avaliação	Grupo de participantes alvo do estudo	Instrumento de avaliação do conhecimento sobre educação sexual	Desfechos principais	Limitações
(2020)		(longitudinal).	e com DI moderada ($n=15$).	prevenção de abuso sexual desenvolvida para o estudo respondido no pré- e pós-teste.	antes e após a intervenção.	estudo realizado apenas com meninas que possuíam fala articulada; necessidade de ampliar a avaliação da variável de desfecho do estudo.

Nota. N.I = Não informado

Tabela 5*Risco de Viés para Estudos Qualitativos*

Autores	Título	Resumo	Formulação do problema	Objetivo da questão de pesquisa	Abordagem qualitativa e paradigma de pesquisa	Características do pesquisador e reflexibilidade	Contexto	Estratégia de amostragem	Questões éticas relativas aos seres humanos	Métodos de coleta de dados	Instrumentos e tecnologias de coleta de dados
Albuquerque e Almeida (2010)	0	2	2	2	1	1	2	2	0	2	2
Finlay et al. (2015)	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2
Gürol et al. (2014)	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1
Hanass-Hancock et al. (2018)	1	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2

Nota. 0 = Não; 1 = Razoável; 2 = Sim.

Tabela 6*Risco de Viés para Estudos Qualitativos: Continuação*

Autores	Unidades de estudo	Processamento de dados	Análise de dados	Técnicas para aumentar a confiabilidade e	Síntese e interpretação	Associações com os dados empíricos	Integração com trabalhos anteriores	Limitações	Conflito de interesses	Financiamento	Total
Albuquerque e Almeida (2010)	2	1	2	0	2	2	2	0	0	0	27
Finlay et al. (2015)	2	2	2	2	2	2	1	2	0	2	37
Gürol et al. (2014)	2	2	2	0	2	2	2	0	2	0	32
Hanass-Hancock et al. (2018)	0	2	2	2	2	2	2	2	0	2	35

Nota. 0 = Não; 1 = Razoável; 2 = Sim.

Tabela 7*Risco de Viés para Estudos Quantitativos de Intervenção (Tipo Coorte)*

Autores	Seleção			Comparabilidade		Desfecho		Total	
	Representatividade da coorte exposta (*)	Seleção da coorte não exposta (*)	Determinação da exposição (*)	Demonstração que o desfecho de interesse não estava presente no início do estudo (*)	Comparabilidade da coorte baseada no desenho e análise (**)	Determinação do desfecho (*)	O seguimento foi suficiente para a ocorrência dos desfechos? (*)		Adequação de acompanhamento das coortes (*)
Altundağ e Çalbayram (2016)	0	0	0	0	0	0	*	*	2
Corona et al. (2015)	0	0	0	0	0	0	*	*	2
Gkogkos et al. (2019)	0	0	*	0	0	0	*	*	3

Autores	Seleção			Comparabilidade		Desfecho		Total	
	Representatividade da coorte exposta (*)	Seleção da coorte não exposta (*)	Determinação da exposição (*)	Demonstração que o desfecho de interesse não estava presente no início do estudo (*)	Comparabilidade da coorte baseada no desenho e análise (**)	Determinação do desfecho (*)	O seguimento foi suficiente para a ocorrência dos desfechos? (*)		Adequação de acompanhamento das coortes (*)
Klett e Turan (2012)	0	0	*	0	0	0	*	*	3
Pask et al. (2016)	0	0	0	0	0	0	*	*	2
Pugliese et al. (2020)	0	*	0	0	*	0	*	0	3
Visser et	0	*	0	0	*	0	*	0	3

Autores	Seleção			Comparabilidade		Desfecho		Total	
	Representatividade da coorte exposta (*)	Seleção da coorte não exposta (*)	Determinação da exposição (*)	Demonstração que o desfecho de interesse não estava presente no início do estudo (*)	Comparabilidade da coorte baseada no desenho e análise (**)	Determinação do desfecho (*)	O seguimento foi suficiente para a ocorrência dos desfechos? (*)		Adequação de acompanhamento das coortes (*)
al. (2017)									
Warraitch et al. (2020)	0	0	0	0	0	0	*	0	1

Nota. 0 = Não; * = 1.

Tabela 8*Risco de Viés para Estudos Quantitativos do Tipo Avaliação / Levantamento*

Autores	1 – A amostra é largamente representativa ?	2 – Métodos apropriados de recrutamento de participantes foram utilizados?	3 – A taxa de exclusão foi aceitável?	4 – O tamanho da amostra final foi suficiente?	5 – As variáveis demográficas foram reportadas?	6 – As medidas têm confiabilidade adequada?	7 – O estudo foi conduzido em um contexto controlado?	8 – O gerenciamento dos dados foi aceitável?	Total
Holmes et al. (2015)	0	0	0	1	1	0	0	0	2
Kalyva (2010)	0	0	0	1	1	1	0	0	3
Murphy et al. (2015)	0	0	0	0	1	0	0	1	2
Vernal e Torres (2011)	0	0	0	0	1	0	0	0	1

Nota. 0 = Não; 1 = Sim

6.2. Percepção dos familiares sobre sexualidade e educação sexual

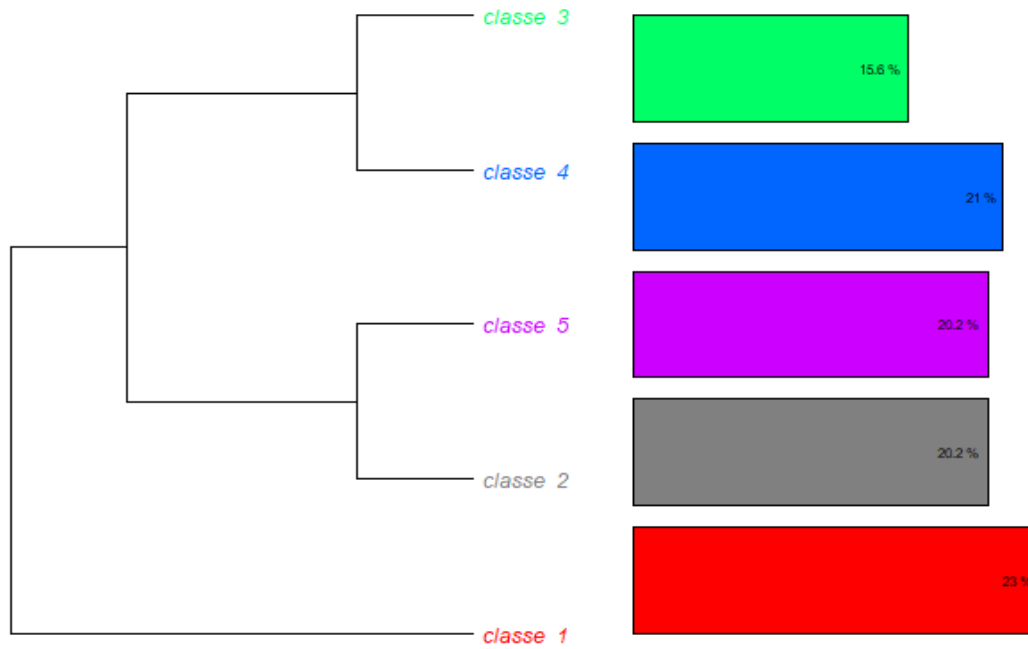
6.2.1. Entrevista com familiares: “Conversando sobre aquilo que não se conversa”

Os dados qualitativos do instrumento “Conversando sobre aquilo que não se conversa” foram analisados, e logo após foram tratados conforme os parâmetros indicados para análise no software Iramuteq®. Os textos foram revisados ortograficamente, as siglas foram padronizadas e escreveu-se por extenso as abreviações. As palavras que juntas trazem uma única ideia, foram ligadas por um *underline*, como em “discorda_fortemente” e outras. No presente estudo, os dados coletados permitiram a identificação das habilidades dos familiares, bem como de suas dificuldades na abordagem do tema educação sexual no diálogo com seus/suas filhos/as com DI ou TEA.

Na análise textual, considerou-se as classes de palavras: substantivos, formas não reconhecidas, adjetivos e verbos como formas ativas; artigos e preposições foram eliminados; e, as demais classes como formas suplementares. Dentre as alternativas de análise de dados fornecidas pelo programa, optou-se pela Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e Análise Fatorial por Correspondência (AFC).

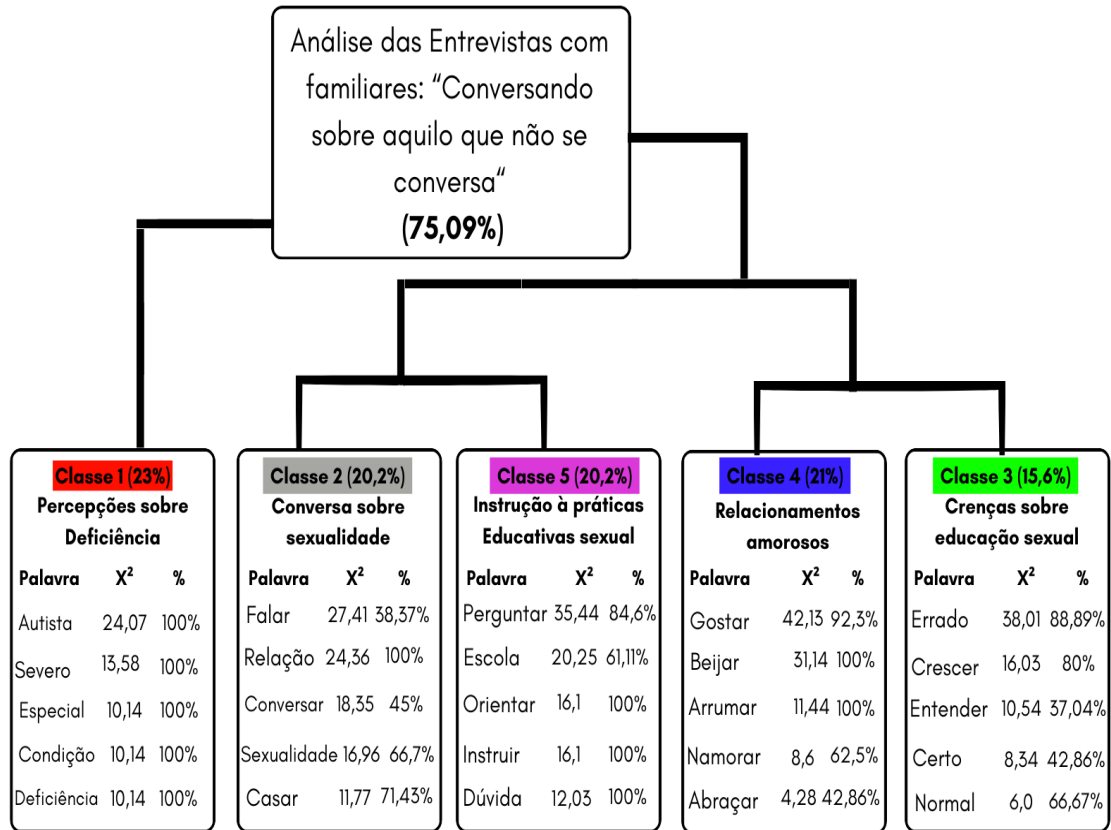
O corpus geral foi constituído por nove textos, separados em 328 segmentos de textos (ST), com aproveitamento de 243 (75,09%). Emergiram 11496 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), sendo 1605 palavras distintas e 813 com uma única ocorrência (hapax). O conteúdo analisado foi categorizado em cinco classes: classe um, com 56 ST (23,05%); classe dois com 49 ST (20,16%); classe três com 38 ST (15,64%); classe quatro com 51 ST (20,99%) e classe cinco com 49 ST (20,16%).

Vale ressaltar que as cinco classes se encontram divididas em duas ramificações (A e B) do corpus total em análise. O subcorpus A, composto pela classe um (“Percepções sobre a deficiência”), que se refere à percepção dos familiares sobre o diagnóstico de autismo e deficiência intelectual. O subcorpus B, contém os discursos das classes dois (“Conversa sobre sexualidade”), classe três (“Crenças sobre educação sexual”), classe quatro (“Relacionamentos amorosos”) e classe cinco (“Instrução às práticas educativas sexuais”), que contempla os assuntos abordados através da percepção familiar a respeito da educação sexual de seus filhos (ver Figura 4).

Figura 4*Dendograma da classificação hierárquica descendente*

Para atingir uma melhor visualização das classes, elaborou-se um organograma com a lista de palavras de cada classe geradas a partir do teste qui-quadrado. Neste emergem as evocações que apresentam vocabulário semelhante entre si e vocabulário diferente das outras classes, em função da força da palavra naquele segmento. A seguir serão descritas, operacionalizadas e exemplificadas cada uma dessas classes emergidas na CHD (ver Figura 5).

Figura 5 Endograma Classificação Hierárquica Descendente



A classe um “Percepções sobre a deficiência” compreende 23% ($f= 56$ ST) do *corpus* total analisada. Essa classe é composta por palavras como “autista” ($x^2 > 24,07$); “severo” ($x^2 > 13,58$); “especial” ($x^2 > 10,14$); “condição” ($x^2 > 10,14$) e “deficiência” ($x^2 > 10,14$). Na análise realizada verificou-se a percepção das famílias a respeito dos jovens com DI e TEA em relação ao diagnóstico, que pode ser observado nos seguintes exemplos: “meu filho não é um autista clássico ele tem um espectro, mas ele é diferente então acho que a abordagem precisa ser de forma diferente sim” (P05); “eu acredito que ele nem saiba o que é isso porque meu filho é autista severo ele não sabe o que é” (P09) e

“é diferente porque uma pessoa com deficiência não vai entender, tem a pessoa normal e a pessoa mais ou menos, logicamente a gente tem que ter mais cuidado ficar vigiando porque é diferente o modo dele de pensar e ficar de olho nas covardias dos outros que aproveitam” (P03).

Na classe dois, no *subcorpus* B, intitulado “Conversa sobre sexualidade” compreende 20,2% ($f= 49$ ST) do *corpus* total analisado. Essa classe é composta por palavras como “falar”

($x^2 > 27,41$); “relação” ($x^2 > 24,36$); “conversar” ($x^2 > 18,35$); “sexualidade” ($x^2 > 16,96$) e “casar” ($x^2 > 11,77$). Na análise desta classe fica evidente o que pensam as famílias a respeito de conversar sobre sexualidade, e a importância que estes atribuem ao abordar o tema com crianças e adolescentes com DI e TEA, que pode ser observado nos seguintes exemplos: “eu penso em falar com ele sobre sexualidade, mas eu queria a maneira certa a forma certa pra falar com ele sobre sexualidade” (P02); “eu já quis conversar sobre sexualidade, mas não soube como conversar porque ele é muito fechado” (P05); e “nunca usei nenhum livro para falar sobre isso não já expliquei pra ele quais as partes do corpo dele até pra na hora do banho ele saber que tinha que lavar a cabeça, que tinha que lavar o pênis” (P09).

Na classe três, ainda no *subcorpus* B, intitulado “Crenças sobre educação sexual”, compreende 15,6% ($f= 38$ ST) do corpus total analisado. Essa classe é composta por palavras como “errado” ($x^2 > 38,01$); “crescer” ($x^2 > 16,03$); “entender” ($x^2 > 10,54$); “certo” ($x^2 > 8,54$) e “normal” ($x^2 > 6,0$). Com as palavras sinalizadas, é possível identificar as crenças pessoais que são consideradas importantes para as famílias, que trazem uma lógica dicotômica do que é o “certo” e “errado” quanto trata-se de suas crenças sobre sexualidade, muitas vezes atravessadas pela sua história pessoal e histórico familiar, como nos exemplos a seguir: “da forma que ela tava explicando do meu ponto de vista eu não achei certo a forma que ela tava fazendo [...] já que ela queria dar esse tipo de aula ela mesmo conversar” (P07); “vai explicar com oito anos o que é certo e o que é errado? logicamente ele não vai entender. Conforme ele crescer a gente vai explicando” (P03) e “sobre sexo, eu nunca conversei sobre isso com ele nunca conversei que é uma coisa que ele não deve entender” (P09).

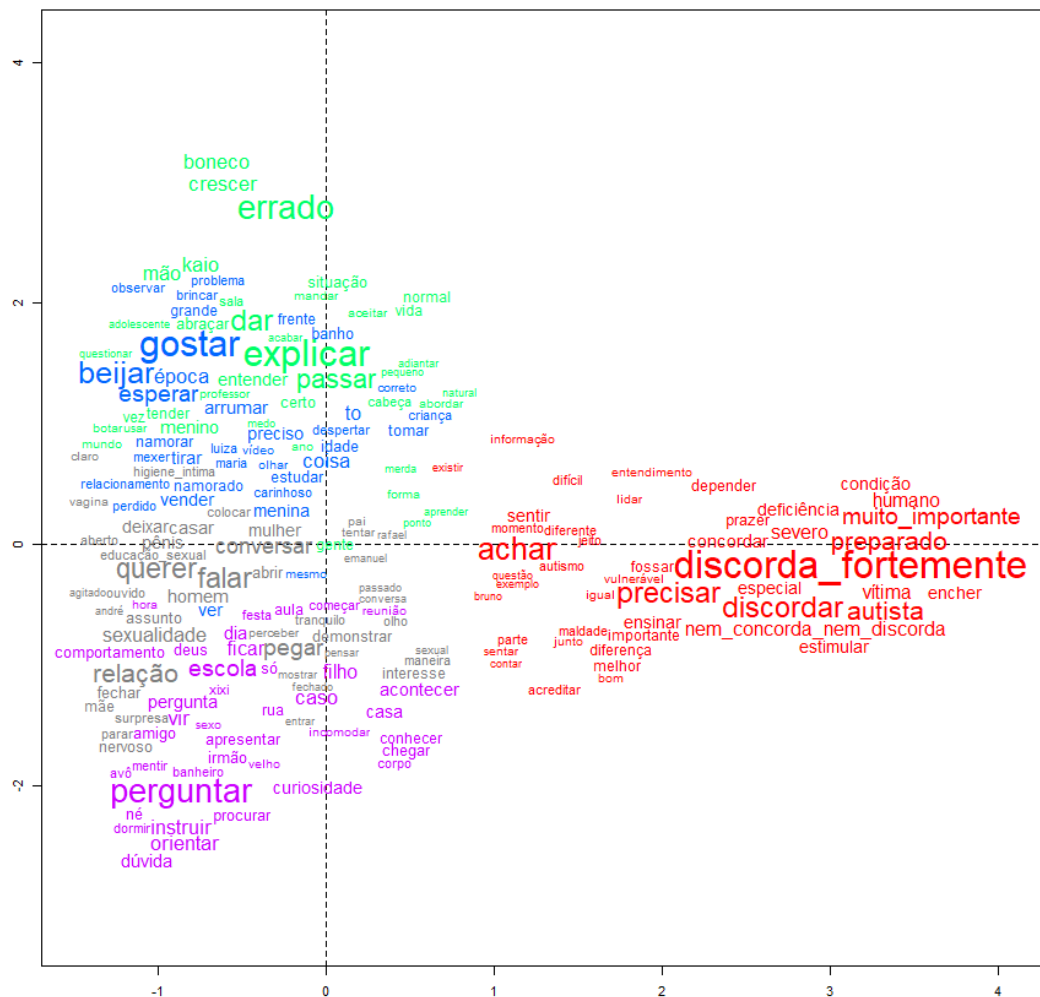
Na classe quatro, intitulada “Relacionamentos amorosos”, compreende 21% ($f= 51$ ST) do corpus total analisado. Essa classe é composta por palavras como “gostar” ($x^2 > 42,13$); “beijar” ($x^2 > 31,14$); “arrumar” ($x^2 > 11,44$); “namorar” ($x^2 > 8,6$) e “abraçar” ($x^2 > 4,26$). As palavras elencadas de acordo com a força do teste de qui quadrado permite discernir as crenças familiares a respeito de namoros e relacionamentos afetivos de seus filhos, como exemplificados a seguir: “ele diz que não quer casar que não quer uma companheira que não quer ter relação com nenhum tipo de mulher, ele não tem interesse” (P08); “ele sempre fala que quer namorar com dezoito anos quando a gente vai na rua ele mostra muito interesse com mulheres com uma certa idade e bem gordinha” (P02) e “ele me apresentou uma namorada, na hora eu fiquei espantada, até ontem não tinha nada e agora?” (P05).

Na quinta e última classe, nomeada “Instrução a práticas educativas sexuais”, compreende 20,2% ($f= 49$ ST) do corpus total analisado. Essa classe é composta por palavras como “perguntar” ($x^2 > 35,44$); “escola” ($x^2 > 20,25$); “orientar” ($x^2 > 16,1$); “instruir” ($x^2 >$

16,1) e “dúvida” ($\chi^2 > 12,03$). As palavras selecionadas indicam a maneira que os familiares costumam abordar questões relacionadas a educação sexual de seus filhos e a forma na qual eles acreditam que deve ser feita, exemplificadas a seguir: “a escola está abordando pela primeira vez sobre educação sexual com ela, porque na época dele não abordou” (P04); “o dia que ele tiver dúvida a gente vai chegar e explicar, não instrui nada, então a gente tem que orientar a parte sexual ou pra parte pessoal para uma higienização íntima, no caso para conhecer o próprio corpo” (P04) e “a gente conversa com ele sim sempre que ele vem perguntar a gente procura falar porque é melhor a gente passar pra ele do que ele aprender na rua.” (P06).

A partir da Análise Fatorial por Correspondência (AFC), foi possível realizar associação do texto entre as palavras, considerando a frequência de incidência de palavras e as classes, representando-as em um plano cartesiano (ver Figura 6). É possível observar as palavras das classes dois, três, quatro e cinco no segmento centralizado que se expande para pontos periféricos, com exceção da classe um, que encontra-se afastada das demais subclasses.

Figura 6 Análise fatorial por correspondência



Quanto às respostas objetivas da entrevista (perguntas quatro, cinco, seis, sete, oito, nove, 10, 11 e 12) cabe ressaltar aspectos quantitativos das perguntas respondidas pelos familiares. Na pergunta quatro, ao responderem “Qual a idade ideal para introduzir a temática da educação sexual?” A idade de resposta variou entre dois e 14 anos ($M= 9,55$; $DP= 3,08$), com alguns exemplos de falas a seguir:

“Eu acho que lá pros oito anos eu já vou começar. Quando ele começar a falar comigo que ta gostando de alguma menina eu acho que já é o momento. De oito a dez anos, é uma idade ideal para conversar sobre esse tema.” (P01).

“Quando ele fizer merda a gente começa a falar com ele. Quando ele fizer besteira a gente começa a chamar a atenção, lá para os dez ou onze anos a gente vai explicando é isso, isso e aquilo. Ele vai entender mais um pouquinho. Vai explicar com oito anos o que é certo e o que é errado, logicamente ele não vai entender, conforme ele vai crescendo a gente vai explicando a situação da vida, não adianta forçar uma barra agora que ele não vai entender, é covardia” (P03).

“No meu caso dos meus filhos eu espero que seja bem mais pra frente por que creio que eles agora são crianças e agora é brincadeira só, brincar e estudar, porque é o que eles tem que ter nesse momento. Então acho que treze ou quatorze anos, que ai no meu caso começa as primeiras aulas na escola que eu tive, que foi na escola quando estava com treze anos” (P07).

Na pergunta de número cinco, “Você tem outros/as filhos/as? Se sim, já conversou com eles/as sobre o tema? Percebe diferenças ao abordar o tema?” A maioria dos participantes (77,78%) percebe diferença ao abordar temas relacionados a educação sexual, e estes, atribuem essa diferença ao diagnóstico de seus filhos: “Eu acho que a conversa é feita de forma diferente, porque aqueles que não têm autismo ou uma condição, eles se sentem mais sagazes, eles se sentem mais entendidos de tudo.”(P04); “Eu acho que tem diferença sim, principalmente na parte comportamental. Meu filho não é um autista clássico, ele tem um espectro, mas ele é diferente. Então acho que a abordagem precisa ser de forma diferente sim” (P05); “Sim, eu acho que tem diferença. Porque como ela é muito agitada a gente acaba tendo que conversar com ela no tempo dela. Agora no caso meu filho mais velho tem dez anos e já entende bastante” (P07).

As questões de seis a 10, tinham como opções de respostas a utilização de escalas *Likert* com cinco pontos, variando de “discordo fortemente” até “concordo fortemente”. A Tabela 9 apresenta as afirmativas, o percentual de respostas e exemplos.

Tabela 9 Respostas das Perguntas Seis a 10 - Escala Likert

Afirmações	1	2	3	4	5	Exemplos
As pessoas com deficiência têm menos interesse em sexo do que a população em geral	33,33%	55,56%	11,11%	0%	0%	“Discordo. vou dizer baseado no meu filho e na maioria dos amigos que eu vejo lá na escola dele, eu discordo porque eles não sabem e não entendem o que é isso, eu acho que quando eles entenderem, alguns que são autismo leve vão ter interesse... ” (P09)
As conversas sobre educação sexual estimulam o comportamento sexual	55,56%	11,11%	22,22%	11,11%	0%	“Discordo fortemente. Porque ainda que não tivesse orientação sexual, mesmo assim é coisa do instinto humano. Como que uma criança de três ou quatro anos saberia que ficar lá estimulando o pênis ele ficaria ereto. Ele não teve orientação sexual, é um instinto humano”(P04)
As pessoas com deficiência não são vítimas de violência sexual.	88,89%	11,11%	0%	0%	0%	“Discordo fortemente. Por eles não terem maldade, por serem mais inocentes, eles podem passar pela violência por conta de não perceberem a maldade no outro” (P01)
						“Discordo. Porque eles são

Pessoas com deficiência não precisam de educação sexual.	44,44%	44,45%	11,12%	0%	0%	pessoas comuns, só tem uma deficiência intelectual, são crianças, são pessoas como qualquer pessoa, tudo na base da idade como eu disse, a partir dos treze ou quatorze anos, que no meu caso foi a primeira aula que eu tive. Eu concordo que precisa, mas tem que ser mais à frente”(P07)
Eu me sinto preparado para ensinar meu/minha filho/a sobre educação sexual.	33,34%	11,11%	11,11%	11,11%	33,33%	“Concordo fortemente. Se eu estou preparada pra ensinar eles. Muito preparada, principalmente com a vassoura do lado” (P03)

Nota. 1- discorda fortemente, 2- discorda, 3- nem concorda, nem discorda, 4- concorda, 5- concorda fortemente.

Na pergunta 11, na qual foi questionado aos familiares se “A criança/adolescente já passou por alguma experiência sexual negativa?”, e 44,45% dos familiares relataram que a criança ou adolescente já haviam passado por algum episódio sexual negativo, entendida para o presente estudo como: episódio de violência sexual, exhibir as partes íntimas em público, abraçar/beijar outra pessoa sem consentimento, tocar as partes íntimas em público, masturbar-se em público; como exemplificado por meio dos relatos a seguir:

“Em casa, por exemplo, quando a gente tava com visita em casa, ele acabou de sair do banho e saiu sem roupa. Ao se masturbar ele vai pro quarto e fica na cama, eu falo ‘filho fecha a porta’, então já teve casos de visitas em casa e ele deixava a porta aberta” (P02).

“Ela é muito agitada, então eu falo as coisas com ela, parece que não tá prestando atenção, mas ela presta atenção em tudo que eu falo, mesmo ela correndo. Ela chegou essa semana falando ‘mãe o coleguinha botou a mão dentro das minhas calças’, aquele dia que eu conversei com ela, ela tava correndo de um lado pro outro eu pensei que ela não tinha prestado atenção, ela tava pegando o brinquedo e jogando as coisas [...] foi essa experiência ruim que eu tive, e graças a Deus deu tempo de explicar pra ela, coisa que eu achei que ela não estava entendendo. Eu achava de coração que ela não tinha prestado atenção em momento nenhum de nada que eu falei, ela me explicou

tudinho que eu falei. Tudo que eu falei ela repetiu e eu achando que ela não tinha entendido nada” (P07).

“Ah era isso que eu queria tocar nesse assunto. São, infelizmente são. E eu pensei que isso nunca iria acontecer na minha casa. Eu estava deixando meu filho com essa pessoa de confiança, meu filho começou a mudar comportamento [...] ficar muito agitado, muito nervoso, via essa pessoa mandava embora, ele pegava a pessoa pelo pescoço pra levantar pra ela sair do sofá. [...] depois ele levantou, pegou a mão dela e botou em cima da mão dele e ela tirando, aí ele pegou a mão dela, botou em cima da mão dele como fazia né, e botou no seio dela e depois ele tentou começar a abaixar e ela assustada ‘Não, não faz isso não’ aí eu ‘ué, mas ele não tem esse comportamento, que que tá acontecendo?’ ‘Nada.’ Resumindo eu acho que ela tava começando a ensinar ele a tocar ela, eu acredito que seja isso. Meu marido quis botar câmara e fazer um monte de coisas e eu não quis. Vai ficar a dúvida se aconteceu ou não, eu não quero ter certeza, porque só eu tenho a desconfiança me abalou muito psicologicamente. Eu acho que ele só queria me mostrar o que estava acontecendo. Na mesma hora, depois que ele tirou a mão falou que não, ele sentou do lado dela do sofá, pegou a mão dela de novo e ela tirando a mão, aí pegou a mão dela botou por cima e tentou botar por trás na parte do bumbum e eu olhei pra ela perguntei, questionei. Eu acredito que não tenha acontecido mais nada sério, eu acho que foi só um começo. O que eu fiquei feliz nessa história toda é que eu descobri rápido, ele sinalizou que tinha algo diferente, ele já vinha sinalizando a muito tempo, só que eu não entendia, o comportamento começou a mudar por causa da agitação, não estava dormindo, estava acordando de madrugada, coisa que não fazia. A gente via que ele estava ansioso e diferente, mas não sabia. Na minha cabeça, vou ser sincera, eu pensei em maus tratos verbais primeiro, porque eu nunca pensei em imaginar uma pessoa da área de saúde fazer isso. São as pessoas mais vulneráveis para esse tipo de violência” (P09).

Na última pergunta do instrumento, “Quanto você acha importante conversar sobre educação sexual com seu/sua filho/a?”, 88,89% dos participantes consideraram importante abordar a temática da educação sexual com seus filhos: “Muito importante. Importantíssimo, tem que orientar sim, saber como lidar. Até porque, até dentro do colégio tá sendo arriscado pra criança hoje, então tem que ser muito conversado sobre isso, principalmente eles que tem alguma fragilidade, não tem entendimento” (P06). Apenas uma das participantes não considerou importante abordar esta temática com seu filho:

“Não é importante. Eu acho que foi importante eu falar pra ele sobre o corpo dele, ele saber o que é o corpo dele, o que é cabeça, o que é mão, o que é pé, o que é pênis, o que é bumbum, pra ele saber que ele tem que ter higiene, pra ensinar a ele que a parte do corpo dele tem que ser limpa, mas em relação a parte sexual não” (P09).

6.2.2. Grupo Focal (Apêndice D).

Para análise qualitativa relativa aos resultados do conteúdo do GF com as famílias de crianças com DI e TEA foi usada a técnica de análise de conteúdo temático-categorial proposta por Oliveira (2008), baseada em Bardin (1977). Essa técnica consiste em considerar o conteúdo

do texto, passando por um crivo de classificação, gerando categorias. Após a análise de conteúdo, realizou-se cálculo de frequências destas categorias. As classificações apresentadas a seguir não foram definidas previamente, mas sim produzidas a partir do conteúdo das respostas fornecidas durante o GF, ilustradas a seguir:

- 1) Práticas educativas sexuais - Opiniões e atitudes a respeito do tema da educação sexual para seus filhos. Ex.: “sexualidade é isso, falar sobre sexo com os filhos”; “Lá em casa eu sempre sentei e conversei muito com meus filhos, porque eu acho que o diálogo começa dentro de casa”.
- 2) Práticas voltadas para higiene íntima pessoal - Práticas relacionadas a higiene íntima pessoal, seja ensinando ou demonstrando aos filhos como fazer. Ex.: “eu explicava, tem que lavar a pepeca, lavar o bumbum, lavar o peito”; “meu filho mais velho ele já toma banho sozinho ele já entende que ele tem que lavar o piu piu dele, tem que tomar banho, tem que esfregar tudo pra ficar limpinho”.
- 3) Práticas educativas para prevenção a violência sexual - Trabalho de prevenção a violência sexual. Ex.: “se alguém tentar mexer, tem que chamar papai, chamar mamãe”; “se vir algum homem querer mexer com você, você tem que gritar e não ter medo de falar pra mim e pra sua mãe, então você tem que confiar em mim e na sua mãe”.
- 4) Relatos de episódios de violência sexual - Relato dos pais de episódios de violência sexual. Ex.: “um coleguinha que botou a mão na bunda dela dentro das calças delas”; “o pai e a mãe fazendo relação sexual na frente das crianças e ele ali no meio da família”.
- 5) Percepções sobre identidade sexual e de gênero - Assuntos relacionados à orientação sexual e identidade de gênero. Ex.: “ não é dizer pra você que é a coisa certa, porque o certo é a mulher e o homem, o homem e a mulher, não é homem com homem e mulher com mulher”; “Quando a criança tiver de maior, tiver um entendimento, ‘olha é errado, mas se você quiser é uma opção sua’, agora vir empurrar goela abaixo que é certo, que nem ela explicou que ela ta casada com mulher e a pessoa tem que aceitar, não é aceitar”.
- 6) Faixa etária para abordar o tema - Quando a idade tornou-se o foco para falar sobre educação sexual. Ex.: “só vai falar quando estiver com 13 ou 14 anos, não tá na idade ainda”; “o único que tá na idade de falar sobre sexualidade ainda não procurou a falar, que é o de 10 anos e até agora não tive nem cabeça pra falar sobre isso”.
- 7) Infantilização dos filhos - A infantilização e atribuição de pureza aos filhos. Ex.: “eles só pensam só em desenho, é uma mentalidade muito infantil que eles têm”; “Dá pra ver que meu filho ainda tem mente infantil, que ele mesmo fala que tá na escola pra estudar”.
- 8) Iniciativa do filho/a para educação sexual - Situações onde os filhos trouxeram dúvidas

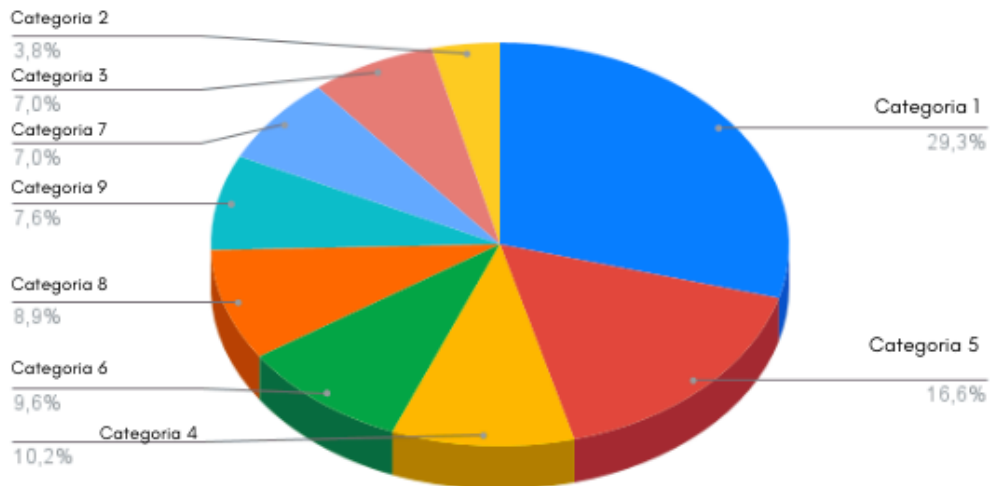
sobre educação sexual. Ex.: “Outro dia ele perguntou a gente se homem com homem, ou mulher com mulher poderiam namorar”; “porque ele pergunta, ele vê certas coisas e chega em casa e ele pergunta”.

- 9) Experiência sobre a própria educação sexual - Momentos em que os pais relataram sobre o próprio aprendizado sobre educação sexual durante a infância/adolescência. Ex.: “porque comigo ela (mãe) nunca falou, então eu tive que ir aprendendo sozinho”; “antigamente a gente aprendia na sala né, o passo a passo, como que era a gravidez, era nos livros né... que na escola também passava a respeito de sexualidade, o que é certo é certo e errado é errado, falar sobre doença, então automaticamente a gente vai aprendendo o passo a passo”.

Foram analisadas as percepções e necessidades dos familiares em relação a educação sexual e prevenção da violência sexual para crianças e adolescentes com DI e TEA, através dos grupos focais, e a partir das falas dos participantes surgiram nove categorias explicitadas anteriormente. A categoria com maior número de evocações (29,30%) foi “práticas educativas sexuais” mencionada 46 vezes pelos participantes, durante o GF. Em ordem decrescente, aparecem: “Percepções sobre identidade sexual e de gênero” (16,56%); “Relatos de episódios de violência sexual” (10,19%); “Faixa etária para abordar o tema” (9,55%); “Iniciativa do filho/a para abordar educação sexual” (8,91%); “Experiência sobre a própria educação sexual” (7,64%); “Infantilização dos filhos” e “Práticas educativas para prevenção de violência sexual” ambas com a mesma porcentagem (7%); e por fim, “Práticas educativas para higiene íntima pessoal” (3,85%). Para fins didáticos as categorias estão demonstradas na Figura 7.

Figura 7

Porcentagem de evocações de cada categoria



6.2.3. Impacto Imediato da Sessão.

A Tabela 10 demonstra a análise descritiva das variáveis qualitativas e o percentual das frases assinaladas pelas participantes tanto positivas como negativas no instrumento “Impacto da Sessão”.

Tabela 10

Análise do Impacto Imediato da Sessão após o Grupo Focal

Frase descrita	1	2	3
1. Me senti com vontade de cuidar mais de meu bem-estar	50%	0%	50%
2. Fiquei tenso	25%	75%	0%
3. Percebi melhor que problemas	25%	0%	75%

me desafiam			
4. Descobri algo sobre o que fazer para lidar com meus problemas	25%	25%	50%
5. Tive sentimentos de culpa	75%	0%	25%
6. Descobri que faço tempestade em copo d'água em certas situações	75%	25%	0%
7. Percebi que cuido mais dos outros do que de mim mesmo	75%	0%	25%
8. Me senti relaxado	25%	50%	25%
9. Questionei se vir a estes encontros vale a pena	75%	0%	25%
10. Me compreendi um pouco mais	25%	25%	50%
11. Tive confiança no grupo	0%	50%	50%
12. Pensamentos desagradáveis me invadiram a cabeça	50%	50%	0%
13. Percebi que já tomei iniciativas para cuidar de mim mesmo	25%	50%	25%
14. Me senti aliviado	0%	25%	75%
15. Compreendi melhor algumas pessoas com quem eu me relaciono	25%	25%	50%
16. Me senti com mais coragem para enfrentar certos problemas	25%	0%	75%
17. Me senti distraído e “voando” em alguns momentos	100%	0%	0%

18. Me senti desanimado em cuidar de mim mesmo	75%	25%	0%
19. Desejei realizar projetos de vida	50%	25%	25%
20. Senti que o grupo me rejeitou	100%	0%	0%
21. Percebi que tenho forças para viver	25%	0%	75%
22. Tenho vontade de desistir de participar destes encontros	100%	0%	0%
23. Me senti confiando mais em mim mesmo	25%	0%	75%

Nota. 1 = não aconteceu comigo; 2 = aconteceu comigo um pouco; 3 = aconteceu comigo bastante.

Na avaliação do Impacto Imediato da Sessão observa-se os itens mais expressivos assinalados “Senti que o grupo me rejeitou” e “Tenho vontade de desistir de participar destes encontros”, ambos assinalados “não aconteceu comigo” (100%). Outro ponto a ser salientado, diz respeito a afirmação “Fiquei tenso”, assinalada “aconteceu comigo um pouco” (75%) dos participantes e “Me senti com mais coragem para enfrentar certos problemas” respondida com “aconteceu comigo bastante” (75%).

7 DISCUSSÃO

Os resultados da revisão bibliográfica, das entrevistas, e do grupo focal realizado, apresentados na seção anterior, permitiram fazer algumas inferências, que serão apresentadas a seguir, divididas em blocos. Inicialmente, são apresentados a discussão dos resultados referente a revisão sistemática de literatura, que tinham como objetivo identificar estudos, em contexto nacional e internacional, de avaliação e intervenção sobre a temática da educação sexual ou prevenção sexual voltados para cuidadores (familiares e profissionais de saúde e educação) de crianças e adolescentes com DI e TEA. Posterior a isso, são discutidos os resultados obtidos através das entrevistas e do grupo focal realizado, que tinha como finalidade, identificar o repertório de educação sexual e as percepções de familiares a respeito do tema, além de verificar a necessidade de orientação para educação sexual e prevenção de violência sexual infantojuvenil.

7.1 Revisão sistemática de literatura

Ainda que os estudos selecionados pela presente revisão tenham apresentado objetivos e metodologias diferenciadas, a importância da educação sexual para crianças e adolescentes com TEA ou DI foi amplamente destacada. No que concernem os artigos de avaliação, tanto de abordagem qualitativa quanto quantitativa, a educação sexual foi percebida pelos cuidadores primários (Gürol et al., 2014) e profissionais de saúde (Murphy et al., 2015) ou educação (Hanass-Hancock et al., 2018; Kalyva, 2010; Vernal & Torres, 2011) como um fator essencial para o desenvolvimento de jovens com deficiências. Entretanto, faz-se necessário que a valorização da educação sexual também focalize na mudança de um discurso protecionista, o qual continua a refletir os estigmas associados à sexualidade de sujeitos com deficiência e a enfatizar os perigos de uma vida sexual ativa, para um modelo voltado para o empoderamento e direitos sexuais das crianças e adolescentes (Gürol et al., 2014; Hanass-Hancock et al., 2018). Ademais, propõe-se que pais e professores de jovens com deficiência trabalhem de forma conjunta para favorecer a educação sexual (Gürol et al., 2014; Vernal & Torres, 2011).

As pesquisas que propuseram programas de intervenção em sexualidade verificaram mudanças significativas nos níveis de conhecimento acerca da educação sexual após a exposição à intervenção (Altundağ & Çalbayram, 2016; Gkogkos et al., 2019; Klett & Turan, 2012; Pask et al., 2016; Pugliese et al., 2020; Visser et al., 2017; Warratch et al., 2020). Dentre os artigos selecionados, apenas aquele conduzido por Corona et al. (2015) não apresentou

diferenças significativas para a variável de interesse após a intervenção, ainda que a participação no programa tenha melhorado a comunicação acerca de tópicos da sexualidade entre pais e filhos e diminuído a preocupação parental. Segundo os autores, faz-se necessário que intervenções futuras voltadas para sujeitos com deficiências utilizem estratégias diferenciadas baseadas em suportes visuais, comportamentais e agendamento de atividades mais efetivas para a população-alvo.

As análises de viés das publicações informaram acerca das limitações mais frequentes dos estudos selecionados. Verificou-se que não foram mencionadas limitações em duas das cinco pesquisas qualitativas analisadas (Albuquerque & Almeida, 2010; Gürol et al., 2014). O detalhamento das limitações de um determinado estudo é essencial para o processo científico: não é possível fazer ciência sem que haja restrições, visto que as limitações representam os fatores que podem influenciar os resultados e conclusões de uma pesquisa, além de consistirem em uma oportunidade valiosa de comunicar a relevância dos próprios achados e sugerir avanços no campo avaliado (Ross & Bibler Zaidi, 2019). Portanto, a ausência do relato das limitações pode diminuir a qualidade de publicações. Em acréscimo, apenas um artigo qualitativo selecionado fez alusão tanto a conflitos de interesses quanto a fontes de financiamento relevantes (Finlay et al., 2015). A transparência acerca de tais fatores contribui para a transformação da Psicologia em um campo com mais equidade e para o aumento da confiança do público nos resultados obtidos (Romain, 2015).

Tanto os grupos das pesquisas de intervenção quanto das publicações avaliativas de caráter quantitativo analisadas apresentaram problemas em recrutar amostras representativas ($n > 30$) através de metodologias de amostragem aleatória. A escolha dos autores em utilizar amostras de conveniência, ainda que compreensível devido ao grau de dificuldade e necessidade de alocação de recursos temporais e financeiros para garantir a aleatoriedade dos participantes, prejudica a generalização dos resultados obtidos, principalmente quando os estudos envolvem avaliações de programas de intervenção (Hultsch et al., 2002; Scholtz, 2021). Ainda assim, propõe-se que pesquisas que engajem sujeitos a partir de metodologias não aleatórias justifiquem a seleção da amostra, destaquem a representatividade dos participantes e proporcionem evidências de erros de amostragem e taxas de exclusão de sujeitos (Scholtz, 2021). Contudo, diversos estudos selecionados pela presente revisão não adotaram as sugestões citadas (Holmes et al., 2015; Kalyva, 2010; Murphy et al., 2015; Vernal & Torres, 2011).

Outros vieses também foram examinados com relação a ausência de controle dos contextos nos quais foram conduzidas as pesquisas e de averiguação que o desfecho de interesse não estava presente desde o começo das investigações. Tanto as pesquisas mais controladas,

usualmente realizadas em cenários laboratoriais, quanto aquelas menos rígidas e baseadas em contextos mais naturais possuem vantagens e desvantagens inerentes a elas (Holleman et al., 2020). No âmbito das intervenções, sugere-se que uma maior estruturação da metodologia seja recomendada, dado que a avaliação da efetividade e fidedignidade de tratamentos e programas de prevenção demanda estratégias rigorosas de delineamento teórico, metodológico e comparativo (Mohr et al., 2009). Neste contexto, o uso de instrumentos validados se faz necessário, pois permite obter maior confiança na mensuração da variável desejada e possibilita a comparação dos achados com outras publicações da literatura (Gremigni, 2020).

Dentre os estudos de intervenção, os vieses mais observados foram relativos à falta de representatividade da coorte exposta, a ausência de demonstração que o desfecho de interesse não estava presente no início do estudo e a limitação de avaliar o desfecho por meio de instrumentos confiáveis. Finalmente, nenhum dos estudos quantitativos de avaliação analisados apresentaram amostra amplamente representativa (classificados pelo próprio instrumento de análise de viés como amostras inferior à $n=30$), relataram métodos apropriados de recrutamento ou taxa de exclusão de participantes e não foram conduzidos em contexto controlado, privilegiando o contexto natural como foco da intervenção (Nunes & Araújo, 2014). Não foram verificados vieses de publicação relevantes acerca das fontes de financiamento e potenciais conflitos de interesses reportados pelos autores dos artigos selecionados.

O presente estudo utilizou o protocolo PRISMA para investigar a existência de programas de educação sexual para crianças e adolescentes com DI e/ou TEA e se tais programas de intervenção e avaliação promovem o conhecimento dos participantes sobre temas relacionados à educação sexual e a prevenção da violência específicos para os jovens. Por meio da revisão sistemática foi possível notar que a temática vem sendo mais investigada, a partir dos estudos selecionados que contam com pesquisas a partir de 2010 (Albuquerque & Almeida, 2010; Kalyva, 2010) sendo o ano de 2015 com maior número de produções (Corona et al., 2015; Holmes et al., 2015; Murphy et al., 2015; Taylor & Culfear, 2015), e alguns programas estão sendo implementados a nível internacional; entretanto, percebe-se uma lacuna das produções no âmbito nacional, na qual foi possível encontrar apenas dois estudos em toda América Latina (Albuquerque & Almeida, 2010; Vernal & Torres, 2011), sendo apenas um deles realizado no Brasil (Albuquerque & Almeida, 2010), corroborando com a Hipótese 1. Ainda que a condução de mais estudos acerca da temática seja necessária e recomendada, pode-se considerar que a questão de pesquisa da presente revisão, acerca da existência de pesquisas que focalizem na educação sexual de jovens com DI ou TEA, tenha sido alcançada. A presente revisão sistemática sinalizou a importância da educação sexual voltada especificamente para as

populações de crianças e adolescentes com DI ou TEA a partir da avaliação e caracterização de estudos de intervenção e de avaliação da temática. Ainda que avanços na área sejam fundamentais, principalmente no contexto latinoamericano e brasileiro, percebeu-se que a literatura tem sido amplificada e aprofundada nos últimos anos (Altundağ & Çalbayram, 2016; Finlay et al., 2015; Gkogkos et al., 2019; Hanass-Hancock et al., 2018; Pask et al., 2016; Pugliese et al., 2020; Visser et al., 2017; Warritch et al., 2020).

Alguns dos estudos demonstraram que jovens com DI ou TEA de grau moderado a severo tendem a sofrer mais com os estigmas, assim como a variável de gênero apresentou diferença no que concerne à expressão e vivência plena da sexualidade destes jovens (Gürol et al., 2014; Holmes et al., 2015; Kalyva, 2010; Murphy et al., 2015). Em vista disso, é importante que futuras intervenções levem em consideração tais variáveis e visem combater os preconceitos estabelecidos em função do gênero e do nível de transtorno destes jovens e seus familiares; implementando, assim, intervenções que levem em consideração o grau de apoio exigido para estes jovens e seus cuidadores.

Por fim, no que tange os resultados, os programas mostraram-se eficazes, apesar de suas limitações metodológicas, em proporcionar um aumento no conhecimento sobre a sexualidade de jovens com DI e/ou TEA através da educação sexual (Altundağ & Çalbayram, 2016; Finlay et al., 2015; Gkogkos et al., 2019; Hanass-Hancock et al., 2018; Klett & Turan, 2012; Pask et al., 2016; Pugliese et al., 2020; Visser et al., 2017; Warritch et al., 2020). Quanto às intervenções realizadas com as chamadas “redes de proteção” das crianças (escola e família), estas foram capazes de proporcionar um aumento no repertório sobre o tema, auxiliando os familiares e os profissionais na orientação aos jovens com deficiência, e fazendo com que os responsáveis apresentassem maior apropriação da temática ao abordar a educação sexual de forma adequada para as especificidades destes jovens (Albuquerque & Almeida, 2010; Corona et al., 2015; Gürol et al., 2014; Hanass-Hancock et al., 2018; Pugliese et al., 2020). Portanto, os achados vão ao encontro da literatura ao afirmarem que programas de educação sexual contribuem para o desenvolvimento saudável da sexualidade de jovens com deficiência, permitem uma maior autopercepção a respeito de seus desejos e conhecimentos sobre métodos contraceptivos e contribuem como um fator de proteção contra a violência sexual, tornando estas crianças e adolescentes mais cientes de práticas sexuais inadequadas (como expor partes íntimas em público, abraçar/beijar sem consentimento do outro), além de capacitá-los para reconhecer episódios de abuso sexual e como denunciá-los (Nóbrega et al., 2021; Quesado et al., 2022; Schmidt et al., 2019; van den Toren et al., 2022; Villamayor, 2020; Breuner & Mattson, 2016).

As limitações desta pesquisa se referem ao viés de publicação dos artigos encontrados a partir dos critérios de inclusão, visto que os estudos selecionados apresentaram diversas limitações metodológicas em sua condução, ademais da heterogeneidade de artigos selecionados, a qual impossibilita maiores generalizações dos resultados. A presente revisão de literatura sinaliza os avanços e as lacunas nos estudos analisados com o propósito de contribuir para futuras intervenções e, conseqüentemente promovendo a educação sexual de crianças e adolescentes com DI e/ou TEA, bem como auxiliando seus cuidadores primários nesse processo educativo e formativo.

Apesar das limitações verificadas tanto no que concernem os estudos selecionados quanto à condução da própria revisão, é possível considerar que a sistematização da literatura possa contribuir para indicar lacunas e possibilidades relevantes para a realização de pesquisas futuras. Portanto, recomenda-se que estudos vindouros busquem o investimento em aleatorização das amostras, utilização de instrumentos considerados como padrão-ouro e proposição de intervenções que respeitem as especificidades dos grupos de participantes. Finalmente, a presente revisão contribui para o avanço da literatura ao ser uma pioneira na metodologia utilizada dentro da temática apresentada no âmbito brasileiro.

7.2. Percepção dos familiares sobre sexualidade e educação sexual

7.2.1. Entrevista com familiares: “Conversando sobre aquilo que não se conversa” (Apêndice C).

A fim de coletar informações sobre a educação sexual de crianças e adolescentes com DI e TEA, recorreu-se aos familiares como informantes para identificar o que os mesmos pensavam a respeito da temática da educação sexual e se abordavam o assunto junto aos seus filhos, percorrendo desde temas como higiene íntima pessoal, consentimento, relacionamentos, até a prevenção de violência sexual contra estes jovens. As classes apresentadas na seção anterior, analisadas pelo IRAMUTEQ, serão discutidas a seguir.

Antes de analisar as classes geradas, é importante salientar o que pode ser observado à primeira vista, na qual a classe referente a “percepções sobre a deficiência” aparece isolada, sem nenhuma ligação com as demais classes (Figura 4) e ainda em outro quadrante, mais à direita no plano fatorial, enquanto as outras classes se relacionam (Figura 6) no quadrante à esquerda. É possível perceber que nas entrevistas os assuntos relativos à deficiência não foram

relacionados a temas da sexualidade, sendo tratados como temas distintos; ainda que estivessem falando de experiências próprias e de seus filhos, não ocorreu a associação entre temas comuns à sexualidade e o diagnóstico.

Este aspecto reforça o que foi indicado anteriormente, ao evidenciar a falta de diálogo quando os dois temas - deficiência e sexualidade - são colocados em foco, dificilmente discutidos em conjunto (Ailey et al., 2003; Maia & Vilaça, 2020; Ottoni & Maia, 2019;). Tal afirmação é corroborada através da fala da participante “Eu acredito que ele nem saiba o que é isso (sexualidade), porque meu filho é autista severo, ele não sabe o que é, mas ele tem dezessete anos, então ele tá naquela parte de se masturbar” (P09), que reconhece em sua fala o desejo e o comportamento sexual de seu filho, quase atingindo a maioridade, mas não concebe a ideia de discutir e trabalhar a educação sexual junto ao mesmo, chegando a negar a compreensão e o exercício sadio de sua sexualidade, contrariando Goli et al. (2022), que afirma que sujeitos, sejam eles com ou sem deficiência, desenvolvem a sexualidade de forma semelhantes, sem desconsiderar as individualidades de cada um.

São estigmas como estes, discutidos por Ottoni e Maia (2019) que contribuem para a desinformação e para escassez de estudos e materiais que visam discorrer e discutir as deficiências e suas interseccionalidades com as sexualidades. Para Medina-Rico et al. (2017), o acesso limitado a promoção da saúde sexual de jovens com deficiência corrobora para pensamentos como:

“Não, porque eu acho que ele não vai entender. Eu não quero despertar essa curiosidade nele, porque eu tenho uma filha de cinco anos, ele é autista que ele é severo e não é verbal e eu acredito que se eu despertar essa curiosidade dele, ele não vai ter controle” (P09).

A mesma participante que nega a existência da sexualidade de seu filho ao infantilizá-lo, ainda que de forma inconsciente, relata o receio de que a educação sexual desperte o interesse dele para o tema, agindo de forma exageradamente sexual e inadequada, trazendo para discussão os dois estigmas que muitas vezes atravessam a população com deficiência, indicados na literatura por Maia e Vilaça (2020) e Goli et al. (2022): a infantilização e a hipersexualização.

Adentrando nas classes geradas pela CHD, a primeira classe “percepções sobre a deficiência” demonstra a visão adotada pelos familiares a respeito do diagnóstico de seus filhos, que muitas vezes é atravessada por um viés capacitista, com um discurso marcado pelo modelo biomédico (Fogaça & Klasura, 2021), que segue a lógica do “normal x deficiente” e utilizando termos inadequados, como salientado por Moises e Stockmann (2020): “A gente normal já pensa besteira, imagina o doente coitado” (P03); “[...] são até mais do que uma pessoa que não

é especial, eles são mais vulneráveis” (P02); “acredito que tenha uma diferença, porque pela doença, pela mente da pessoa não é normal” (P03); “Porque o autismo, TDAH ou o TOD não é uma deficiência, ele é um estado comportamental” (P08). Ainda durante as entrevistas, 77,78% das participantes relataram haver uma diferença entre abordar o tema, em função da deficiência de seu filho, ainda que seus filhos sem deficiência fossem mais jovens, as participantes consideraram ser mais importante e mais fácil trabalhar o tema junto aos jovens sem nenhum diagnóstico:

“Eu acho muito diferente falar sobre esse tema com E., porque ele é mais envergonhado, ele não deixa que a gente fale com ele, ele já quer que pare, tudo que é mais íntimo. Eu acho que tem a ver com diagnóstico dele, porque eu tenho outros filhos, cada um tem seu jeitinho, mas nenhum deles é igual ao E.” (P01).

“A gente não pode falar tudo senão eles vão se espantar, porque essas crianças não entendem né, então tem que ser de acordo com cada pessoa” (P03).

“Eu acho que tem diferença sim, principalmente na parte comportamental. Meu filho não é um autista clássico, ele tem um espectro, mas ele é diferente. Então acho que a abordagem precisa ser de forma diferente sim” (P05).

O desconhecimento e a visão limitada acerca da deficiência corroboram para que a sexualidade não seja debatida junto a este público, uma vez que o sujeito que é visto como “anormal”, “especial”, ou tem um grau de deficiência “severo”, acredita-se que no senso comum, o mesmo não será capaz de compreender, ou até mesmo desenvolver sua sexualidade de forma integral (Katz & Lazcano-Ponce, 2008; Medina-Rico et al., 2017; Treacy, et al., 2017). Ainda que seus filhos sem deficiência sejam mais novos, o diagnóstico torna-se uma questão maior que a idade ao falar sobre sexualidade: “Eu percebo que o mais novo absorve bem mais rápido, então é mais fácil”(P02).

Na classe dois, nomeada pelo pesquisador de “Conversa sobre sexualidade” os participantes reconhecem em sua fala a importância de conversar sobre a educação sexual com seus filhos, abordando temas relacionados à sexualidade, relação, casamento dentre outros assuntos: “eu acho que falar de educação sexual com eles é um pouco complicado pra mim porque são meninos, então eu não sei muito bem explicar, passar algumas coisas para ele”(P02); “Sempre que ele vem perguntar a gente procura falar, porque é melhor a gente passar pra ele do que ele aprender na rua” (P06); “Eu conversei bem pouquinho quase nada, porque entrar no assunto da sexualidade eu não sei muito, porque eu não sei como falar com ele sobre esse assunto” (P02); “Muito importante falar sobre esse tema (sexualidade), mas o difícil é saber como abordar” (P05). Apesar de reconhecerem a importância, é perceptível a dificuldade que

as famílias demonstram em iniciar a conversa junto aos seus filhos, e como abordar o tema de forma inclusiva torna-se uma questão e demanda. Portanto, comprova-se a necessidade de programas de educação sexual voltados também para os familiares, a fim de capacitá-los e oferecer ferramentas para uma educação sexual adequada e inclusiva, e o interesse apontado pelas famílias de orientação para educação sexual (Chou et al., 2016; Katz & Lazcano-Ponce, 2008; Quiterio et al., 2021; Stein et al., 2017; Treacy, et al., 2017).

Na classe cinco, ainda na mesma chave, denominada “Instrução a práticas sexuais”, as famílias demonstraram durante as entrevistas individuais como estão adotando a inserção do tema, ainda que de forma introdutória, e como a escola pode ser um espaço para que essa orientação seja realizada. As falas das participantes demonstram que em algumas situações há uma conversa sobre o tema

“[...] quando a gente vai falar sobre o assunto é desde sempre. Esse aqui é seu pênis você tem que manter guardadinho ninguém pode mexer na sua parte íntima ninguém pode mexer aqui só a mamãe e o pediatra quando a mamãe ou a vovó tiver, não pode sentar em colo de homem, não pode ninguém botar a mão no seu bumbum” (P04).

No entanto, a maioria das vezes as famílias esperam que o interesse parta da criança/adolescente para introduzir o assunto “[...] ela me pergunta. Então uma vez ela viu ele indo pro banheiro correndo e perguntou ‘mãe o D. é homem porque ele tem minhoquinha’ aí eu falei o que era” (P07); “A gente conversa com ele sim. Sempre que ele vem perguntar a gente procura falar, porque é melhor a gente passar pra ele do que ele aprender na rua”; “eu sinto ele mais recolhido em relação a educação sexual. A escola está abordando pela primeira vez com ela, porque na época dele não abordou” (P06); “ele perguntou como ele foi parar dentro da minha barriga, porque ele viu os amigos da escola falar [...] durante um tempo ele acreditava, depois ele veio me perguntar porque amiguinho falou que não é a cegonha” (P06). De acordo com as famílias, a idade média para introduzir o tema é de 9,55 anos, sendo a idade máxima indicada pelas participantes de 14 anos, relacionando as suas experiências pessoais durante a infância e ao tempo em que começa a ser estudado o corpo humano na escola para abordar a educação sexual: “tem a mudança também corporal que começa também acontecer, tem a escola que começa estudar o corpo humano, aparelho reprodutor, eu acho que é um tempo ótimo pra começar, antes disso eu não acho que é necessário” (P05); “então acho que treze ou quatorze anos, que aí no meu caso começa as primeiras aulas na escola que eu tive, que foi na escola quando estava com treze anos” (P07).

Esta postura destoa do recomendado pela literatura, principalmente ao abordar os estudos de Oliveira e Muzzeti (2020) e Vila e Prado (2020), os quais ressaltam a importância

de trabalhar junto às crianças questões relacionadas a educação sexual desde a primeira infância, aproveitando as oportunidades do cotidiano para que assuntos relativos à sexualidade possam ser abordados de maneira adequada. Apenas uma das participantes afirmou iniciar desde a primeira infância a educação sexual junto a seus filhos “eu acho que com dois anos eu já comecei porque infelizmente a maldade é cada dia maior se a gente instrui e a criança já fica mais orientada ela tem menos curiosidade e se resguarda mais” (P04). Essa iniciação tardia, pode tornar esses jovens mais vulneráveis a violência sexual (Ottoni & Maia, 2019; Vadysinghe et al., 2017), uma vez que 70,9% dos casos de abuso ocorrem com crianças entre zero e nove anos de idade.

Na outra chave, no *subcorpus* B a classe quatro, nomeada de “Relacionamentos amorosos”, demonstra a preocupação das famílias e a forma como reagem a possibilidades de seus filhos constituírem relacionamentos afetivos com outras pessoas, além da forma como abordam e enxergam tais relações. Algumas das participantes demonstraram surpresa e falta de expertise em como saber levar o tema: “teve a festa junina e ele me apresentou uma namorada, na hora eu fiquei ‘meu Deus’, até ontem não tinha nada [...] eu fiquei assim sem chão [...] fui pega de surpresa, eu não sei nem o que dizer” (P05); isso acontece porque várias famílias não concebem a possibilidade de que seus filhos com deficiência possam constituir relacionamentos, sempre atrelados a imagem dos “inocentes” e “puro” (Andrade, 2022; Maia & Vilaça, 2020; Oliveira & Muzzeti, 2020). Em outras situações, a preocupação recai sobre a díade “relacionamento x diagnóstico” (Ailey et al., 2003), na qual as características da deficiência tornam-se uma preocupação para os familiares: “quando você arrumar uma namorada pode ser que ela goste de uma outra coisa [...] é difícil ele fugir às temáticas” (P04). A fala de uma participante relata que seu filho demonstra interesse em namorar “ele sempre fala que quer namorar com dezoito anos” (P02), entretanto nem todos apresentam a mesma vontade “eu falo com ele ‘ah mas você vai namorar, vai casar com a M.’ e aí ele fala ‘Deus me livre, não quero casar com ninguém, não quero ter filhos e eu vou morar com a senhora pra sempre’.” (P08). As frases demonstram que não se pode definir o desejo a partir da deficiência, como tem acontecido ao atribuir uma assexualidade compulsória (Carvalho & Silva, 2018; Maia & Vilaça, 2020), assim como pessoas sem deficiência, a construção do desejo e da sexualidade deve ser considerada individualmente, da mesma forma que existem pessoas assexuais na comunidade PcD, tal característica não deve ser considerada uma regra criada a partir de uma ideia capacitista de infantilização (Goli et al., 2022; Maia & Vilaça, 2020).

Por fim, na última classe, intitulada “Crenças sobre educação sexual” as famílias colocaram suas visões a respeito da educação sexual, partindo de percepções pessoais do que

acham certo e errado, até a idade correta para abordar o tema: “você vai ver lá mulher com mulher se beijando, homem com homem se beijando [...] então eu acho que essas informações tem que ter uma idade certa” (P06); “claro que com treze anos eu não acho certo falar sobre o sexo propriamente dito, porque eu acho que esta muito cedo. Eu acho que as coisas elas podem esperar, elas podem aguardar, mas alguns alertas precisam ser feitos” (P05); “a mulher não seria a pessoa apropriada para falar para um homem, no caso eu sendo a mãe do A. eu vou falar sobre sua sexualidade?” (P08). A fala das participantes evidencia mais uma vez a necessidade de abordar a educação sexual o quanto antes, ainda na primeira infância, para que ciclos de desinformação sejam interrompidos e a atitude positiva frente a sexualidade seja estimulada (Oliveira e Muzzeti, 2020; Vila e Prado 2020). Um tópico que chama atenção na fala das mães é como a própria experiência junto a suas famílias e sua educação sexual influencia suas crenças sobre o tema e a maneira como vão abordar com seus filhos:

“Quando eu fui perguntar à minha mãe o que é uma menstruação, que é o esperma, ‘isso não é assunto pra você’, eu fiquei com trauma. E aí eu fui perguntar uma tia minha que era uma tia mais sagaz e falou ‘olha meu sobrinho, senta aqui’. Mas eu entendo que a educação da minha mãe era uma e a educação da minha tia foi outra” (P06).

“Minha mãe me traumatizou, minha mãe era enfermeira, ela pegou assim que menstruei, ela mostrou pra mim o homem e a mulher nu no livro e falou o homem pega o pênis e bota na mulher, enfia lá na vagina e faz um filho e pronto e acabou” (P09).

Estes dados reforçam a importância do desenvolvimento de pesquisas que promovam intervenções junto às famílias, por meio da orientação familiar, visando a desconstrução de estigmas criados, para que não se perpetuem crenças errôneas a respeito da educação sexual (Lange, 2022; Pelisoli & Piccoloto, 2010; Quiterio et al., 2021), como em uma das falas, na qual a mãe acredita que conversar sobre educação sexual ou alguma cena específica pode despertar o interesse de seu filho de 17 anos:

“quando tem um filme assim que eu to vendo que tem cenas de sexo que ele ta do meu lado eu troco de canal pra ele não ver [...] aí você imagina se eu mostrar pra ele um filme com parte de sexo, meu medo é esse dele chegar e achar aquilo ali normal e ir em cima da menina”(P09).

Para além do discutido anteriormente, as próprias participantes (44,45%) alegam não se sentirem preparadas para debater o tema com seus filhos (Goli et al., 2022; Katz & Lazcano-Ponce, 2008; Treacy, et al., 2017). As que relatam estarem prontas, apresentaram falas

inadequadas, tais como utilizar de ameaças e/ou reproduzir preconceitos ou até mesmo um desconhecimento quanto à educação sexual, se distanciando de uma prática saudável e positiva, como sugere Sartori (2022) ao basear-se na Base Nacional Curricular Comum para destacar a necessidade de debater sobre gênero e diversidade sexual em uma educação sexual inclusiva.

“Não me sinto preparada, porque eu não sei como abordar isso pra ele, que é autista, não sei como explicar isso pra ele, como conversar isso com ele como eu faço ele entender. eu acho que no meu caso teria que ser tudo pra mim, na minha opinião, eu acho que quando eu vou explicar alguma coisa pro K. é tudo visual, é tudo didático” (P09).

“Se eu estou preparada pra ensinar eles. Muito preparado, principalmente com a vassoura do lado” (P03).

Por meio das entrevistas realizadas junto às famílias, e dos exemplos demonstrados é possível concluir que os responsáveis reconhecem a importância de abordar a prevenção de violência sexual e a educação sexual junto ao seus filhos, uma vez que 88,89% responderam ser “muito importante” e “importante” trabalhar a temática com seus filhos com DI e TEA. Entretanto, ainda que reconheçam sua importância, os mesmos relatam dificuldade, falta de habilidades, carência de materiais e de instruções e orientação para se sentirem capazes de tratar sobre o tema de forma positiva, corroborando a Hipótese 2, ao reconhecer o baixo repertório dos familiares entrevistados e a infantilização que os mesmos submetem seus filhos, ainda que de forma inconsciente ao debater sobre o tema.

7.2.2. Grupo Focal (Apêndice D).

Com objetivo de identificar as percepções e necessidades de familiares voltados para educação sexual e prevenção da violência sexual para crianças e adolescentes com DI e TEA, foi utilizado o GF (n=4) como técnica de coleta de dados, com duração de duas horas. Serão apresentados e discutidos os resultados obtidos por meio das falas dos participantes.

Com as categorias definidas a partir da discussão entre as participantes, ilustradas anteriormente, atenta-se para aquelas evocadas com maior frequência, “práticas educativas sexuais” (29,30%), “percepções sobre identidade sexual e de gênero” (16,56%) e “relatos de episódios de violência sexual” (10,19%). No primeiro momento é interessante observar que a categoria a respeito das práticas educativas sexuais ser a mais evocada entre os participantes durante o grupo, demonstra que o tema foi debatido excessivamente entre as participantes e que as mesmas sentiram-se confortáveis para expressar suas opiniões e atitudes frente a educação

sexual (Pugliese et al., 2020; Stein et al., 2017).

No entanto, quando se amplia a visão para o conteúdo do debate, constata-se uma visão estereotipada e ainda muito limitada a respeito da educação sexual e aos temas relacionados que foram abordados, como nos exemplos referentes ao tema da sexualidade: “Sexualidade é uma coisa natural, a gente na infância teve, entre homem e mulher, a respeito de falar sobre sexo, a respeito dessas coisas da vida” (P01); “sexualidade é isso, falar sobre sexo, falar sobre sexo com os filhos” (P02). Percebe-se que no imaginário dos participantes, ainda persiste a ideia de que falar sobre educação sexual e sexualidade é sinônimo de falar sobre o ato sexual (Lange, 2022) e que esta conversa junto aos jovens estimula a prática sexual precoce. Essa postura faz com que os pais evitem tratar de temas sobre higiene, prevenção à violência sexual e abordagem positiva da sexualidade com seus filhos, isso se traduz ao perceber que as categorias “Práticas educativas para prevenção de violência sexual” (7%) e “Práticas educativas para higiene íntima pessoal” (3,85%) foram as menos evocadas, e por consequência, menos debatidas durante o GF. A falta de debate faz com que as crianças e os adolescentes estejam menos informadas sobre aspectos da sexualidade e por consequência estejam mais suscetíveis a episódios de violência sexual (Yano & Ribeiro, 2011).

Ainda que uma das categorias mais evocada tenha sido “relatos de episódio de violência sexual”, na qual foram relatadas pelas famílias episódios de abuso sexual sofridas por crianças e adolescentes, sejam eles tendo acontecido com seus filhos ou com outros casos próximo a eles, percebe-se que pouco se aborda a prevenção de violência (Treacy et al., 2017):

“a gente tem uma amiga nossa que a filha foi estuprada dentro da escola, na creche, ela pequenininha, ela estava com uns três anos. Aí a menina que dava banho nela... ela mesmo falou pra mãe, a mãe perguntou que chegou em casa e a estava suja de sangue. Ela ficou ué, mas ela não tá na idade disso, aí conversou com a filha e filha contou “a tia pegou um brinquedinho...” (P03)

“o pai e a mãe dormiam juntos e a criança via o pai e a mãe fazendo sexo. Deu uma confusão na escola [...] aí o outro pai (que estava na reunião da escola), como era policial descobriu. Dentro da própria casa, o pai e a mãe fazendo relação sexual na frente das crianças e ele ali no meio da família” (P04).

Atenta-se, que apesar de terem ciência de episódios de violência sexual, o assunto sobre prevenção a violência sexual é pouco debatido com seus filhos, sendo uma das categorias menos evocadas, e nem sempre tratada da maneira mais adequada, quando abordado o tema:

“toda vez que alguém vier botar a mão aqui ou aqui (partes íntimas) você dá um soco [...] a minha orientação pra minha filha é isso, se alguém botar a mão nas partes íntimas dela é pra dar soco. É um meio dela se defender” (P01).

Cabe a reflexão, ao pensar porque mesmo ao se depararem com episódios de violência sexual, os familiares ainda resistem ao abordar o tema. Uma hipótese que é possível ser pensada é a infantilização dos filhos, que apesar de ter sido pouco evocada durante o grupo, ainda apareceu como uma categoria discutida entre os familiares: “acho que ainda não está na hora [...] ela nem pensa nisso no momento e não tá na idade ainda” (P01); “eles só pensam só em desenho, é uma mentalidade muito infantil que eles têm.” (P02). A infantilização discutida por Maia e Vilaça (2020) e Goli et al. (2022), são fatores considerados como um dos grandes impeditivos, uma vez que as famílias, por não conceberem o amadurecimento de seus filhos com deficiência, adotam a postura de não achar necessário e/ou adiar a conversa sobre educação sexual, negando o acesso integral ao desenvolvimento psicosssexual destes jovens, sendo importante conceber cada etapa do desenvolvimento e grau de compreensão para tornar a conversa inclusiva e acessível (Oliveira & Muzzeti, 2020).

Outro ponto que chama atenção é que a segunda categoria mais evocada, “Percepções sobre identidade sexual e de gênero”, não aparece em nenhum momento nas perguntas elaboradas para o roteiro estruturado do GF, sendo um assunto iniciado e debatido a partir das perguntas feitas e que formaram um conteúdo importante a ser analisado. Vale ressaltar que essa característica não configura uma evasão do tema, uma vez que todo conteúdo debatido em um GF é importante quando há um impacto nos membros (Abreu et al., 2009), além de ser um tema que está relacionada à educação sexual, que perpassa pela discussão de sexualidade e gênero (Braga, 2002; Lange, 2022).

A segunda categoria mais evocada, intitulada “percepções sobre identidade sexual e de gênero” (16,56%) diz respeito a compreensão dos familiares sobre orientação sexual e identidade de gênero de seus filhos, um tema muito debatido referente a preocupações que os mesmos demonstram a respeito da sexualidade dos jovens, sem considerar a diversidade sexual dos mesmos, partindo de uma heterossexualidade compulsória. Com o número do censo apresentado anteriormente de PcDs, equivalente a 23,9% da população (IBGE, 2010), torna-se leviano presumir que todos os sujeitos são heterossexuais e cisgêneros. No entanto, as crenças pessoais e a maneira como estes familiares foram educados na infância reflete suas opiniões a respeito do tema:

“Que homem com homem é certo e mulher com mulher certo e hoje em dia todo mundo é aberto e a gente tem que aceitar o que a sociedade impõe. Então não é assim, tem que ensinar na sala de aula o certo é certo e errado é errado” (P01).

“o pai dele sentou conversou com ele, falou que ‘não é o certo, mas...’ [...] antigamente era mais escondido, agora não, as coisas estão muito abertas. Então a gente falou que tem homens que têm atração por homens, não é dizer pra você que é

a coisa certa, porque o certo é a mulher e o homem, o homem e a mulher, não é homem com homem e mulher com mulher” (P03).

“como eu vou falar pra uma criança de 10 anos se um homem quer ter uma vagina no meio, ele tá certo, ele tem que ter. Quando a criança tiver de maior, tiver um entendimento, ‘olha é errado, mas se você quiser é uma opção sua’, agora vir empurrar goela abaixo que é certo, que nem ela explicou que ela tá casada com mulher e a pessoa tem que aceitar, não é aceitar, tem que respeitar a opção dela, mas eles são crianças, mesmo respeitando ou não, eles são criança, não tá no tempo de entender isso” (P02).

“um rapaz homossexual, ele sentou, ele tava sentado num chão com o rapaz, meu filho sentou entre eles dois. O outro rapaz não era homossexual não, o outro era... ele sentou e falou assim ‘ah porque meu namorado’ ai meu filho virou pra ele... isso tem uns três anos atrás, meu filho ia fazer 6 anos, ele virou e fez assim ‘namorado? namorado não, sua namorada’ e ele ‘não meu namorado, eu tenho namorado homem’ e ele falou ‘Você não pode namorar homem’, eu fiquei olhando pra cara dele, porque a gente nunca tinha conversado isso ainda com ele e ele falou assim ‘mas meu namorado é homem’ ai a menina que tava com ele, pegou chamou ele no canto e chamou atenção dele, ‘você não podia ter falado isso pra ele. Ele é criança, você sabe se os pais dele queriam que você conversasse com ele? Você não podia ter falado isso pra ele’ ai ela pegou e chamou atenção dele, ai ele pegou e falou ‘ah falei’ e eu fiquei olhando porque eu não gostei do jeito que ele falou com meu filho. Ele podia ter disfarçado, porque eu e o pai não tinha conversado isso ainda com ele, ele podia ter respeitado, não falado pro meu filho ‘ah eu namoro, que não sei o que’ e ai...” (P03).

As falas dos familiares denotam suas crenças pessoais a respeito da sexualidade e por consequência podem influenciar na experiência sexual dos jovens, uma vez que os pais são considerados as principais fontes de educação sexual para crianças e adolescentes, e são vistos como os modelos a serem seguidos (Goli et al., 2022; Pelisoli & Piccoloto, 2010). Portanto, pais que apresentam estereótipos e desinformação em relação ao gênero e sexualidade podem contribuir negativamente para uma experiência indesejável da vivência sexual positiva de seus filhos, uma vez que falam abertamente para seus filhos suas crenças sobre o “certo” e “errado” que nem sempre condizem com a ideia de aceitação e respeito à diversidade sexual. Como dialogar com seus filhos, as habilidades que nunca foram vivenciadas pelas mães participantes do estudo, visto que na maioria dos relatos, não ocorreu a educação sexual. Este ponto corrobora com os estudos de Braga (2002); Goli et al., (2022); e Treacy et al., (2017) ao ressaltar a importância de espaços para que as famílias possam dialogar e refletir a respeito de suas crenças e experienciar novas maneiras de elaborar a temática, incluindo suas crenças e percepções a respeito do gênero e sexualidade.

Outro ponto que vale a pena salientar, apesar de não ter se tornado uma categoria a ser analisada, mas configura-se uma fala importante emitida pelas participantes, está na relação entre a educação sexual e profissionais de saúde e educação. Quando indagadas sobre a busca de orientação junto a algum profissional para auxiliar na conversa sobre educação sexual,

demonstraram desconfiança na capacidade destes profissionais e uma crença de que o assunto deve ser debatido apenas em âmbito familiar:

“não to aqui generalizando não, mas hoje pra você buscar uma orientação de um profissional ele tem que esta preparado e muitos profissionais não estão preparados, porque eles vão dizer que não é momento, que isso não pertence... e de repente ele também não tem essa informação, fica limitado” (P04).

“Acho que não tem porque procurar profissional como ele falou, porque a maioria aqui, eu, ele e minha esposa, a gente tem base familiar e não tem família desestruturada, então tem que ensinar com exemplo, então não precisa pegar com profissional pra saber como lidar, como falar com a criança, porque a gente já vive aquilo todo dia, que nem ele falou, as vezes o cara nem tem a resposta pra isso e como ele não tem a resposta pra te orientar, ele vai falar que não tá na hora ainda, Então não tem porque procurar profissional pra falar como tem que falar, como tem que agir sobre a sexualidade, higiene e respeito da minha filha ou algo do tipo, pra mim eu não tive curiosidade ainda” (P01).

A postura das famílias denota afastamento do assunto junto aos profissionais, desconsiderando a importância que os mesmos podem desempenhar na orientação familiar voltada para educação sexual (Albuquerque & Almeida, 2010; Kürtüncü & Kurt, 2021; Maia & Vilaça, 2020; Tilahun et al., 2019; Villamayor, 2020). Além da desconfiança, os familiares ainda trazem para a discussão a falta de preparo dos profissionais para uma orientação adequada, evidenciando a lacuna na formação no que diz respeito a sexualidade de jovens PcDs (Katz & Lazcano-Ponce, 2008; Meyer, 2017; Treacy, et al., 2017).

Outro ponto que vale a pena ressaltar está relacionado ao grau/nível de deficiência com a educação sexual. As falas dos familiares demonstram uma preocupação em uma maneira diferente de abordar o tema a depender do grau da deficiência, corroborando com os estudos de Gürol et al. (2014); Holmes et al. (2015); Kalyva (2010) e Murphy et al. (2015), evidenciando a necessidade de adaptar a conversa de maneira inclusiva e individual, mas garantindo o acesso à educação sexual de forma integral e saudável:

“Ai dependendo do grau você tem que começar diferente. Se for um grau leve, assim como meu filho é normal, no máximo a partir dos 9 anos em diante você tem que começar a falar, ser aberto. Porque do lado eles são criativos, mas do outro ele não tem o raciocínio como uma criança normal. E aí se pegar um espertalhão e uma espertalhona, faz sim” (P03).

“Eu acho que os pais têm que falar pela diferença de idade, mas agora se for uma grau leve, é normal. Se for um grau mais avançado, tem que ter um diferencial sim falar e explicar, e a gente não pode esconder. Tem que falar “é pênis, a vagina, é o peito, as axilas” tudo, mas com diferencial, porque muitos vão entender por causa do raciocínio...” (P04).

Após o encerramento do GF, o instrumento “Impacto Imediato da sessão” (Murta, 2008) foi preenchido pelos familiares participantes. Foi possível observar que apesar de vários

aspectos positivos assinalados, como “Senti que o grupo me rejeitou” e “Tenho vontade de desistir de participar destes encontros”, ambos assinalados “não aconteceu comigo” (100%) e “Me senti com mais coragem para enfrentar certos problemas” (75%) respondida com “aconteceu comigo bastante”, grande parte dos participantes relatou um nervosismo durante o grupo, assinalando “Fiquei tenso” (75%), na opção “aconteceu comigo um pouco”.

Apesar de terem demonstrado estarem à vontade e assinalado aspectos positivos em relação ao grupo, percebe-se que em alguns momentos os familiares sentiram uma preocupação excessiva. É possível pensar que por estarem diante de outras pessoas desconhecidas pela primeira vez possa colaborar para esta ansiedade, mas uma hipótese levantada e corroborada por Ottoni e Maia (2019), é que a temática da educação sexual ainda é um assunto tabu e que deixa os familiares nervosos diante das inseguranças e incerteza ao trabalhar o tema junto aos seus filhos com deficiência, contribuindo para perpetuação de estigmas quando trata-se de sexualidade e deficiência. Com todos os dados apresentados acima, e tudo que foi discutido em seguida, é possível corroborar a Hipótese 3, na qual se comprova a necessidade de orientação sobre educação e prevenção sexual para familiares de crianças e adolescentes com DI e TEA.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo da presente dissertação foi identificar a percepção de familiares sobre a sexualidade e a educação sexual de crianças e adolescentes com DI e TEA. Com essa finalidade, foi realizada uma revisão sistemática de literatura, entrevistas individuais e um grupo focal com as famílias de jovens com deficiência, o que proporciona importantes inferências e considerações sobre a temática estudada.

Estudar aspectos relacionados à sexualidade de crianças e adolescentes com deficiência, e principalmente como seus familiares têm percebido a temática e abordado junto aos jovens, se apresentou algo desafiador, por diversos motivos. Primeiramente, por haver carências de estudos na literatura brasileira que tratam deste tema. A temática estudada é usualmente encontrada na literatura internacional, desconsiderando aspectos socioculturais brasileiros, e em sua maioria voltada para orientações básicas contraceptivas, ao invés da exploração positiva da sexualidade (Medina-Rico et al., 2017).

A revisão sistemática baseada no protocolo PRISMA teve como intuito identificar os estudos de avaliação e intervenção sobre a educação sexual de crianças e adolescentes e evidenciou a pouca produção existente em contexto nacional voltados para familiares, cuidadores de saúde e educação, e crianças e adolescentes com DI e TEA. As entrevistas individuais foram realizadas junto aos familiares, com intenção de coletar informações sobre a educação sexual de crianças e adolescentes com deficiência, e por meio destas, foi possível identificar um baixo repertório a respeito da sexualidade e percepções infantilizadas acerca da temática da prevenção sexual e principalmente de educação sexual por parte dos familiares. Apesar disto, foi possível conceber a importância que as famílias têm dado ao tema, reconhecendo cada vez mais a importância de trabalhar a temática junto aos seus filhos, apesar da dificuldade relatada pelos mesmos de como abordar o assunto e no uso de materiais de apoio. Por fim, o grupo focal foi implementado na intenção de identificar as percepções e necessidades em relação a educação sexual e prevenção da violência sexual para crianças e adolescentes com DI e TEA e comprovou a necessidade de orientação sobre educação e prevenção sexual para familiares de crianças e adolescentes com deficiência.

Um dos aspectos a destacar, seja nas entrevistas ou no grupo focal, diz respeito à uma “idade ideal” para abordar o tema. Fica claro nas respostas dos participantes o discurso predominante e a frase que se repete “não está na hora ainda, ele é muito novo”, ainda que seus filhos tivessem idade entre cinco e 17 anos, a mesma expressão pôde ser escutada diversas vezes.

Fica explícito, que ainda ao falar sobre “educação sexual” para estas famílias é sinônimo de informar sobre “sexo” ou “diversidade sexual”, pois em diversos momentos as mesmas não reconhecem práticas que fazem parte de uma educação sexual positiva e saudável. Através de suas falas as participantes trabalham com maior frequência questões referentes a “higiene íntima pessoal”, “nomeação das partes do corpo” e em alguns casos “prevenção a violência sexual”, mas quando questionadas sobre educação sexual associam logo a prática sexual e assuntos relacionados a diversidade sexual e identidade de gênero e não consideram adequado conversar com seus filhos. Para tal, percebe-se uma necessidade de esclarecer aos familiares de fato o que significa desenvolver a temática da educação sexual com crianças e adolescentes, sempre adequando a idade e nível de compreensão; potencializar e empoderar as ações realizadas pelas famílias para que tenham consciência de suas práticas; e desmistificar suas crenças, desassociando a educação sexual da prática sexual, além de possibilitar espaços para que os pais possam desconstruir ideias preconceituosas a respeito da sexualidade e identidade de gênero.

O presente estudo fornece contribuições significativas para ciência nacional, ao se caracterizar como pioneiro na área da educação sexual de crianças e adolescentes com deficiência. A revisão sistemática mapeia o que vem sendo produzido a respeito do tema, envolvendo profissionais de saúde e educação, familiares e jovens com DI e TEA a nível nacional e internacional e revela a escassa produção brasileira sobre o tema e identifica os programas de intervenção e avaliação da área. As entrevistas individuais caracterizam-se como espaços para que os pais possam refletir a respeito de suas práticas educativas sexuais e tirar dúvidas sobre a sexualidade e prevenção de violência sexual de seus filhos, caracterizando uma contribuição social e de escuta para essas famílias.

Apesar dos resultados, o presente estudo apresenta algumas limitações. Dentre elas, é possível citar o número reduzido de familiares participantes, dificultando a realização de inferências mais consistentes, além da realização de apenas um grupo focal, limitando a discussão apenas aos participantes presentes no determinado grupo, sem a possibilidade de fazer comparações intergrupos. Outro ponto diz respeito a não utilização de instrumentos validados para verificar e mensurar as respostas dos participantes, sendo utilizados instrumentos de análise qualitativa construídos para presente pesquisa.

Os resultados apresentados permitem concluir que foi possível identificar as percepções de familiares sobre a sexualidade e a educação sexual de crianças e adolescentes com DI e TEA, através das entrevistas individuais e do grupo focal, e demonstra um campo a ser explorado, uma vez que foi comprovado que pouco se trabalha a educação sexual de jovens com

deficiência, principalmente na família. Espera-se que o presente estudo, após demonstrar a necessidade e um campo a ser explorado, contribua para pesquisas e intervenções futuras na área da sexualidade de jovens com deficiência e que diversos agentes sejam envolvidos, além da família, incluindo a própria criança e adolescente com deficiência em seus diferentes tipos e níveis de deficiência.

REFERÊNCIAS

- Abreu, N. R. D., Baldanza, R. F., & Gondim, S. M. G. (2009). Os grupos focais on-line: das reflexões conceituais à aplicação em ambiente virtual. *JISTEM-Journal of Information Systems and Technology Management*, 6(1) 5-24. DOI: 10.4301/S1807-17752009000100001
- American Psychiatric Association. (2023). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (5a ed.) Texto Revisado. Porto Alegre: Artmed.
- Andrade, R. B. D. (2022). *Estereótipos e preconceito contra pessoas com transtorno do espectro autista*. Mestrado (Psicologia). Universidade Federal de Sergipe. Recuperado de: https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/15945/2/RAQUEL_BARCELOS_ANDRADE.pdf
- Barbour, R. (2009). *Grupos focais: coleção pesquisa qualitativa*. Bookman Editora.
- Bardin, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
- Brasil (1991). *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Lei 8.069/90. São Paulo, Atlas.
- Brasil (1998). Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. *Referencial curricular nacional para a educação infantil*. Brasília: MEC/SEF, 1998. 3v. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/rcnei_vol1.pdf.
- Brasil (2015). *Lei 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão das Pessoas com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência)*. Diário Oficial da União 2015; 6 jul. Retirado de: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm
- Brasil (2017). *Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente)*. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 abr. 2017. Retirado de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13431.htm>. Acesso em: 15 de Janeiro de 2023.
- Brasil (2018). Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde Ministério da Saúde. *Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2011 a 2017*. Retirado de: https://assets-dossies-ipg-v2.nyc3.digitaloceanspaces.com/sites/5/2019/05/Ministierio_Saiude_Analise-epidemiologica-da-violenci-sexul-contra-crisis-e-adolescentes-de-2011-a-2017.pdf
- Brasil (2020). Portaria Conjunta Nº 21, de 25 de Novembro de 2020: *Aprova o Protocolo para o Diagnóstico Etiológico da Deficiência Intelectual*. Retirado de: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas->

- <pcdt/arquivos/2020/deficiencia-intelectual-protocolo-para-o-diagnostico-etiológico.pdf>
- Brasil (2009). Resolução CNE/CEB Nº 4, de 2 de Outubro de 2009: *Institui Diretrizes Operacionais para o Atendimento Educacional Especializado na Educação Básica, modalidade Educação Especial*. Retirado de: <http://bit.ly/2O3cpjy>. Acesso em: 20 de janeiro de 2023.
- Braga, E. R. M.. (2002). Sexualidade Infantil: uma investigação acerca da concepção das educadoras de uma creche universitária sobre educação sexual. Mestrado (Psicologia), Universidade Estadual Paulista (UNESP). Recuperado de: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/97676/braga_erm_me_assis.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Bronfenbrenner, U. (2005). *The bioecological theory of human development*. In U. Bronfenbrenner (Ed.), *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Bronfenbrenner, U. (2011). *Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humanos*. André de Carvalho-Barreto (trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2013). IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia*, 21(2), 513-518. <https://dx.doi.org/10.9788/TP2013.2-16>
- Carvalho, A. N. L. de, & Silva, J. P. da. (2018). Sexualidade das pessoas com deficiência: uma revisão sistemática. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 70(3), 289-304. Retirado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672018000300020
- Conselho Federal de Psicologia (2005). *Código de Ética Profissional dos Psicólogos*, Resolução n.º 10/05. Retirado de: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>
- Creswell, J., & Clark, V. (2007). Designing and Conducting Mixed Methods Research. *Sage Journal Article*, 12(4). <https://doi.org/10.1177/1094428108318066>
- Cruz, A. C. B., Minetto, M. D. F. J., Weber, L. N. D., & Alencar, M. S. O. (2022). Programa de qualidade na interação familiar e TEA: validade social. *Psicologia Argumento*, 40(109), 1797-1815. <https://doi.org/10.7213/psicolargum40.109.AO07>
- Dantas, A. C., Melo, S. de., Neves, L., Milessi, T., & Nascimento, M. Z. do. (2019). Michelzinho: Jogo sério para o ensino de habilidades emocionais em pessoas com autismo ou deficiência intelectual. *Anais do SBIE 2019 (Proceedings of the SBIE 2019)*. DOI: <http://dx.doi.org/10.5753/cbie.sbie.2019.644>
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2005). *Psicologia das habilidades sociais na infância*:

- Teoria e Prática. (1 ed.). Petrópolis: Vozes.
- Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2010). *Programa vivencial de habilidades sociais: Características sob uma perspectiva da análise do comportamento*. Em: M.R. Garcia, P. Abreu, E. N. P. de Cillo, P. B. Faleiros e P. P. Queiroz (Orgs.). *Comportamento e Cognição: Terapia Comportamental e Cognitiva*, Ed: ESETec, Santo André. pp. 127–139.
- Donat, C.J., & Pacini, J.L.V. (2022). Psicologia histórico-cultural e avaliação psicológica em indivíduos com deficiência intelectual. *Revista Brasileira de Desenvolvimento*, 8(4), 32517-32537. DOI:10.34117/bjdv8n4-640
- Fernandes, C. S., Tomazelli, J., & Girianelli, V. R. (2020). Diagnóstico de autismo no século XXI: evolução dos domínios nas categorizações nosológicas. *Psicologia USP*, 31(31). <https://doi.org/10.1590/0103-6564e200027>
- Fernandes, D. M., da Mata, N. D. S., Barcessat, A. R. P., da Silva, S. R., & Oliveira, H. M. (2014). *Educação sexual e o lúdico: análise dos saberes de pré-adolescentes acerca da puberdade*. Em Otero, L. M., Costa da., E. V. M., e Amoras, F. C. (Orgs.), *Ciências Humanas, Educação, Letras e Artes: resultados dos projetos de iniciação científica da Universidade Federal (2007-2011)*. (pp. 80 - 89). Macapá: UNIFAP. Retirado de: <https://www2.unifap.br/dpq/files/2016/07/Ci%3%aaancias-Humanas-Educa%3%a7%c3%a3o-Letras-e-Artes-resultados-dos-projetos-de-inicia%3%a7%c3%a3o-cient%3%adfica-da-UNIFAP-2007-2011.pdf#page=79>
- Fogaça, V. H. B., & Klazura, M. A. (2021). Pessoa com deficiência entre o modelo biomédico e o modelo biopsicossocial: concepções em disputa. *Emancipação*, 21(1), 1–18. <https://doi.org/10.5212/Emancipacao.v.21.2013498.006>
- Franco Adriano, M. S. P., Santos, B. M. P., de Figueiredo, C. G. G., Dulgheroff, A. C. B., Sarmiento, R. R., Bezerra, F. G., ... & Bezerra, J. F. (2020). Síndrome Respiratória Aguda Grave e a COVID-19 (SARS-Cov-2): uma revisão narrativa. *Enfermagem em Foco*, 11(2). <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n2.ESP.3775>
- Frederico, J. C. C., & Laplane, A. L. F. de. (2020). Sobre a Participação Social da Pessoa com Deficiência Intelectual. *Revista Brasileira De Educação Especial*, 26(3), 465–480. <https://doi.org/10.1590/1980-54702020v26e0156>
- Freitas, P. M. de., Nishiyama, P. B., Ribeiro, D. O., & Freitas, L. M. de., (2016). Deficiência Intelectual e o Transtorno do Espectro Autista: fatores genéticos e neurocognitivos. *Pedagogia em Ação*, 8(2), 1-11. Retirado de <http://periodicos.pucminas.br/index.php/pedagogiacao/article/view/13140/10287>
- Galvão, M. C. B., & Ricarte, I. L. M. (2019). Revisão Sistemática da Literatura: conceituação,

- produção e publicação. *Logeion: Filosofia Da Informação*, 6(1), 57–73. <https://doi.org/10.21728/logeion.2019v6n1.p57-73>
- Gomes, E. R., Coelho, H. P. B., & Miccione, M. M. (2016). Estratégias de intervenção sobre os Transtornos do Espectro do Autismo na Terapia Cognitivo Comportamental: análise da literatura. *Estação Científica*, 16(1), 1-16. Retirado de: <https://portal.estacio.br/media/3727389/estrat%C3%A9gias-de-interven%C3%A7%C3%A3o-sobre-os-transtornos-do-espectro-do-autismo-na-terapia-cognitivo-comportamental.pdf>
- Governo do Estado do Paraná (2009). Sexualidade. Secretaria de Estado da Educação. Superintendência de Educação. Departamento de Diversidades. Núcleo de Gênero e Diversidade Sexual. – Curitiba: SEED – 216 p. ISBN 978-85-85380-81-6
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2010). *Censo Demográfico: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência*. Recuperado de: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf
- Lange, C. H. (2022, 16 de Setembro). Por que sua escola precisa falar de educação sexual? *Sponte*. Recuperado de: <https://www.sponte.com.br/importancia-da-educacao-sexual-nas-escolas/>
- Lemos, E. L. de M. D., Nunes, L. de L., & Salomão, N. M. R.. (2020). Transtorno do Espectro Autista e Interações Escolares: Sala de Aula e Pátio. *Revista Brasileira De Educação Especial*, 26(1), 69–84. <https://doi.org/10.1590/s1413-65382620000100005>
- Lemos, E. L. de M. D., & Salomão, N. M. R. (2022). Jovens com transtorno autista, suas mães e irmãos: vivências familiares e modelo bioecológico. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 38(38). <https://doi.org/10.1590/0102.3772e38312.pt>
- Ling, C.Y.M., Mak, W.W.S. & Cheng, J.N.S. (2010). Attribution Model of Stigma towards Children with Autism in Hong Kong. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 23. 237-249. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2008.00456.x>
- Mac Cárthaigh, S., & López, B. (2020). Factually based autism awareness campaigns may not always be effective in changing attitudes towards autism: Evidence from British and South Korean nursing students. *Autism*, 24(5), 1177–1190. <https://doi.org/10.1177/1362361319898362>
- Machado, A. C. d. H., Nascimento, D. G. D., Neto, J. A. d. S., Alves, M. R. R., Ramos, V. D. G., & Oliveira, J. M. R. d. (2019). A relação entre a neurodiversidade e o Transtorno do Espectro Autista. *Anais da 17a Mostra de Saúde Resumos - Neurociências*, 7(2). Retirado

- de:<http://periodicos.unievangelica.edu.br/index.php/educacaoemsaude/article/view/4065/2765>
- Maia, A. C. B., & Vilaça, T. (2020). Teachers' conceptions about the sexuality of students with disabilities: effects of teacher training. *Trends in Psychology*, 28(1), 118–132. <https://doi.org/10.9788/s43076-019-00003-4>
- Mapelli, L. D., Barbieri, M. C., Castro, G. V. D. Z. B., Bonelli, M. A., Wernet, M., & Dupas, G. (2018). Child with autistic spectrum disorder: care from the family. *Escola Anna Nery*, 22(4). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0116>
- Melo, S. C. D., Lima, C. B. D., Barboza Netto, N., & Fernandes, J. C. M. (2023). A Bioecologia do Autismo: uma análise dos relatos sobre as questões sociais que atravessam o desenvolvimento. *Educação Em Revista*, 39, e39887. <https://doi.org/10.1590/0102-469839887>
- Mendes, E. G. (2010). Breve histórico da educação especial no Brasil. *Revista Educación y Pedagogía*, 22(57), 93-109. Retirado de: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/revistaeyp/article/view/9842?articlesBySimilarityPage=9>
- Meyer, C. A. (2017). Livro “O QUE É PRIVACIDADE?": uma ferramenta de prevenção da violência sexual para crianças. Mestrado Profissional em Educação Sexual (Dissertação) - Universidade Estadual Paulista, São Paulo. Retirado de: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/150592/meyer_ca_me_arafcl.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Moises, R. R., & Stockmann, D. (2020). A pessoa com deficiência no curso da história: aspectos sociais, culturais e políticos. *History of Education in Latin America - HistELA*, 1(3), 1-17. DOI: <https://doi.org/10.21680/2596-0113.2020v3n0ID20780>
- Mostardeiro, L. R., Jurema, H. G. M., Xavier, J. W. (2021). Mapeamento radiológico e autismo: uma revisão bibliográfica. *Revista da AMRIGS*, 65(3) <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/06/1373189/ar-28571.pdf>
- Neto, J. B. M., Araujo, J. B. (2020). Por Uma Psicologia Anticapacitista: Perspectivas da Psicologia Direcionadas a Pessoas Com Deficiência. *Científic@ - Multidisciplinary Journal*, 7(1), 1-18. <https://doi.org/10.37951/2358-260X.2020v7i1.5864>
- Nunes, D. R. de P., Azevedo, M. Q. O. de, & Schmidt, C. (2013). Inclusão educacional de pessoas com Autismo no Brasil: uma revisão da literatura. *Revista Educação Especial*, 26(47), 557–572. <https://doi.org/10.5902/1984686X10178>
- Nunes, D. R. P., & Rodrigues, A. E. (2014). Autismo: a educação infantil como cenário de

- intervenção. *Education Policy Analysis Archives/Archivos Analíticos de Políticas Educativas*, 221-14 <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=275031898092>
- Nunes, D., Schmidt, C., & Nunes Sobrinho, F. P. (2021). Transtorno do Espectro Autista: Proposições das políticas públicas às práticas baseadas em evidências. *Arquivos Analíticos de Políticas Educativas*, 29(77). <https://doi.org/10.14507/epaa.29.5993>
- Oliveira, D. C. (2008). Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. *Revista de Enfermagem*, 16(4), 569-576. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-512081>
- Oliveira, M. F. C. de, & Muzzeti, L. R. (2020). Sexualidade infantil: a relação entre Educação Sexual e a identidade de gênero. *Revista on Line De Política E Gestão Educacional*, 24(3), 1825–1840. <https://doi.org/10.22633/rpge.v24iesp3.14288>
- Organização das Nações Unidas [ONU]. (2006). *Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*. Retirado de: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=424-cartilha-c&category_slug=documentos-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 22 Março de 2023.
- Otoni, A. C. V., & Maia, A. C. B. (2019). Considerações sobre a sexualidade e educação sexual de pessoas com transtorno do espectro autista. *Revista Ibero-Americana De Estudos Em Educação*, 14(esp.2), 1265–1283. <https://doi.org/10.21723/riaee.v14iesp.2.12575>
- Pacheco, K. M. D. B., Alves, V. L. R. (2007). A história da deficiência, da marginalização à inclusão social: uma mudança de paradigma. *Acta Fisiátr.*, 14(4): 242-248. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2317-0190.v14i4a102875>
- Padilha, M. G. S.. (2007). *Prevenção Primária de abuso sexual: Avaliação da eficácia de um programa com adolescentes e pré-adolescentes em ambiente escolar*. Doutorado (Tese) Universidade Federal de São Carlos. Programa de Pós Graduação em Educação Especial. Retirado de: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/2835?show=full>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Systematic reviews*, 10 (1), 89. <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01626-4>
- Pátaro, R. F., & Calsa, G. C. (2020). Reflexões sobre a pesquisa com grupos focais nas ciências sociais e humanas: a questão da quantidade de participantes, proveniência e local de

- organização. *Ciências Sociais Unisinos*, 56(1),01-12. DOI: <https://doi.org/10.4013/csu.2020.56.1.01>
- Pelisoli, C.; Piccoloto L. B.. (2010). Prevenção do abuso sexual infantil: estratégias cognitivo-comportamentais na escola, na família e na comunidade. *Rev. bras. ter. cogn.*, 6(1). 108-137. DOI: 10.5935/1808-5687.20100007
- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) (2022). Pessoas com deficiência 2022. *Divulgação dos resultados gerais* https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/0a9afaed04d79830f73a16136dba23b9.pdf
- Pinheiro, R. P. (2022). *Habilidades sociais, depressão e estresse: um estudo com adolescentes vítimas de abuso sexual*. Mestrado (Psicologia). Universidade Federal do Maranhão, São Luís - MA. Retirado de: <https://tede2.ufma.br/jspui/bitstream/tede/4174/2/RENATAPORTOPINHEIRO.pdf>
- Poersch, L. A. (2020). “*O essencial é invisível aos olhos e cativa o coração*”: *superação de barreiras atitudinais no processo de ensino de estudantes com TEA na educação infantil*. Mestrado (Educação). Universidade Federal do Pampa. Recuperado de: <https://repositorio.unipampa.edu.br/bitstream/rii/5156/1/DIS%20Lauren%20Poersch%202020.pdf>
- Portes, J. R. M., Vieira, M. L., Crepaldi, M. A., More, C. L. O. O., & Motta, C. C. L. da. (2013). A criança com síndrome de Down: na perspectiva da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, com destaque aos fatores de risco e de proteção. *Boletim - Academia Paulista de Psicologia*, 33(85), 446-464. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2013000200015&lng=pt&tlng=pt.
- Quiterio, P. L., Pires, J. S., Carvalho, R. L. R., Vieira, T. O., Moço, D. P. (2021). Da prevenção ao tratamento: um olhar da Terapia Cognitivo-Comportamental para casos de violência sexual infanto-juvenil. In: Antônio Zilton de Oliveira; Mônica dos Santos de Oliveira; Francisca Tatiana Dourado Gonçalves. (Org.). *A quebra do silêncio e as vertentes do abuso sexual: manual de prevenção e intervenção*. 1ed.Curitiba: CRV, p. 119-140.
- Reis, J. G., Araújo, S. M., & Glat, R. (2019). Autopercepção de pessoas com deficiência intelectual sobre deficiência, estigma e preconceito. *Revista Educação Especial*, 32. 1-16. DOI: <https://doi.org/10.5902/1984686X33882>
- Salviati, M. E. (2017). *Manual do Aplicativo Iramuteq: Compilação, organização e notas*. Recuperado de: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/manual-do-aplicativo->

iramuteq-par-maria-elisabeth-salviati

- Sartori, T. L. (2022). Análise da educação brasileira em face ao estudo da sexualidade: Marginalização da educação sexual na BNCC. *DOXA: Revista Brasileira De Psicologia E Educação*, 23(00). <https://doi.org/10.30715/doxa.v23i00.15558>
- Silva, C. M. da. (2021). Deficiência intelectual e processos patológicos: historicidade conceitual e os possíveis efeitos nos processos de escolarização. *Cadernos do Aplicação*, 34(2). <https://doi.org/10.22456/2595-4377.113875>
- Smeha, L. N., & Cezar, P. K.. (2011). A vivência da maternidade de mães de crianças com autismo. *Psicologia Em Estudo*, 16(1), 43–50. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/pe/a/QypM8WrpBcGX9LnwfvqgWpK/?lang=pt&format=html#>
- Sousa, L. M. de. (2020). Educação Especial no Brasil: o que a história nos conta sobre a educação da pessoa com deficiência. *Revista Bibliomar*, 19(1), 159–173. Recuperado de <https://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/bibliomar/article/view/13636>
- Suriano, R. (2018). *Um modelo de transferência de tecnologias para a educação básica para avaliação de alunos com sinais do transtorno do espectro autista e deficiência intelectual*. Dissertação (Mestrado) - Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo. Recuperado de: <https://dspace.mackenzie.br/bitstream/handle/10899/22740/Raquel%20Suriano.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Veltrone, A. A., & Mendes, E. G. (2012). Impacto da mudança de nomenclatura de deficiência mental para deficiência intelectual. *Educação em perspectiva*, 3(2). DOI: <https://doi.org/10.22294/eduper/ppge/ufv.v3i2.235>
- Viana, A. C. V., Martins, A. A. E., Tensol, I. K. V., Barbosa, K. I., Pimenta, N. M. R., Lima, B. S. S. de. (2020). Autismo: uma revisão integrativa. *Revista Saúde Dinâmica*, 5(3), 1-18. Retirado de: <http://143.202.53.158/index.php/saudedinamica/article/view/40/43>
- Villa, T., & Prado, V. M. do.. (2020). Formação continuada em educação sexual para docentes de Educação Infantil. *Revista Cocar*, 14(30). 1-17. Retirado de: <file:///C:/Users/rodri/Downloads/nildeapoluceno,+Forma%C3%A7%C3%A3o+continuad+a+em+educa%C3%A7%C3%A3o+sexual+para+docentes+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Infantil.pdf>
- Weber, L., Salvador, A. P., & Brandenburg, O. (2011). *Programa de Qualidade na Interação Familiar: Manual para Aplicadores* (2a ed.). Curitiba: Juruá.
- World Health Organization. (2001). International Classification of functioning, disability and health: ICF. Recuperado de: <https://www.who.int/standards/classifications/international->

classification-of-functioning-disability-and-health

- World Health Organization. (2014). Recognizing Adolescence. Recuperado de: <https://apps.who.int/adolescent/second-decade/section2/page1/recognizing-adolescence.html> Acesso em: 10 de outubro de 2022
- World Health Organization (2019). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (10th Revision). Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2021). International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11). Retirado de: <https://icd.who.int/browse11>.
- Yano, K. M., & Ribeiro, M. O.. (2011). O desenvolvimento da sexualidade de crianças em situação de risco. *Rev. esc. enferm.* 45(6), p. 1315-1322. Retirado de: <https://www.scielo.br/j/reesp/a/QLDfCJXdFQ9rz7X5jZsNXqd/?format=pdf&lang=pt#:~:text=Se%20a%20sa%C3%BAde%20%C3%A9%20um,a%20qualidade%20de%20vida%20dela>.

REFERÊNCIAS DA REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

- Ailey, S. H., Marks, B. A., Crisp, C., & Hahn, J. E. (2003). Promoting sexuality across the life span for individuals with intellectual and developmental disabilities. *Nursing Clinics of North America*, 38(2), 229–252. [https://doi.org/10.1016/s0029-6465\(02\)00056-7](https://doi.org/10.1016/s0029-6465(02)00056-7)
- Albuquerque, P., & Almeida, M. (2010). Sexualidade e deficiência intelectual: um curso de capacitação para professores. *Revista brasileira de estudos pedagógicos*, 91(228), 408-423. <https://doi.org/10.24109/2176-6681.rbep.91i228.580>
- Altundağ, S., & Çalbayram, N. Ç. (2016). Teaching menstrual care skills to intellectually disabled female students. *Journal of Clinical Nursing*, 25(13-14), 1962-1968. <https://doi.org/10.1111/jocn.13215>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (5a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Breuner, C. C., & Mattson, G. (2016). Sexuality Education for Children and Adolescents. *Pediatrics*, 138(2), Article e20161348. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1348>
- Cheak-Zamora, N. C., Teti, M., Maurer-Batjer, A., O'Connor, K. V., & Randolph, J. K. (2019). Sexual and Relationship Interest, Knowledge, and Experiences Among Adolescents and Young Adults with Autism Spectrum Disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 48(8), 2605-2615. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-1445-2>
- Chou, Y.-C., Lu, Z. 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. doi:10.3109/13668250.2016.1259465
- Corona, L. L., Fox, S. A., Christodulu, K. V., & Worlock, J. A. (2015). Providing education on sexuality and relationships to adolescents with autism spectrum disorder and their parents. *Sexuality and Disability*, 34(2), 199–214. <https://doi.org/10.1007/s11195-015-9424-6>
- Eriksen, M. B., & Frandsen, T. F. (2018). The impact of patient, intervention, comparison, outcome (PICO) as a search strategy tool on literature search quality: a systematic review. *Journal of the Medical Library Association: JMLA*, 106(4), 420–431. <https://doi.org/10.5195/jmla.2018.345>
- Finlay, W. M., Rohleder, P., Taylor, N., & Culfeer, H. (2015). 'Understanding' as a practical issue in sexual health education for people with intellectual disabilities: a study using two qualitative methods. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 34(4), 328–338.

- <https://doi.org/10.1037/hea0000128>
- Ford, J. V., Corona Vargas, E., Finotelli Jr., I., Fortenberry, J. D., Kismödi, E., Philpott, A., Rubio-Aurioles, E., & Coleman, E. (2019). Why Pleasure Matters: Its Global Relevance for Sexual Health, Sexual Rights and Wellbeing. *International Journal of Sexual Health, 31*(3), 217–230. <https://doi.org/10.1080/19317611.2019.1654587>
- Gkogkos, G., Staveri, M., Galanis, P., & Gena, A. (2019). Sexual Education: A Case Study of an Adolescent with a Diagnosis of Pervasive Developmental Disorder-Not Otherwise Specified and Intellectual Disability. *Sexuality and Disability, 39*, 439–453. <https://doi.org/10.1007/s11195-019-09594-3>
- Goli, S., Rahimi, F. & Goli, M. (2022). Experiences of teachers, educators, and school counselors about the sexual and reproductive health of educable intellectually disabled adolescent girls: a qualitative study. *Reproductive Health, 19*, Article e96. <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01397-8>
- Gremigni, P. (2020). The Importance of Using Valid and Reliable Measures in Psychology and Psychiatry. *EC Psychology and Psychiatry, 9*(4), 24-25.
- Gruskin, S., Yadav, V., Castellanos-Usigli, A., Khizanishvili, F., & Kismödi, E. (2019). Sexual health, sexual rights and sexual pleasure: meaningfully engaging the perfect triangle. *Sexual and Reproductive Health Matters, 27*(1), 29-40. <https://doi.org/10.1080/26410397.2019.1593787>
- Gürol, A., Polat, S. & Oran, T. (2014). Views of Mothers Having Children with Intellectual Disability Regarding Sexual Education: A Qualitative Study. *Sexuality & Disability, 32*, 123–133. <https://doi.org/10.1007/s11195-014-9338-8>
- Hanass-Hancock, J., Chappell, P., Johns, R. & Nene, S. (2018). Breaking the Silence Through Delivering Comprehensive Sexuality Education to Learners with Disabilities in South Africa: Educators Experiences. *Sexuality & Disability, 36*, 105–121. <https://doi.org/10.1007/s11195-018-9525-0>
- Holleman, G. A., Hooge, I. T. C., Kemner, C., & Hessels, R. S. (2020). The 'Real-World Approach' and Its Problems: A Critique of the Term Ecological Validity. *Frontiers in psychology, 11*, 721. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00721>
- Holmes, L. G., Himle, M. B., & Strassberg, D. S. (2015). Parental romantic expectations and parent-child sexuality communication in autism spectrum disorders. *Autism: the international journal of research and practice, 20*(6), 687–699. <https://doi.org/10.1177/1362361315602371>
- Hultsch, D. F., MacDonald, S. W. S., Hunter, M. A., Maitland, S. B., & Dixon, R. A. (2002).

- Sampling and generalisability in developmental research: Comparison of random and convenience samples of older adults. *International Journal of Behavioral Development*, 26(4), 345–359. <https://doi.org/10.1080/01650250143000247>
- Kalyva, E. (2010). Teachers' perspectives of the sexuality of children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4(3), 433–437. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2009.10.014>
- Katz, G., & Lazcano-Ponce, E. (2008). Sexuality in subjects with intellectual disability: an educational intervention proposal for parents and counselors in developing countries. *Salud publica de Mexico*, 50(2), 239–254. <https://doi.org/10.1590/s0036-36342008000800018>
- Klett, L. S., & Turan, Y. (2011). Generalized Effects of Social Stories with Task Analysis for Teaching Menstrual Care to Three Young Girls with Autism. *Sexuality and Disability*, 30(3), 319–336. <https://doi.org/10.1007/s11195-011-9244-2>
- Kürtüncü, M., & Kurt, A. (2021). Nursing Students' Perspectives on Sexual Development of Children with Intellectual Disability. *Sexuality and Disability*, 39, 569–577. <https://doi.org/10.1007/s11195-021-09681-4>
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33(1), 159–174.
- Maia, A. C. B., & Vilaça, T. (2020). Teachers' conceptions about the sexuality of students with disabilities: effects of teacher training. *Trends in Psychology*, 28(1), 118–132. <https://doi.org/10.9788/s43076-019-00003-4>
- McDonnell, C. G., Boan, A. D., Bradley, C. C., Seay, K. D., Charles, J. M., & Carpenter, L. A. (2019). Child maltreatment in autism spectrum disorder and intellectual disability: results from a population-based sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(5), 576–584. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12993>
- McGuire, D. O., Tian, L. H., Yeargin-Allsopp, M., Dowling, N. F., & Christensen, D. L. (2019). Prevalence of cerebral palsy, intellectual disability, hearing loss, and blindness, National Health Interview Survey, 2009–2016. *Disability and Health Journal*, 12, 443–451. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2019.01.005>
- 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>
- Mohr, D. C., Spring, B., Freedland, K. E., Beckner, V., Arean, P., Hollon, S. D., ... Kaplan, R. (2009). The Selection and Design of Control Conditions for Randomized Controlled Trials of Psychological Interventions. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(5), 275–284.

doi:10.1159/000228248

- Murphy, C., Lincoln, S., Meredith, S., Cross, E. M., & Rintell, D. (2015). Sex Education and Intellectual Disability: Practices and Insight from Pediatric Genetic Counselors. *Journal of genetic counseling*, 25(3), 552–560. <https://doi.org/10.1007/s10897-015-9909-6>
- Nóbrega, K. B. G. da, Marinus, M. W. de L. C., Belian, R. B., & Gontijo, D. T. (2021). Validação da tecnologia educacional “abuso não vai rolar” para as jovens com deficiência intelectual. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*, 26(07), 2793-2806. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.09032021>
- Nudelman, G., & Otto, K. (2020). The development of a new generic risk- of-bias measure for systematic reviews of surveys. *Methodology*, 16(4), 278–298. <https://doi.org/10.5964/meth.4329>
- O'Brien, B. C., Harris, I. B., Beckman, T. J., Reed, D. A., & Cook, D. A. (2014) Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Academic Medicine*, 89(9), 1245-1251. Recuperado em 3 outubro, 2022, de <https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/srqr/>
- Pask, L., Hughes, T. L., & Sutton, L. R. (2016). Sexual knowledge acquisition and retention for individuals with autism. *International Journal of School & Educational Psychology*, 4(2), 86–94. <https://doi.org/10.1080/21683603.2016.1130579>
- Pugliese, C. E., Ratto, A. B., Granader, Y., Dudley, K. M., Bowen, A., Baker, C., & Anthony, L. G. (2020). Feasibility and preliminary efficacy of a parent-mediated sexual education curriculum for youth with autism spectrum disorders. *Autism: the international journal of research and practice*, 24(1), 64–79. <https://doi.org/10.1177/1362361319842978>
- Quesado, A., Vieira, M., & Quesado, P. (2022). Efeitos de um programa de educação sexual para pessoas com incapacidade intelectual. *Millenium*, 2(17), 97-105. <https://doi.org/10.29352/mill0217.24242>
- Romain P. L. (2015). Conflicts of interest in research: looking out for number one means keeping the primary interest front and center. *Current reviews in musculoskeletal medicine*, 8(2), 122–127. <https://doi.org/10.1007/s12178-015-9270-2>
- Ross, P. T., & Bibler Zaidi, N. L. (2019). Limited by our limitations. *Perspectives on medical education*, 8(4), 261–264. <https://doi.org/10.1007/s40037-019-00530-x>
- Schmidt, E. K., Brown, C., & Darragh, A. (2019). Scoping Review of Sexual Health Education Interventions for Adolescents and Young Adults with Intellectual or Developmental Disabilities. *Sexuality and Disability*, 38(3), 439–453. <https://doi.org/10.1007/s11195-019-09593-4>

- Scholtz, S. E. (2021). Sacrifice is a step beyond convenience: A review of convenience sampling in psychological research in Africa. *SA Journal of Industrial Psychology*, *47*(1), 1-12. <https://dx.doi.org/10.4102/sajip.v47i0.1837>
- Stanojević, Č., Neimeyer, T., & Piatt, J. (2020). The Complexities of Sexual Health Among Adolescents Living with Autism Spectrum Disorder. *Sexuality and Disability*, *39*(2), 345–356. <https://doi.org/10.1007/s11195-020-09651-2>
- Stein, S., Kohut, T. & Dillenburger, K. (2017). The Importance of Sexuality Education for Children With and Without Intellectual Disabilities: What Parents Think. *Sex Desabilites*, *36*, 141–148. <https://doi.org/10.1007/s11195-017-9513-9>
- Tilahun, D., Fekadu, A., Tekola, B., Araya, M., Roth, I., Davey, B., Hanlon, C., & Hoekstra, R. A. (2019). Ethiopian community health workers' beliefs and attitudes towards children with autism: Impact of a brief training intervention. *Autism*, *23*(1), 39–49. <https://doi.org/10.1177/1362361317730298>
- Treacy, A. C., Taylor, S. S., & Abernathy, T. V. (2017). Sexual Health Education for Individuals with Disabilities: A Call to Action. *American Journal of Sexuality Education*, *13*(1), 65–93. <https://doi.org/10.1080/15546128.2017.1399492>
- Vadysinghe, A. N., Dassanayaka, P. B., Sivasubramaniam, M., Senasinghe, D. P. P., Samaranyake, A. N., & Wickramasinghe, W. M. M. H. P. (2017). A study on sexual violence inflicted on individuals with intellectual developmental disorder. *Disability and Health Journal*, *10*(3), 451–454. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2016.12.010>
- van den Toren, S. J., de Haas, S., Dalmijn, E., Feenstra, H., & van Berlo, W. (2022). A mixed methods evaluation of Girls' Talk+: A sexuality education programme for girls with mild intellectual disabilities. *Journal of applied research in intellectual disabilities: JARID*, *35*(4), 1009–1018. <https://doi.org/10.1111/jar.12933>
- Vernal, Y. R., & Torres, O. G. (2011). Factores negativos en el desarrollo sexual de adolescentes con retraso mental. *MEDISAN*, *15*(2), 190-196. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000200007&lng=es&tlng=es.
- Vieira, C. M., & Coelho, M. A. (2014). Sexualidade e deficiência intelectual: concepções, vivências e o papel da educação. *Revista Tempos E Espaços Em Educação*, *7*(13), 201-212. <https://doi.org/10.20952/revtee.v0i0.3268>
- Vieira, E. C. M., & Giffoni, S. D. A. (2017). Avaliação de preditores de risco para deficiência intelectual. *Revista Psicopedagogia*, *34*(104), 189-195. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-

84862017000200009&lng=pt&tln=pt.

- Villamayor, V. L. (2020). Expresión sexual de las personas con TEA: percepción de los profesionales de la educación. *Artículos y experiencias*, 51(2), 33-53. <https://doi.org/10.14201/scero20205123353>
- Visser, K., Greaves-Lord, K., Tick, N. T., Verhulst, F. C., Maras, A., & van der Vegt, E. J. M. (2017). A randomized controlled trial to examine the effects of the Tackling Teenage psychosexual training program for adolescents with autism spectrum disorder. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 58(7), 840–850. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12709>
- Walters, J. B., Tammy L. Hughes, Lawrence R. Sutton, Stephanie N. Marshall, Laura M. Crothers, Cathryn Lehman, Dave Paserba, Vanessa Talkington, Rochelle Taormina & Ann Huang (2013) Maltreatment and Depression in Adolescent Sexual Offenders with an Autism Spectrum Disorder, *Journal of Child Sexual Abuse*, 22:1, 72-89. <https://doi.org/10.1080/10538712.2013.735357>
- Warraitch, A., Amin, R., & Rashid, A. (2020). Evaluation of a school-based sexual abuse prevention program for female children with intellectual disabilities in rural Pakistan- A feasibility study. *Applied nursing research: ANR*, 57, Article e151391. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2020.151391>
- Wells, G., Shea, B., O’Connell, D., Peterson, J., Welch, V., Losos, M., & Tugwell, P. (2013). *The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of non-randomised studies in meta-analyses*. Recuperado em 12 novembro, 2022, de http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp,
- World Health Organization. (2014). Recognizing Adolescence. Recuperado de: <https://apps.who.int/adolescent/second-decade/section2/page1/recognizing-adolescence.html> Acesso em: 10 de outubro de 2022
- World Health Organization. (2022). Sexual health. Recuperado em 20 outubro, 2022, de https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_3

APÊNDICE A – TCLE – familiares do GF

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Instituto de Psicologia - IP

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:
Informações para os familiares do grupo focal**

Prezado familiar,

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Conversando sobre sexualidade com familiares de crianças e adolescentes com deficiência: uma forma de prevenção à violência sexual”, conduzida por Rodrigo Limonge Reis Carvalho, orientado pela Professora Dra. Patricia Lorena Quiterio. Os grupos acontecerão de forma presencial, com dois encontros.

O objetivo geral desse grupo é coletar por meio dos grupos focais, conceitos, sentimentos, comportamentos e necessidades em relação à temática da educação sexual e prevenção da violência sexual para crianças e adolescentes, identificando o que pensam os familiares a respeito da sexualidade de seus filhos e quais práticas educativas utilizam para educação sexual. Os objetivos específicos são: (a) Identificar o repertório de educação sexual dos pais; (b) Promover o debate sobre a sexualidade de jovens com deficiência e formas de trabalhar a prevenção ao abuso sexual e (c) Orientar os pais a se tornarem mais seguros de seu papel, oferecendo ferramentas para auxiliar na prevenção da violência sexual.

A sua participação consistirá em: (a) ser submetido/a à avaliação do seu conhecimento a respeito de práticas educativas sexuais por meio de entrevistas antes e após os grupos de discussão; (b) ser observado pelo/a co-facilitador/a e, em alguns momentos, fotografado durante os Grupos Focais.

O formulário poderá ser respondido em dois formatos: presencial ou *online*. Caso o participante opte pelo formato *online*, o presente estudo seguirá as diretrizes para pesquisa em ambiente virtual. De acordo com estas orientações, esse TCLE será inserido antes das escalas e ao final haverá uma declaração de consentimento com esta informação: “Li e concordo em participar da pesquisa” e somente após clicar no botão aceite o/a senhor/a será direcionado/a para o link do instrumento. Caso não concorde, basta fechar a página do navegador. Todos os dados da pesquisa serão armazenados em dispositivos portáteis e em e-mail específico do grupo

de pesquisa.

Os riscos de sua participação no estudo envolvem sentir-se constrangida/o por ter assistentes de pesquisa fazendo registro das atividades desenvolvidas pelo/a participante durante os grupos e a possibilidade de tocar em temas sensíveis, a respeito da violência sexual. Não haverá qualquer gasto financeiro para os participantes durante o estudo, assim como não haverá pagamento por sua participação no mesmo.

Os resultados do estudo serão divulgados junto aos participantes da pesquisa, bem como em eventos e periódicos científicos. Todas as informações recebidas através dos Grupos Focais serão confidenciais e o sigilo sobre sua participação será assegurado. Dessa forma, os dados não serão divulgados de forma a possibilitar a sua identificação, pois será identificado/a por um nome fictício (outro nome). Em caso do uso das imagens em eventos, os rostos serão desidentificados (tarja preta sobre o rosto).

Em caso de qualquer dúvida sobre a pesquisa e a sua participação nos Grupos Focais você poderá, a qualquer momento, entrar em contato com o mestrando Rodrigo Limonge Reis Carvalho, através do contato telefônico: (21) 99641-2459 ou pelo e-mail: rodrigolimonge3@gmail.com. Ou se preferir, com a professora Patricia Lorena Quiterio. Seu contato telefônico é: 2334-0033 (UERJ) ou pelo e-mail: patricialorenauerj@gmail.com ou no Instituto de Psicologia da UERJ – Rua S. Francisco Xavier 524 sala 10.005/C, bloco F. Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com os pesquisadores responsáveis, comunique o fato ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UERJ que funciona na Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3020, bloco E, 3º andar - Maracanã -. Rio de Janeiro, RJ, e-mail: etica@uerj.br - Telefone: (021) 2569-3490. De acordo com a Resolução 466/2012: “Os CEP são colegiados interdisciplinares e independentes, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos”. Caso prefira, o/a senhor/a poderá imprimir o TCLE como comprovante, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal. Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, procedimentos, riscos e benefícios da minha participação no Grupo Focal e concordo em participar do mesmo. Fui informado(a) que a participação é voluntária, não será remunerada e não haverá gasto financeiro para os participantes durante o estudo. Tenho igualmente ciência de que posso cancelar o consentimento para minha participação a qualquer momento sem nenhuma consequência para mim, e de que todos os dados coletados serão anônimos e protegidos.

Endereço para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):

Pesquisadores Responsáveis:

Rodrigo Limonge Reis Carvalho

Endereço: Rua S. Francisco Xavier 524 sala 10.005/C, bloco F.

Contato telefônico: (21) 99641-2459 E-mail: rodrigolimonge3@gmail.com

Patricia Lorena Quiterio

Endereço: Rua S. Francisco Xavier 524 sala 10.005/C, bloco F.

Contato telefônico: (21) 99996-7706 E-mail: patricialorenauerj@gmail.com

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Nome do familiar_____
Assinatura do familiar_____
Nome do mestrando_____
Assinatura do mestrando_____
Nome da orientadora_____
Assinatura da orientadora

APÊNDICE B – Formulário de Identificação Familiar/Filho(a)

CÓDIGO

I – Dados de identificação:**FAMILIAR:**

Nome: _____

Data de nascimento: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

Contato alternativo: _____

Nível de escolaridade:

<input type="checkbox"/> Ensino Fundamental I – incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino Fundamental I – completo
<input type="checkbox"/> Ensino Fundamental II – incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino Fundamental II – completo
<input type="checkbox"/> Ensino médio - incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino médio - completo
<input type="checkbox"/> Ensino Superior – incompleto	<input type="checkbox"/> Ensino Superior – completo
<input type="checkbox"/> Mestrado	<input type="checkbox"/> Doutorado

FILHO/A COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E/OU AUTISMO:

Nome: _____

Sexo: _____

Data de nascimento: _____

Nível de escolaridade:

<input type="checkbox"/> Não alfabetizado
<input type="checkbox"/> Educação Infantil
<input type="checkbox"/> Ensino Fundamental I – ano: _____
<input type="checkbox"/> Ensino Fundamental II – ano: _____
<input type="checkbox"/> Ensino Médio – ano: _____

Opções de turnos e dias da semana para o GF:

- M T N
 2^a 3^a 4^a 5^a 6^a

Agradecemos sua participação na pesquisa!

APÊNDICE C – Entrevista com familiares: “Conversando sobre aquilo que não se conversa”**Nome:****CÓDIGO****Caro Familiar,**

Este questionário faz parte do estudo apresentado à Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), realizado pelo mestrando Rodrigo Limonge Reis Carvalho, sob orientação da Prof^a Dr^a Patrícia Lorena Quiterio, e tem como objetivo principal entender o que pensam familiares de crianças e adolescentes com Deficiência Intelectual e/ou Transtorno do Espectro Autista a respeito da educação sexual de jovens com deficiência e suas práticas adotadas para prevenção da violência sexual.

Diferente do que se entende no senso comum, a educação sexual não se refere apenas à prática sexual, e deve ser compreendida pela busca do bem-estar, influenciando pensamentos, sentimentos e a saúde física e mental. A educação sexual está presente na nomeação correta de partes do corpo, identificação das partes íntimas e por que são chamadas desta forma, conversas sobre namoro e seus interesses afetivos, a entrada na puberdade e mudanças corporais, menstruação, além do trabalho de prevenção destes jovens contra a violência sexual.

Baseado no exposto acima responda às seguintes perguntas. A sua colaboração é muito importante para auxiliar a construção deste trabalho, agradecemos muito se puder responder algumas questões. **Vale frisar que não existe resposta certa ou errada, responda de acordo com seu entendimento e experiência.**

1 - Seu/sua filho/a já demonstrou interesse sobre a temática da educação sexual?

2 - Alguém já conversou com seu/sua filho/a sobre relacionamentos afetivos e/ou educação sexual?

3. Você já conversou sobre sexualidade com seu/sua filho/a? Se sim, conte como foi (usou algum recurso, como ele/a se sentiu, como você se sentiu?). Se não, já quis / pensou em conversar?

4. Se já conversou com seu/sua filho/a, quantos anos a criança/adolescente tinha quando abordaram o assunto? Se não conversou, com que idade você acha que esse tema deve ser introduzido?

5 - Você tem outros/as filhos/as? Se sim, já conversou com eles/as sobre o tema? Percebe diferenças ao abordar o tema?

Avalie suas atitudes e crenças sobre a sexualidade usando a seguinte escala e responda as perguntas: 6, 7, 8, 9 e 10.

**1- discorda fortemente, 2- discorda, 3- nem concorda, nem discorda,
4- concorda, 5- concorda fortemente**

6 - As pessoas com deficiência têm menos interesse em sexo do que a população em geral.

discorda fortemente discorda nem concorda, nem discorda
 concorda concorda fortemente

7 - As conversas sobre educação sexual estimulam o comportamento sexual.

discorda fortemente discorda nem concorda, nem discorda
 concorda concorda fortemente

8 - As pessoas com deficiência não são vítimas de violência sexual.

discorda fortemente discorda nem concorda, nem discorda
 concorda concorda fortemente

9 - Pessoas com deficiência não precisam de educação sexual.

discorda fortemente discorda nem concorda, nem discorda
 concorda concorda fortemente

10 - Eu me sinto preparado para ensinar meu/minha filho/a sobre educação sexual.

discorda fortemente discorda nem concorda, nem discorda
 concorda concorda fortemente

11 - A criança/adolescente já passou por alguma experiência sexual negativa? (passou por algum episódio de violência sexual, mostrou as partes íntimas em público, abraçou/beijou outra pessoa sem consentimento, tocou as partes íntimas em público, masturbou-se em público...)

12 - Quanto você acha importante conversar sobre esse tema com seu/sua filho/a?

Agradecemos sua participação na pesquisa!

APÊNDICE D – Roteiro do Grupo Focal
--

Roteiro semiestruturado para o Grupo Focal

“Olá pessoal me chamo Rodrigo, sou Psicólogo formado pela UERJ e atualmente estou no Mestrado na mesma instituição, orientado pela professora Patricia Lorena Quiterio. Essa aqui é XXXXX, vai estar conosco na condução do grupo (apresentar a observadora e deixar ela se apresentar). A minha pesquisa é sobre educação sexual e prevenção do abuso sexual contra crianças e adolescentes com TEA e DI e a ideia, é que através desses grupos de discussões a gente possa conhecer a percepção de vocês sobre a temática. Lembrando que aqui não existem respostas certas nem erradas, falem mesmo sobre o que vocês pensam. A proposta do grupo é funcionar como uma discussão mesmo, por isso não tem uma ordem a ser seguida na fala, só é importante que a gente respeite a vez do outro de falar e saiba ouvir o que os demais têm para dizer. Este grupo está sendo gravado através do áudio e por esse motivo preciso da confirmação de vocês para que seja iniciada a gravação. Lembrando que os dados e as discussões realizadas aqui são de caráter sigiloso e serão utilizadas apenas para fins didáticos quando necessárias. Caso isso aconteça, vocês não serão identificadas (pedir a confirmação de uma por uma de autorização da captação de áudio).”

Para iniciar, vamos começar com uma dinâmica:

Dinâmica Inicial - Teia de Aranha (Weber, Salvador & Brandenburg, 2011)

O objetivo é realizar uma dinâmica de apresentação, na qual os membros poderão se apresentar e perguntar uns pelos outros, criando um ambiente confortável para que possam expressar aquilo que pensam sobre o tema da “sexualidade”. Passo a passo da dinâmica:

- O grupo se coloca em roda e, com o rolo de barbante em mãos, o facilitador deve pegar a ponta do barbante e amarrá-la em seu dedo indicador.
- Voltado para o restante do grupo, o facilitador explica rapidamente como será a dinâmica, que consistirá em apresentar-se e dirigir uma pergunta curiosa a outro participante, jogando o rolo de barbante para ele. Essa pergunta, entretanto, NÃO pode ser sobre filhos.
- O facilitador inicia a dinâmica, dando o exemplo de como fazer, e, ao terminar a sua apresentação, irá jogar o rolo de barbante para outra pessoa do grupo.

- A pessoa deve também dar uma volta com o cordão do barbante em seu dedo indicador e apresentar-se, só então responderá à pergunta e escolherá um outro participante para dirigir uma pergunta.
- Quando todos tiverem terminado suas apresentações, o barbante terá formado uma grande teia no meio do círculo formado pelos integrantes do grupo. O facilitador pergunta o que o grupo visualiza no centro do círculo.
- O objetivo é que se veja o emaranhado de conexões formadas e se reforce o sentimento de grupo e unidade que teremos em nossos grupos.

Roteiro

1. O que vocês pensam quando eu falo a palavra “sexualidade”?
2. E educação sexual de uma forma geral?
3. Vocês conversam/já pensaram em conversar sobre isso com filhos/as de vocês? Acha importante?
4. Acha que existe uma idade certa para abordar o tema?
5. Quais os desafios? Dificuldades?
6. Se sentem preparadas/os para falar sobre sexualidade?
7. Já conversaram/pediram orientação para algum profissional sobre como lidar com a sexualidade de seus/suas filhos/as?
8. Já conversou sobre prevenção da violência sexual?

Facilitador: *“Gostaríamos de agradecer a participação de todos, lembrando que ainda teremos mais um encontro e para participação no minicurso é necessário ter a presença nos dois grupos de discussão...”*

Encerramento: Vídeo para encerramento e reflexão do GF:
<https://www.youtube.com/watch?v=0mTpFWuyk6g>

ANEXO A – Autorização do HUPE

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

ATENÇÃO: Este é um modelo a ser adaptado segundo as necessidades de cada protocolo de pesquisa.

PESQUISA: “Habilidades sociais em crianças e adolescentes com deficiência em diferentes contextos” (FAPERJ- PROCESSO N E-26/010.001644/2019)

Responsável: Professora Patricia Lorena Quiterio (matricula 39496-5)

Eu, Laiana Azevedo Quagliato, responsável pela equipe de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Hospital Universitário Pedro Ernesto vinculado a Universidade do Estado do Rio de Janeiro, declaro que fui informada dos objetivos da pesquisa acima, e concordo em autorizar a execução da mesma nesta instituição. Caso necessário, podemos revogar esta autorização, a qualquer momento, se comprovadas atividades que causem algum prejuízo a esta instituição ou ao sigilo da participação dos integrantes desta instituição. Declaro, ainda, que não recebemos qualquer tipo de remuneração por esta autorização, bem como os participantes também não o receberão. E asseguramos que possuímos a infraestrutura necessária para o realização/desenvolvimento da pesquisa.

A pesquisa só terá início nesta instituição após apresentação do **Parecer de Aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos.**

Rio de Janeiro, 25 de janeiro de 2023.

Laiana Quagliato

Laiana Quagliato

CRM 5298100-1/ Matricula UERJ 405084

Responsável pela Equipe de Psiquiatria de Infância e Adolescência

Laiana Azevedo Quagliato
Médica
CRM 52.98100-1

Se desejar qualquer informação adicional sobre este estudo, envie uma mensagem:
nome do pesquisador, e-mail e telefone

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: etica@uerj.br - Telefone: (021) 2334-2180. O CEP COEP é responsável por garantir a proteção dos participantes de pesquisa e funciona as segundas, quartas e sextas-feiras, de 10h às 12h e 14h às 16h.