



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Mariana Travassos Almeida Alves

**O PAPEL DO SERVIÇO SOCIAL NA
PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DAS
PESSOAS COM DIVERSIDADE FUNCIONAL:
AS QUESTÕES RELACIONADAS COM A
SEXUALIDADE**

Dissertação no âmbito do mestrado em Serviço Social orientada pela
Professora Doutora Joana Carla Marques Vale Mendes Guerra e apresentada
à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de
Coimbra.

Março de 2024

AGRADECIMENTOS

Há presenças especiais a quem não posso deixar de, diretamente, dizer obrigada.

À minha família que permitiu que esta etapa tão importante fosse possível.

À minha irmã pelo apoio incondicional, pela paciência e compreensão. É com ela que cresço. E é quem me inspira a ser alguém melhor a cada dia que passa. Por me ter sempre apoiado na escolha e construção livre do meu percurso, um obrigada.

A avó Ermelinda que de certo estará orgulhosa do caminho que percorri.

A todos os amigos que fiz neste caminho. E às fiéis companheiras: Inês, Beatriz e Jéssica.

O meu profundo agradecimento a todos os assistentes sociais que participaram nesta investigação com total abertura e postura colaborativa.

Sublinho de modo particular o acompanhamento da minha orientadora, Professora Doutora Joana Guerra. Obrigada pelos ensinamentos e tempo despendido com as inúmeras questões e dúvidas de quem procurava o saber.

RESUMO

A presente investigação intitulada, *O papel do Serviço Social na promoção da qualidade de vida das pessoas com diversidade funcional: as questões relacionadas com a sua sexualidade*, assumiu como objeto de análise a compreensão do processo interventivo do assistente social no que concerne às questões da sexualidade inerentes às pessoas com diversidade funcional (DF), tendo sido conduzida a partir de objetivos centrais, procurando perceber práticas profissionais que promovam a sexualidade; identificar constrangimentos na abordagem à sexualidade no seio organizacional; elencar a necessidade de formação especializada que apoie o trabalho no contexto de DF; identificar contributos do Serviço Social no âmbito da sexualidade das pessoas com DF. A investigação privilegiou como estratégia metodológica a abordagem qualitativa e prosseguiu uma intenção de natureza exploratória, com recurso à entrevista semiestruturada sujeita a análise de conteúdo. O universo que serviu de referência ao estudo abrangeu 3 respostas sociais (CACI, Lar Residencial e SAD) e a amostra reuniu 7 profissionais, tendo sido auscultados 3 diretoras técnicas e 4 assistentes sociais. Os resultados indicam que, no contexto das respostas sociais para pessoas com DF, o Serviço Social eleva as necessidades desta população, dando ênfase às necessidades de intimidade sexual, tendo como capacidade privilegiada garantir a concretização dos direitos sexuais, a empatia e a não discriminação. De forma conclusiva, realça-se que as práticas do Serviço Social ao nível da promoção da sexualidade se relacionam com o oferecer educação sexual, apoiar as necessidades no campo da sexualidade, capacitação das equipas (multidisciplinar e de intervenção direta) e das famílias nas questões relacionadas com a sexualidade. Os profissionais envolvidos no estudo revelaram uma intervenção humanista e “mais aberta” no que respeita os direitos sexuais e reprodutivos das pessoas com DF. Demonstrando, também, uma prática significativamente diferente do passado, que se diferencia pela sua visão mais positiva e assente no acesso a serviços e a informações sobre saúde sexual. Segundo os dados recolhidos, os principais obstáculos à concretização dos direitos sexuais das pessoas com DF relacionam-se com: inexistência de quartos de casal nos estabelecimentos residenciais; crenças socioculturais em torno da sexualidade; falta de formação das equipas na área da sexualidade; e inexistência de diretrizes sobre educação sexual no seio institucional que orientem a prática profissional.

Palavras-chave: Diversidade Funcional; Sexualidade; Práticas Profissionais; Serviço Social.

ABSTRACT

This research, entitled *The role of Social Work in promoting the quality of life of people with functional diversity: issues related to their sexuality*, took as its object of analysis the understanding of the social worker's interventional process with regard to sexuality issues inherent to people with functional diversity (FD), having been conducted from central objectives, seeking to perceive professional practices that promote sexuality; identify constraints in the approach to sexuality within the organization; list the need for specialized training that supports work in the context of FD; identify contributions of Social Work in the field of sexuality of people with FD. The research used a qualitative approach as its methodological strategy and pursued an exploratory approach, using semi-structured interviews subject to content analysis. The universe that served as a reference for the study covered 3 social responses (Center for Activities and Training for Inclusion, Residential Home and Home Support Service) and the sample included 7 professionals, 3 technical directors and 4 social workers. The results indicate that, in the context of social services for people with intellectual disabilities, the Social Service raises the needs of this population, emphasizing the need for sexual intimacy, with a privileged capacity to guarantee the realization of sexual rights, empathy and non-discrimination. In conclusion, it should be noted that Social Work practices in terms of promoting sexuality are related to offering sex education, supporting needs in the field of sexuality, training teams (multidisciplinary and direct intervention) and families in issues related to sexuality. In conclusion, Social Work practices in terms of promoting sexuality are related to offering sex education, supporting needs in the field of sexuality, training teams (multidisciplinary and direct intervention) and families on issues related to sexuality. The professionals involved in the study revealed a humanistic and “more open” intervention regarding the sexual and reproductive rights of people with FD. They also demonstrated a significantly different practice from the past, which is differentiated by its more positive vision and based on access to services and information on sexual health. According to the data collected, the main obstacles to the realization of the sexual rights of people with FD are related to: the lack of double rooms in residential establishments; socio-cultural beliefs around sexuality; the lack of training for staff in the area of sexuality; and the lack of guidelines on sex education within the institution to guide professional practice.

Keywords: Functional Diversity; Sexuality; Professional Practices; Social Work.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	iii
RESUMO	iv
ABSTRACT	v
ÍNDICE DE TABELAS	viii
LISTA DE GRÁFICOS	ix
ABREVIATURAS E SIGLAS	x
INTRODUÇÃO	1
I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
1. Elementos para a compreensão do conceito de diversidade funcional.....	3
2. Sexualidade: da necessidade básica ao direito humano.....	4
3. Barreiras no acesso à sexualidade na diversidade funcional	6
4. Serviço Social e os contributos no âmbito da diversidade funcional	9
5. Abordagens teóricas e de intervenção do Serviço Social no contexto da sexualidade	12
II. ESTUDO EMPÍRICO	17
Objetivo geral	17
Objetivos específicos.....	17
Estratégia metodológica	18
Universo e Amostra.....	18
Instrumento de recolha de dados	19
Metodologia de análise dos dados	20
III. APRESENTAÇÃO E TRATAMENTO DOS DADOS	22
1. Elementos de caracterização dos assistentes sociais	22
2. Perspetivas dos assistentes sociais relativamente à sexualidade das pessoas com DF	23
3. Práticas de promoção da sexualidade	24
3.1. Equilibrar a promoção da autonomia individual com a necessidade de proteger os utentes em questões relacionadas com a sexualidade.....	26
4. Constrangimentos na abordagem à sexualidade.....	27
4.2. Barreiras institucionais que condicionam o exercício à sexualidade	28
5. Alterações ao nível das organizações por forma a promover a sexualidade	29
6. Formação complementar no campo da sexualidade	30
7. Contributos do Serviço Social no âmbito da sexualidade das pessoas com DF.	31
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	34
a) Perspetivas dos assistentes sociais relativa à sexualidade das pessoas com DF	34
b) Práticas de promoção da sexualidade	35

c) Constrangimentos na abordagem à sexualidade	38
d) Formação complementar no campo da sexualidade	41
e) Contributos do Serviço Social no âmbito da sexualidade das pessoas com DF.	42
CONCLUSÕES	44
BIBLIOGRAFIA	48
ANEXOS	55

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Codificação	21
------------------------------------	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Amostra do estudo por género	22
Gráfico 2. Cargo desempenhado pelos profissionais auscultados	22

ABREVIATURAS E SIGLAS

AS – Assistente Social

APD – Associação Portuguesa de Deficientes

APF – Associação para o Planeamento da Família

CAARPD - Centro de Atendimento, Acompanhamento e Reabilitação Social para Pessoas com Deficiência e Incapacidade

CACI - Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade

CRPG – Centro de Reabilitação Profissional de Gaia

DF – Diversidade Funcional

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

FIAS – Federação Internacional de Assistentes Sociais

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

ISCTE – Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa

LGBT - Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgénero

LR – Lar Residencial

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

SAPAPD - Serviço de Assistência Pessoal de Apoio à Pessoa com Deficiência ou Incapacidade

RAI - Residência de Autonomização e Inclusão

NCRPD - Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência

INTRODUÇÃO

A dissertação que agora se apresenta insere-se no âmbito do Mestrado em Serviço Social da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e intitula-se *O papel do Serviço Social na promoção da qualidade de vida das pessoas com diversidade funcional: as questões relacionadas com a sua sexualidade*.

O desenvolvimento do trabalho de investigação surgiu da necessidade de refletir sobre o modo como os assistentes sociais abordam as questões da sexualidade nos contextos institucionais de apoio a pessoas com diversidade funcional (DF). Assim como, ampliar o conhecimento e promover práticas inclusivas e dignificantes em relação à sexualidade desta população.

A sexualidade em pessoas com DF é um tema muitas vezes subestimado. Parece persistir um desconhecimento generalizado sobre a sua sexualidade, levando a estigmas e preconceitos (Gomes & Castilho, 2003). Isso pode resultar em negação de direitos sexuais e reprodutivos, bem como falta de educação sexual adequada. Persistem um conjunto de mitos sociais em relação à sua sexualidade, que resultam de preconceitos e desconhecimento em relação ao corpo humano, e que conduzem a atitudes discriminatórias que negligenciam os direitos sexuais, prejudicando a qualidade de vida das pessoas com DF (Santos & Santos, 2019). Verifica-se também que, do ponto de vista organizacional, há uma evitação em serem abordados temas relacionados com a sexualidade motivada pelas inexistentes ou restritas políticas institucionais (Grupo de Coordenação do Plano de Auditoria Social & CID, s/d).

Deste modo, as várias respostas sociais destinadas a apoiar pessoas com DF, onde os assistentes sociais estão inseridos, devem posicionar-se de forma positiva e potenciar forças, no sentido de contrariar a desinformação e de fazer face aos entraves colocados às pessoas com DF. Será fundamental contribuir para a mudança social no que respeita a capacitar as pessoas com DF a tomar suas próprias decisões em relação à sua sexualidade. Neste âmbito, a educação sexual também ocupa um papel de destaque, dotando as pessoas com DF de ferramentas e conhecimentos que apoiem decisões informadas sobre a sua saúde e bem-estar sexual, protegendo-as, de igual modo, de situações de risco (Almeida, 2009). É, neste sentido, importante que os profissionais se capacitem adequadamente nesta área por forma a apoiarem o desenvolvimento da sexualidade de pessoas com DF (Marques, 2005).

A presente dissertação procede à sua organização a partir de três partes, que refletem as etapas da investigação. A primeira parte visa enquadrar a problemática, sendo explicitada a recente terminologia “diversidade funcional”, conceito que veio substituir expressões como “deficiência” e “incapacidade”. Este conceito pretende reforçar que as limitações não estão apenas no corpo ou na mente da pessoa, mas também são resultado de barreiras sociais, ambientais e comportamentais que a sociedade impõe. De seguida, foi desenvolvido o conceito de sexualidade, fazendo a sua ligação com os direitos humanos e explicitando os obstáculos que as pessoas com DF enfrentam para verem garantidos o direito à privacidade, intimidade, educação sexual, acesso a contraceptivos, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST’s) e, se desejado, ter filhos. Posteriormente, é abordado o tema central da investigação empírica, nomeadamente, compreender os contributos e estratégias interventivas do Serviço Social no que concerne às questões da sexualidade inerentes às pessoas com DF. Para o efeito, mapearam-se as respostas sociais de âmbito nacional que apoiam esta população, explicitou-se o papel que os profissionais desempenham nesses mesmos contextos e as abordagens teóricas e práticas que sustentam a ação profissional. O trabalho teve como respaldo teórico as correntes que remetem para o *empowerment*, teoria das forças e perspetivas centradas nos direitos humanos.

Na segunda parte, explicita-se o desenho metodológico do estudo empírico, apresentando os objetivos, materiais e métodos, a amostra e os procedimentos de recolha, análise e tratamento de dados.

Na terceira parte, expõem-se os resultados obtidos com a realização do estudo empírico e a respetiva discussão de dados.

Finalizamos o trabalho com as principais conclusões do trabalho, elencando os seus contributos e limitações, avançando-se com propostas para futuros trabalhos com pertinência para o Serviço Social.

I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Elementos para a compreensão do conceito de diversidade funcional

A adoção do conceito de “diversidade funcional”, proposto no Fórum da Vida Independente, em janeiro de 2005, tem vindo progressivamente a substituir a expressão “pessoa com deficiência” (Romañach & Lobato, 2005). Como observa Simões (2016), as constantes transformações sociais refletem-se no conceito de diversidade funcional (DF), que acaba por espelhar a maturidade humana e cultural que se vai alcançando. O recurso à recente noção tem impulsionado novas interpretações, como sublinham Ribeiro e colaboradores (2022):

Assumidamente o ser humano é diverso nas suas características, capacidades e necessidades, que devem ser consideradas [...] Mais do que um eufemismo, a palavra ‘diversidade’ reflete a diferença, dissemelhança, dos humanos, e a palavra ‘funcional’ deriva de ‘função’, ou seja, da ação ou atividade própria de uma pessoa, das atividades que os seres humanos costumam realizar como criaturas vivas. (p. 119)

A argumentação desenvolvida pelos autores, apoia-se na ideia de que cada um de nós funciona de forma diferente ou diversa da maioria das pessoas, não requerendo a divisão da população em grupos de pessoas com e sem deficiência. O recurso ao novo referencial conceptual reveste bastante interesse uma vez que, para além do reconhecimento da heterogeneidade e da sua maior abrangência, pretende ter impacto ao nível da semântica e das perspetivas e atitudes sociais face ao fenómeno, procurando eliminar os estereótipos relativos à deficiência (Ribeiro et al., 2022). É imperativo o desenvolvimento de ações que pressuponham uma alteração da realidade social das pessoas com DF e que contrariem os impactos discriminatórios que se observam na desigualdade presente no acesso ao:

trabalho e o tempo livre e de lazer, com a escolaridade e a literacia, com a cidadania e a participação cívica e política, com a habitação, com os transportes, com os serviços públicos, com os cuidados de saúde, com a esperança de vida, etc. A lista prolonga-se em áreas de carácter mais individual e pessoal, como a constituição de uma família, a afectividade, a sexualidade, a amizade, etc. (CRPG & ISCTE, 2007, p. 21)

O conceito também se articula com os direitos humanos por adotar uma atitude de defesa de que todas as pessoas, independentemente das suas limitações ou habilidades, têm direitos inalienáveis e dignidade intrínseca. Deste modo, qualquer diferença que exista entre indivíduos não deve ser nunca geradora de tratamento inferiorizante.

Neste sentido, dado à sua visão, privilegiar-se-á a adoção do conceito “pessoa com diversidade funcional”. Não obstante, constitui um elemento fundamental o conceito de deficiência de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), particularmente nos termos da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), pois reflete um conjunto de características importantes que fazem dela um referencial ideal, nomeadamente o fornecer uma definição conceptual que domina vários setores e áreas de intervenção devido à sua compreensão comum e clara da descrição da saúde e dos estados relacionados com a saúde (OMS, 2004). Tendo na sua base uma conceção biopsicossocial, isto é, a interação das características de uma pessoa com os fatores ambientais, a CIF descreve a deficiência como as anormalidades nas funções ou estruturas do corpo. No que diz respeito à sua caracterização, podem ser de cariz físico, mental, sensorial (p. ex.: auditivo, visual e da fala), entre outras, e quanto à sua duração e curso de evolução, afiguram-se como temporárias/permanentes, progressivas/regressivas/estáveis e intermitente/contínua (OMS, 2004).

O conceito de DF deve ser tomado em consideração pelos interventores sociais, nomeadamente assistentes sociais, na medida em que reflete e reconhece a diversidade humana ao invés de a categorizar, promovendo uma cultura de inclusão que respeita e valoriza as diferenças individuais. Permite também uma abordagem holística e centrada na pessoa, incorporando todas as suas necessidades e potencialidades individuais.

2. Sexualidade: da necessidade básica ao direito humano

Enquanto seres humanos, somos seres sexuados. A sexualidade é “algo que nos acompanha ao longo da vida” (Gomes & Castilho, 2003, p. 486) está, portanto, presente desde que nascemos e é sujeita a um conjunto de evoluções na sua forma de expressão ao longo do ciclo da vida. Deste modo, o desenvolvimento psico-sexual é conotado como um processo complexo e subtil, que implica mudanças à medida que o ser humano passa pela infância, adolescência e idade adulta, ou seja, vai evoluindo até alcançar a sua maturidade (idem, ibidem).

A forma de encarar a sexualidade tem sofrido evoluções, em outras épocas a vida sexual era regulada por preconceitos morais e religiosos e estava diretamente ligada ao matrimónio e, conseqüentemente, à reprodução humana. Atualmente, predomina uma abordagem mais liberal da sexualidade, para o qual contribuíram, entre outros fatores, a luta pelos direitos humanos, a divulgação de informação fidedigna sobre sexualidade e as

evoluções em diversos campos científicos (idem, ibidem). Não obstante os avanços, a visão social associada à sexualidade continua envolta em sentimentos contraditórios e atitudes ambivalentes, fazendo com que ainda seja um tópico tabu e respeitante à intimidade de cada um.

A sexualidade abrange o sexo, a identidade e papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. E pode ser experienciada através de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos (World Association for Sexual Health, 2021). A realização sexo-afetiva é vital e crucial para qualquer pessoa, sendo para cada um de nós subjetivo, individual e personalizado (Gomes & Castilho, 2003). Rodríguez (s/d) compara, inclusive, o desenvolvimento sexual a um “fato feito por medida” (p. 32) considerando a experiência típica de cada pessoa.

Deste modo, a sexualidade diz respeito a uma importante dimensão da saúde física e mental da pessoa, sendo esse papel de tal modo importante que lhe é atribuído o estatuto de direito, uma vez que a saúde é um direito humano básico, do qual a saúde sexual é parte integrante (Gomez, 2012).

Os Direitos Sexuais e Reprodutivos são uma componente dos Direitos Humanos universais, referentes à sexualidade, saúde sexual e saúde reprodutiva que emanam de direitos de liberdade, igualdade, privacidade, autonomia, integridade e dignidade para todos os seres humanos. A fim de assegurar que todas as pessoas desenvolvam uma sexualidade saudável, os direitos sexuais e reprodutivos devem ser reconhecidos, respeitados, promovidos e defendidos por toda a sociedade. (APF, s/d, s/p.)

A OMS (2006) define saúde sexual como o estado de bem-estar físico, social e mental de alguém relativo à sua própria sexualidade, salientando que para o seu alcance é fundamental que sejam garantidas oportunidades para a vivência de experiências sexuais em contexto de segurança. Assim sendo, devem ser assegurados os direitos sexuais de todas as pessoas, independentemente da sua capacidade física ou mental e da sua posição social (Sanders, 2007).

No entanto, e no que concerne especificamente às pessoas com DF, que reportam um desenvolvimento sexual dentro da normalidade e, portanto, as mesmas necessidades e desejos sexuais (Gomes & Carrilho, 2003), os seus direitos sexuais têm vindo a ser profundamente negados e oprimidos, prejudicando a sua qualidade de vida.

É notória a preocupação societal com as barreiras físicas e atitudinais que as pessoas com DF enfrentam, no entanto, as barreiras também invadem a vida íntima, não

obstante, verifica-se que a sexualidade foi desde cedo posta de parte pelos ativistas pelos direitos das pessoas com DF, em prol dos urgentes direitos básicos, o que contribuiu para uma maior desvalorização e repúdio dos direitos sexuais (Shakespeare, 2000; Shildrick, 2019; Santos & Santos, 2019). Mais recentemente, os direitos sexuais na DF adquiriram maior atenção e visibilidade, tendo contribuído para tal a maior representatividade social da DF e o surgimento de alguns movimentos ligados à saúde sexual e reprodutiva marcados por um maior radicalismo, como “Deficientes Indignados” e “Sim, nós fodemos” (Fontes, 2019).

3. Barreiras no acesso à sexualidade na diversidade funcional

A forma como a sexualidade é experienciada é determinada na interação entre o contexto e o indivíduo, sendo influenciada por fatores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, legais, éticos, históricos, religiosos e espirituais (OMS, 2006; Holler & Bondorevsky-Heyman, 2023)

O facto de a prática sexual ser construída dentro de parâmetros heteronormativos e genitalizados conduz a uma valorização de práticas apenas exequíveis por parte de determinados modelos corporais, ignorando a sua inacessibilidade a alguns corpos com, por exemplo, diversidade motora ou doença crónica. No entanto, a sexualidade não tem necessariamente que seguir os padrões normativos, ela não é uma “performance cristalizada” (Santos & Santos, 2019, p. 168), sendo fundamental valorizar expressões alternativas ao coito, que permitem às pessoas dar e receber prazer; o uso de outras zonas erógenas do corpo; a criatividade e readaptação das posições e práticas sexuais; a memória corporal; o recurso a redes sociais, espaços virtuais e a anúncios de jornais e revistas para o exercício de uma vida sexual (Turner & Crane, 2016; Santos & Santos, 2019).

Não obstante as barreiras associadas ao quadro clínico, são os fatores socioculturais que desempenham um papel mais significativo na deficientização da sexualidade das pessoas com DF (Holler & Bondorevsky-Heyman, 2023).

Como já referido, para a generalidade da população, a sexualidade é ainda um tema tabu, contudo a censura é agravada para as pessoas com DF devido aos preconceitos e estereótipos construídos socialmente. A sexualidade na DF é sobretudo encarada como anormal (Santos & Santos, 2019), sendo esta anormalização fundada tanto na assexualidade, como no oposto, a hipersexualização (Bahner, 2019). Existe, assim, no

imaginário social, o entendimento sob estas duas premissas: o não sentir quaisquer necessidades sexuais e a sexualidade extremamente explícita e, muitas vezes, inadequada.

Adicionalmente, os corpos deficientes não se adaptam às expectativas culturais e estéticas, já que são considerados anormais (Garland-Thomson, 2019) e se afastam do corpo sexualmente/eroticamente considerado elegível, o que os acaba por desqualificar como sujeitos sexuais (Nogueira, 2019). Verifica-se que, as pessoas com DF internalizam estes estigmas, acabando por se perceberem como menos atrativas e sexualmente incompetentes (Gomez, 2012). Adicionalmente, alguma investigação revela que as pessoas com DF preferem relacionar-se com pessoas com o mesmo quadro clínico por forma a evitar o estigma de que são alvo, por outro lado, junto de um/a parceiro/a com trajetórias semelhantes poderão ver satisfeitas necessidades de aceitação e compreensão (Löfgren-Mårtenson, 2004; Gomez, 2012).

Outra barreira de relevo são as crenças e as atitudes dos cuidadores, apontadas como o obstáculo com maior impacto na vivência da sexualidade dos indivíduos com DF (Silva, 2020). A família é o lugar onde se transmitem os valores primordiais sobre a vida sexual e onde se forma a consciência moral da criança, tendo os pais o direito e o dever de proporcionar a adequada educação sexual aos seus filhos, no entanto, verifica-se que no seio familiar se opta frequentemente pelo silêncio, sendo a sexualidade um tema não abordado, reprimido e minimizado (Almeida, 2009). Vários autores enumeram algumas razões explicativas subjacentes à ocultação do assunto na família, nomeadamente, o medo de não saber responder de forma adequada e correta às questões colocadas relacionadas com a sexualidade, podendo isso, ao invés de esclarecer dúvidas, causar mais confusão; a moralidade de cada família¹; as ideias estereotipadas associadas à inexistência de espaço sexual na vida das pessoas com DF; e, por fim, o facto de não se querer “despertar” a sexualidade da pessoa (Rodríguez, s/d; Rushbrooke, Murray & Townsend, 2014).

Porém, estas atitudes de sobreproteção exercidas por parte do contexto familiar, associadas a ambientes proibitórios e controladores, bem como a falta de informação especializada na sexualidade, acabam por colocar as pessoas com DF em situações de maior risco (Löfgren-Mårtenson, 2004). Pois, tal compromete o seu crescimento

¹ A família deve transmitir os valores que considera ideais, ainda assim deve considerar as mudanças sociais e, sobretudo, a identidade dos/as filhos/as, o que nem sempre significa coincidir com o modelo de família (Rodríguez, s/d).

interpessoal, a emancipação afetiva, a expressão sexual, como também limita a sua autonomia, privacidade e, conseqüentemente, a sua socialização (Almeida, 2009).

As instituições, a par com os técnicos, também desempenham um papel educativo e representam um apoio complementar quando o meio familiar se encontra comprometido em proporcionar os conhecimentos necessários ao nível da sexualidade. Deste modo, o desejável é que o apoio e acompanhamento sejam concertados e compartilhados entre profissionais das instituições e familiares, por forma a garantir uma sexualidade saudável (Rodríguez, s/d).

No entanto, institucionalmente, denota-se a falta de preparação dos técnicos para abordar a questão sexual relacionada com a lacuna ao nível da formação e capacitação adequada (Lee, Fenge & Collins, 2019). Gomes e Castilho (2003) realçam também a este propósito que alguns profissionais “não estão preparados para entender a vivência e a expressão sexo-afetiva da pessoa com deficiência, pois perspetivam a sexualidade pelo seu lado negativo, deficitário ou disfuncional” (p. 483). Deste modo, o contexto institucional é acompanhado de várias representações estereotipadas o que acaba por exacerbar uma imagem desvalorizadora da sexualidade das pessoas com DF, tal como vários autores destacam (Bahner, 2019).

Em contrapartida, os profissionais que implementam a educação sexual argumentam que intervir no campo da sexualidade junto dos seus utentes é bastante sensível, uma vez que comumente as famílias não apoiam esse tipo de intervenção, sendo restritivas, o que os impede de responder profissionalmente às necessidades das pessoas com DF (Holler & Bondorevsky-Heyman, 2023). Por outro lado, as políticas organizacionais (inexistentes ou restritivas) também condicionam a intervenção voltada para a promoção da sexualidade. A falta de diretrizes que orientem a prática profissional, conduz a ações baseadas em ideias pessoais, por vezes erradas. Vários estudos realçam que há uma tendência conservadora e evitação em serem abordados temas relacionados com a sexualidade (p. ex.: menstruação, métodos contraceptivos, entre outros) (Rushbrooke et al., 2014; Grupo de Coordenação do Plano de Auditoria Social & CID, s/d).

Neste sentido, é perceptível que existe uma pobre ou inexistente educação sexual, normalmente ao encargo dos cuidadores e técnicos (sociais e de saúde). No entanto, não se compreende o desrespeito nesta matéria, pois o artigo 25.º da Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência estipula que os Estados Parte devem “providenciar

às pessoas com deficiência a mesma gama, qualidade e padrão de serviços e programas de saúde gratuitos ou a preços acessíveis iguais aos prestados às demais, incluindo na área da saúde sexual e reprodutiva” (ONU, 2006, p. 12).

Outra situação que condiciona a vivência da sexualidade deste grupo populacional é a ausência de espaços de privacidade para as suas condutas sexuais, auto-eróticas ou relações com outras pessoas (Gomez, 2012; Holler & Bondorevsky-Heyman, 2023). No que diz respeito aos indivíduos institucionalizados, a dificuldade de acessibilidade ao ambiente privado acentua-se, uma vez que estão permanentemente acompanhados o que torna difícil a construção e a compreensão do sentido de espaço público versus espaço íntimo (Almeida, 2009). Machado (2017) refere que:

pouco ou nada se prevê a dimensão sexual dos utentes, não existindo um espaço com privacidade e conforto. Em contexto residencial, isto é mais evidente ainda, sendo raro encontrar camas de casal. Entrar numa instituição acaba como funcionar como uma sentença de se ficar só, e de impossibilidade de desenvolver laços afetivos. (s/p).

Verifica-se, igualmente, a dificuldade das pessoas com DF em aceder a contextos normalizados, vivendo segregadas, geralmente isoladas em contexto familiar ou institucional, sendo afastadas de outros meios sociais, o que diminui as oportunidades de socialização e de crescimento interpessoal e, conseqüentemente, de envolvimento afetivo-sexual (Almeida, 2009).

Todos estes condicionantes comportam conseqüências relacionadas com os riscos associados à sexualidade, como problemas de saúde, abuso sexual, violência física e verbal, abuso emocional e financeiro, gravidez não planeada, estabelecimento de relações amorosas prejudiciais. Mas também com grande impacto ao nível da auto-estima, confiança e valor pessoal (Rodríguez, s/d; Holler & Bondorevsky-Heyman, 2023). Para além das conseqüências associadas, fica condicionada a acessibilidade à informação fidedigna, autonomia e liberdade de escolha, ou seja, é negado o direito a uma educação sexual afetiva positiva e responsável, bem como aos direitos sexuais. Torna-se, assim, crucial proporcionar instrução e acompanhamento para que as pessoas com DF tenham conhecimento sobre os perigos que existem na manifestação da sexualidade e para que façam escolhas informadas sobre as suas experiências sexuais.

4. Serviço Social e os contributos no âmbito da diversidade funcional

Por entre os vários contextos organizacionais onde os assistentes sociais se encontram inseridos, as entidades da esfera não lucrativa provenientes da economia social

caracterizam-se como o meio privilegiado no espectro da intervenção social dirigida à população com DF. Em Portugal, no âmbito das políticas sociais, existem variadas respostas sociais, na sua maioria exercidas pelas IPSS's, que se destinam a manter e a promover a qualidade de vida das pessoas adultas com DF, em função das suas necessidades e grau de autonomia. De acordo com a Carta Social (2023), estas configuram-se em Centro de Atendimento, Acompanhamento e Reabilitação Social para Pessoas com Deficiência e Incapacidade (CAARPD); Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão (CACI); Lar Residencial; Residência de Autonomização e Inclusão (RAI); Serviço de Assistência Pessoal de Apoio à Pessoa com Deficiência ou Incapacidade (SAPAPD); e Serviço de Apoio Domiciliário (SAD).

Nos vários domínios em que intervém na área da DF, o Serviço Social lida com populações heterogéneas com problemáticas muito diversificadas e complexas, exigindo um conhecimento amplo relativamente às mesmas. Frequentemente, este público apresenta necessidades de saúde, sociais, educativas e de reabilitação específicas, que requerem respostas adaptadas à sua individualidade, pretendendo-se sempre melhorar ou transformar a situação da pessoa, potenciando o seu nível de funcionalidade – física, mental, social, ocupacional e relacional.

De uma forma evolutiva, e tal como informam Stainton, Chenoweth e Bigby (2010), a deficiência era uma realidade invisível no campo do Serviço Social, assistindo-se a uma transição de uma intervenção de uma base assistencial e assente na caridade para uma intervenção voltada para a promoção dos direitos humanos e direitos sociais e políticos. Neste enquadramento, a grande contribuição da profissão reside no seu compromisso com os direitos humanos e a justiça social, através da promoção de uma intervenção assente na inclusão social, dignidade humana, qualidade de vida e autodeterminação (FIAS, 2014). Não deixando de reconhecer que algumas pessoas marcadas pelas suas condições cognitivas e adaptativas, destacando-se as com diversidade mental, necessitam de ações ajustadas às suas capacidades e apoio extensivo para que construam e potenciem a sua capacidade de tomada de decisão.

Atuar com vista à mudança social é também um dos vetores centrais do Serviço Social, devendo os assistentes sociais contribuir para o desenvolvimento de políticas inclusivas, trabalhando para uma sociedade mais inclusiva e favorecendo a participação igualitária das pessoas com DF (Gomes, 2020).

Assumidamente, o *empowerment* é um vetor crucial na intervenção junto desta população, sendo que o mesmo resulta de práticas que procuram tirar o melhor partido das competências e capacidades das pessoas; que tendem a promover a valorização, autonomização, capacitação, autodeterminação, cidadania; e que visam a transformação e mudança social (Pinto, 2011). De igual modo, o Serviço Social desencadeia intervenções centradas na pessoa e participativas, tendo a capacidade de contribuir para a sua humanização.

No domínio da DF, o Serviço Social assume determinadas funções e papéis às quais importa fazer referência. A literatura tem vindo a distinguir vários níveis interventivos: individual, familiar e comunitário, assim sendo, o objeto da intervenção social é a pessoa com DF, mas também o seu contexto abrangente (Pereira, 2016).

Em concreto e no âmbito da intervenção individual distinguem-se essencialmente, a) a prestação de informações e/ou orientações de índole diversa relativamente ao quotidiano da resposta social; b) a gestão das entradas e saídas na resposta social; c) a gestão de casos (p. ex.: efetuar o diagnóstico social, elaborar relatórios sociais, realizar entrevistas, gerir o processo de inscrição, admissão e acolhimento aos utentes, desenvolver contratos de prestação de serviços e elaborar planos individuais); d) o planeamento de dinâmicas/atividades organizacionais e comunitárias, que visem prevenir e/ ou controlar a situação clínica, estimular valores e competências e promover a autonomia e a integração social; e) a mobilização de recursos, garantindo a acessibilidade aos mesmos; e f) o treino de competências relacionadas com a comunicação, autocuidado, saúde e segurança.

No que diz respeito à intervenção familiar, importa a) conhecer a situação sociofamiliar, modos de vida, qualidade de relações interpessoais entre familiares e indivíduos e redes de solidariedade; b) compreender quais as expectativas, preferências e necessidades das famílias para que se mobilizem recursos para as satisfazer apropriadamente; c) promover a relação existente entre o utente e a sua família, envolvendo-a no projeto de intervenção individual; d) fornecer informações, aconselhamento e orientação; e) mediar prováveis situações de conflito e/ou insatisfações no âmbito das relações institucionais; e f) treino de competências parentais.

Relativamente à intervenção comunitária, revela-se fundamental o envolvimento e proximidade com a comunidade através a) do desenvolvimento de atividades na comunidade; b) da promoção da participação dos utentes nos eventos existentes; c) do

estabelecimento de parcerias com os serviços comunitários; e d) da sensibilização dos direitos das pessoas com DF.

Este pressuposto implica a existência de equipas técnicas de composição multidisciplinar (p. ex., assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, animador, médico, enfermeiro, entre outros), que mobilizam diferentes saberes e que permitem cruzar informação social, clínica e de enfermagem, pertinentes para a qualidade e planeamento da intervenção.

Destaca-se, por fim, que a intervenção com este tipo de população se reveste de particularidades, requerendo uma responsabilidade acrescida, compromisso para com outro, sensibilidade e empatia. Implicando, também, o encarar a pessoa com seriedade e com atenção específica enquanto ser único, que possui necessidades, capacidades e preocupações que lhe são específicas, respeitando e reconhecendo as diferenças.

5. Abordagens teóricas e de intervenção do Serviço Social no contexto da sexualidade

O diálogo entre o Serviço Social e a sexualidade tem vindo a adquirir mais centralidade nos tempos recentes por forma a impulsionar a intervenção neste âmbito e a aprofundar o estudo científico acerca da temática (Trevillion, 2007). No entanto, informa a história da profissão que na década de 70 surgiam os primeiros documentos que procuravam nortear a atividade profissional nesta dimensão (Dunk-West, 2007; Giertsen, Lavie-Ajayi & McKay, 2021):

The first papers to discuss social work teaching about sexuality emerged in the 1970s. Tanner (1974) and Matek (1997) were the first to suggest a methodology for teaching human sexuality in social work based on their own experience. Influenced by the work of Kinsey et al. (1953), (1948), and Masters and Johnson (1966) both of them stressed the importance of knowledge about the range of human sexual behavior and sexual problems, and attitudes that intrude on professional understanding in this area. (Giertsen et al., 2021, p. 870)

O Serviço Social em Portugal foi institucionalizado num enquadramento político e ideológico ditatorial e baseado na assistência religiosa e moral (Carvalho & Pinto, 2014), o que foi determinante para que a sexualidade fosse uma temática desvalorizada e silenciada no ensino e formação da profissão.

Apesar de ainda persistirem algumas influências de cunho conservador, esta área de trabalho no campo da DF tem-se vindo a consolidar e a adquirir visibilidade. Tendo contribuído para tal o surgimento de novos coletivos, sob grande influência do vanguardista contexto internacional e da aprovação da Convenção sobre os Direitos das

Pessoas com Deficiência da Organização das Nações Unidas (ONU) em 2006, que promoveram a integração na agenda de temas como a identidade, violência e a igualdade de género, racismo e a orientação sexual (Fontes, 2019):

organizações como a APD desde cedo devotou atenção às questões de género (com especial incidência a partir de 1993 com a criação do Grupo de Mulheres Deficientes) e como a Associação Portuguesa de Surdos (APS), dedicou apoio às questões de orientação sexual, [...]. Até ao surgimento nos anos 2000 de novos coletivos de pessoas com deficiência, como os já referidos “Deficientes Indignados” e “Sim, nós fodemos” ou a Angel’ Surdos – Grupo de Surdos LGBT, as reivindicações pelos direitos sexuais e reprodutivos, de orientação sexual e de identidade de género foram tratados de forma parcelar e isolada. (pp. 123-124)

A literatura informa que, a sexualidade foi inicialmente encarada pelo Serviço Social do ponto de vista do risco e dos problemas que lhe estão associados, tais como o abuso sexual, as DST’s e gravidezes não planeadas. Deste modo, o discurso teórico concentrava-se numa abordagem reprodutiva e heterossexual da sexualidade, tendo também cunho do modelo médico da DF (Turner & Crane, 2016; Giertsen et al., 2021).

Mais recentemente, e bastante influenciado pelo pensamento crítico, predomina um entendimento positivo da sexualidade que visa fundamentalmente conciliar os riscos dos comportamentos sexuais com diversidade sexual, prazer, intimidade, empoderamento e autodeterminação. Assume também preocupações mais abrangentes direcionadas para o consentimento nas relações, sexualidade em corpos definidos como desviantes e inferiores (p. ex.: pessoas com DF), sexualidade em outras faixas etárias (p. ex.: pessoas idosas) e alternativas sexuais não-heteronormativas (Dodd & Tolman, 2018; Giertsen et al., 2021).

Esta corrente sustenta-se no pressuposto de que a sexualidade é um direito humano básico, devendo existir justiça e equidade na área da saúde sexual e reprodutiva, no sentido de ser potenciada a igualdade entre todos e de não existirem estereótipos discriminatórios no que a este eixo diz respeito (Dodd & Tolman, 2018; Giertsen et al., 2021). Ainda neste domínio, Shildrick (2019) advoga que se reconheça o estatuto de cidadania sexual enquanto fator de reconhecimento sociopolítico da sexualidade.

Não obstante os posicionamentos transformadores, que se baseiam em perspetivas de direitos humanos, no contexto português, a sexualidade na DF no âmbito da política pública, não tem adquirido a maior pertinência e atenção focada, contribuindo para que seja uma realidade oculta. Do mesmo modo, os autores destacam a falta de formação académica dos assistentes sociais para a intervenção nas questões da sexualidade, sendo

que, na maior parte das vezes, a formação especializada é obtida por iniciativa do profissional ou quando são potenciadas ações de formação na organização onde trabalham (Ballan, 2008; Rushbrooke et al., 2014; Lee et al., 2019). Por fim, os estudos também evidenciam a falta de documentos informativos e educativos sobre sexualidade que favoreçam a intervenção social junto das pessoas com DF (Rushbrooke et al., 2014):

They created ways of working in the absence of policy which were passed on by word of mouth and became a sort of ‘unwritten policy’; One [member of staff] teaches the other one. You can’t do your own thing; you have to follow everyone else’ (Carnaby & Cambridge, 2002, p. 123). A resistance to developing policy related to sexuality was described; (p. 880).

O facto de a sexualidade se assumir como uma questão de direitos humanos e de direitos sociais e políticos convoca o Serviço Social a intervir enquanto profissão e disciplina académica, considerando o compromisso que tem para com a sua consumação (Carvalho & Pinto, 2014). Por sua vez, o Estado português assume a prioridade de assegurar a saúde sexual e reprodutiva à sua população, neste sentido, os assistentes sociais têm a responsabilização de contribuir para o fomento do bem-estar e da qualidade de vida dos grupos populacionais com os quais intervém, provisionando e facilitando o exercício a direitos que lhes definem a sua cidadania (Ballan, 2008; Lee et al., 2019).

Tal como tem vindo a ser referido, uma componente central da atuação junto da população com DF e no campo da sexualidade é o compromisso com os princípios da autodeterminação, diversidade e justiça social, indo ao encontro dos que se mostram estabelecidos e consolidados para o Serviço Social, tal como resulta da definição concebida pela Federação Internacional de Assistentes Sociais, onde se salienta que os direitos humanos e a justiça social servem de motivação para a intervenção (FIAS, 2014). Assim sendo, a sexualidade e as pessoas com DF têm uma posição de relevo no Serviço Social.

O entendimento da sexualidade na DF, a partir da perspetiva do Serviço Social, enquanto disciplina com modelos de ação, teorias e práticas profissionais específicas, revela-se fundamental, permitindo dar consistência à intervenção desenvolvida e responder às necessidades específicas inerentes à DF.

A perspetiva centrada nas forças é uma das abordagens teóricas que se insere na intervenção do Serviço Social no âmbito da sexualidade das pessoas com DF. A mesma privilegia as potencialidades, recursos, talentos e interesses pessoais, ao invés das limitações, enfatizando a importância de relacionamentos assentes na confiança,

sensibilidade, empatia, colaboração e participação ativa. Para compreender a sexualidade da pessoa com DF, é necessário que o profissional se liberte de julgamentos e que tenha uma mente aberta (Saleebey, 1996). Cabe ao assistente social, através do seu conhecimento holístico/sistêmico associado à compreensão dos indivíduos e seus contextos de vida, potencializar forças e implicar a pessoa com DF num compromisso contínuo e mutuamente assumido (Turner, 2020).

Nesta lógica, o assistente social deve ajudar esta população a atingir o mais alto grau de integração e normalização afetiva e sexual para que tenha uma vida sexual de acordo com os seus desejos e interesses, competindo-lhe orientar, capacitar e empoderar, tanto as pessoas com DF, como as suas famílias. A sensibilidade às necessidades individuais e o respeito pela autodeterminação dos indivíduos, bem como a proximidade em termos de estrutura relacional, são características importantes que os assistentes sociais possuem que os tornam profissionais de excelência para atuar em matéria da sexualidade. Tal como informa Turner (2020), os profissionais de Serviço Social:

Can discuss sexual concerns, offer resources and referrals to specialized providers, support client choice, and honor client self-determination in their fulfillment of who they are as a sexual citizen. Further to this point, social workers are trained to explore sensitive topics (Bywaters & Ungar, 2010), have advanced interpersonal skills, and utilize a strengths-perspective to counter a pathology focused view of clients. These attributes perfectly position us as “sexual well-being enablers” (Lee, Fenge, and Collins, 2017, p. 10). (p. 309)

Para além de o assistente social nortear a sua ação com base em modelos e abordagens, deve procurar obter formação especializada, nomeadamente na temática da sexualidade, por forma a dar consistência à intervenção e comunicar de forma correta sobre a temática. Neste contexto, Rodríguez (s/d) realça que o profissional deve adotar as seguintes atitudes face às questões da sexualidade:

- Criar um espaço de confiança, respeito e naturalidade em relação à sexualidade.
- Reforçar a ideia de que a questão sexual não é um problema para a pessoa com DF nem para a sua família, mas sim uma oportunidade de crescimento.
- Reforçar a necessidade de respeito por todos os tipos de expressões e orientações sexuais.
- Transmitir às pessoas com DF o sentimento de que elas podem comunicar e expressar abertamente os seus medos, dúvidas e preocupações.

- Não problematizar o tema, pois a sexualidade vai além do risco de problemas de saúde, gravidezes indesejadas, abuso, etc.
- Atuar contra os preconceitos que a sociedade tem relativamente à sexualidade da pessoa com DF.
- Apresentar material educativo de forma clara, realista, que apresente exemplos aplicados à sua realidade e adequado às necessidades, capacidades e possibilidades da pessoa com DF.
- Utilizar linguagem simples e acessível.
- Comunicar de forma assertiva.

Conclui-se que esta temática pode ser encarada através de diversas perspetivas e várias lentes teóricas, assumindo o Serviço Social o papel de olhar de forma positiva para as questões da sexualidade, no sentido de responder às necessidades da população com a qual intervém, contribuindo para a execução de todos os seus direitos, e de desmistificar ideias de preconceito associadas à sexualidade na DF.

Apesar de a intervenção do Serviço Social neste âmbito ser pouco explorada do ponto de vista científico, revela-se crucial para o saber e para a prática da profissão clarificar formas de abordagem, modelos e estratégias interventivas para que se desenvolvam respostas específicas e individuais que vão ao encontro das necessidades diferenciadas e que favoreçam a autonomia pessoal, permitindo uma adequada integração na sociedade.

II. ESTUDO EMPÍRICO

O campo profissional do Serviço Social assume especial importância na intervenção junto da diversidade funcional (DF) considerando que a profissão se legitima como um elemento de suporte, aconselhamento, empoderamento e consciencialização dos direitos humanos. Paralelamente, e tal como sugere a literatura, o Serviço Social tem um contributo inquestionável na área específica da sexualidade, com a sua lente de análise holística e com o seu agir assente em práticas e abordagens que visam a mudança social e a construção de uma sociedade inclusiva (Turner, North & Drake, 2023). Não obstante a posição de destaque que o Serviço Social assume, verifica-se que o trabalho que desenvolve na área da sexualidade, designadamente no campo da DF, é ainda pouco estudado, existindo também pouca informação disponível sobre a vivência da sexualidade em pessoas com condições crónicas e/ou incapacitantes. Assim sendo, este tema é bastante oportuno e carece de ser explorado.

Tendo como referência este contexto, posicionou-se a questão central da investigação da seguinte forma: Qual a intervenção dos profissionais de Serviço Social no que concerne às questões da sexualidade inerentes às pessoas com diversidade funcional? Deste modo, o principal objeto de estudo é a intervenção do Serviço Social na promoção da saúde sexual das pessoas com DF.

Após a delimitação da questão da investigação sobre a qual recairá o estudo, elencaram-se os objetivos orientadores que traçam a forma como se pretende responder ao problema em análise.

Objetivo geral

- Compreender o processo interventivo do assistente social no que concerne às questões da sexualidade inerentes às pessoas com diversidade funcional;

Objetivos específicos

- Percecionar estratégias interventivas convocadas pelos profissionais face às questões da sexualidade subjacentes às pessoas com diversidade funcional;
- Identificar os recursos existentes ao nível das organizações que promovam a sexualidade das pessoas com diversidade funcional;
- Identificar e conhecer as condições institucionais que fragilizam/fortalecem a intervenção do assistente social no que diz respeito às questões relativas à sexualidade;

- Elencar a necessidade de formação especializada enquanto complemento da formação base por forma a apoiar o trabalho no contexto de DF;
- Identificar os contributos do Serviço Social no campo da sexualidade;

Estratégia metodológica

O estudo realizado privilegiou, em termos de estratégia metodológica de investigação, a abordagem qualitativa, a qual se baseia na aplicação de processos e procedimentos que permitem a compreensão e a interpretação de indivíduos ou situações/contextos específicos (Coutinho, 2023). É, portanto, uma investigação humanista, interpretativa e indutiva, considerando o seu foco em descrever as perspetivas dos participantes, tendo o investigador uma maior sensibilidade e abertura de espírito no momento de interpretar, não tendo intenções de arranjar evidências para provar ou refutar hipóteses (Bento, 2012; Coutinho, 2023). Equacionando este posicionamento epistemológico, a abordagem qualitativa e uma intenção de natureza interpretativa, delineou-se o campo da investigação assente na aplicação de entrevista semiestruturada, tendo sido prosseguida a análise de conteúdo como a abordagem privilegiada para a análise e interpretação dos dados empíricos.

Universo e Amostra

O universo que serviu de referência ao estudo incluiu 6 respostas sociais que intervêm na área da DF: Centro de Atendimento, Acompanhamento e Reabilitação Social para Pessoas com Deficiência e Incapacidade (CAARPD); Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão (CACI); Lar Residencial; Residência de Autonomização e Inclusão (RAI); Serviço de Assistência Pessoal de Apoio à Pessoa com Deficiência ou Incapacidade (SAPAPD); e Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) (Carta Social, 2023). A sua constituição mais alargada derivou das múltiplas experiências e diferentes práticas de trabalho desenvolvidas pelos profissionais relativamente à sexualidade das pessoas com DF em cada um dos contextos, pretendendo-se enriquecer a compreensão acerca da realidade a estudar. Acresce também que as respostas selecionadas se destacam por serem contextos em que as pessoas com DF estabelecem contactos e/ou têm experiências de intimidade, no caso dos Lares Residenciais são “casa” para muitas pessoas e as restantes são os locais onde as vidas dos utentes se desenvolve e ondem passam grande parte do seu dia.

Apesar do universo selecionado, o estudo incidiu apenas em 3 respostas sociais: Lar Residencial, CACI e SAD devido à acessibilidade, disponibilidade e participação voluntária dos profissionais que exercem funções nas organizações. Em termos geográficos e espaciais, o presente estudo ocorreu em 4 contextos geográficos: concelho de Arganil, concelho de Miranda do Corvo, concelho de Lousã e concelho de Vila do Conde.

A amostra selecionada incorporou 7 assistentes sociais que desenvolvem atividade em cada uma das respostas sociais direcionadas para pessoas com DF supracitadas. Recorreu-se a uma amostragem não probabilística por conveniência, visto que foi estrategicamente articulada com o objetivo da investigação (Coutinho, 2023). Na sequência desta contextualização, definiram-se como critérios de inclusão o exercício de funções no âmbito de direção técnica e/ou o exercício de atividade profissional na resposta há pelo menos dois anos, devido à experiência relevante na área e pela responsabilidade que assumem na organização e em garantir o funcionamento da resposta.

Instrumento de recolha de dados

Dos instrumentos de recolha de dados empíricos existentes, optou-se pela entrevista semiestruturada, por se revelar um método por excelência de recolha de informação, sendo bastante adequado pelo grau de proximidade que permite que se estabeleça entre o investigador e o entrevistado possibilitando, assim, autenticidade, captar informação detalhada e profunda sobre a temática, mas também a livre expressão das opiniões e experiências dos participantes (Batista et al., 2021). Tal como sugerem Amado & Ferreira (2014), no formato de entrevista semiestruturada as questões colocadas derivam de um plano previamente elaborado, que servirá de quadro de referência, ainda assim, o investigador pode orientar as suas perguntas da forma e ordem que mais lhe convier no sentido de captar as informações que deseja obter.

Para as entrevistas individuais, elaborou-se um guião por forma a orientar a investigadora, mas como referido, com espaço de liberdade para acrescentar novas questões consoante o decorrer da interação (Batista et. al. 2021). As questões foram elaboradas com base na literatura científica já existente sobre os temas a estudar e com focalização na necessidade de compreender a abordagem à sexualidade em pessoas com DF por parte dos assistentes sociais.

A entrevista aplicada aos assistentes sociais (Anexo A) estruturou-se em 6 eixos de análise: 1) Dados de caracterização: elementos relativos ao assistente social; 2) Perceção dos assistentes sociais relativa à sexualidade das pessoas com DF; 3) Práticas de promoção da sexualidade; 4) Constrangimentos na abordagem à sexualidade no seio organizacional; 5) Formação complementar no campo da sexualidade; 6) Contributos do Serviço Social no âmbito da sexualidade das pessoas com DF.

As aplicações das entrevistas ocorreram maioritariamente presencialmente nas instituições, com exceção de uma, realizada online através da plataforma ZOOM, no mês de fevereiro de 2024, tendo sido acompanhadas do consentimento informado (Anexo B) sob compromisso de confidencialidade e anonimato e gravadas em formato áudio. As entrevistas tiveram a duração média de 40 minutos. Sucedeu-se, posteriormente, a sua transcrição integral em formato texto para extração de excertos representativos das respostas de cada entrevista e análise de resultados.

Metodologia de análise dos dados

O tratamento dos dados qualitativos foi efetuado através da metodologia de análise de conteúdo, a qual consiste numa técnica de investigação que, num sentido amplo, permite reduzir uma comunicação a um pequeno conjunto de categorias de conteúdo (Coutinho, 2013).

Bardin (1977), define a análise de conteúdo como um “conjunto de técnicas de análise das comunicações” (p. 31) e parte da ideia de que qualquer comunicação pode ser por si decifrada. Os autores esclarecem que o recurso à técnica permite descrever de forma objetiva e sistemática o conteúdo manifesto da comunicação, no sentido de se analisar de forma plena, aprofundada e fidedigna os elementos da mensagem partilhada, através da sua codificação e classificação por categorias e subcategorias (Amado et al., 2014; Moura et al., 2021). A análise de conteúdo deve responder aos critérios de objetividade e fidelidade, ou seja, o mesmo material, quando analisado a partir do mesmo sistema de categorias, deve ser codificado da mesma forma, mesmo quando submetido a várias análises (Bardin, 1977).

Com estes propósitos, a técnica operacionalizou-se em três momentos: a) codificação, b) categorização e c) inferência (Amado et al., 2014). Deste modo, procedeu-se, primeiramente, à codificação, que consistiu no tratamento do material recolhido. De seguida, executou-se a categorização, através da organização e estruturação das ideias-

chave num sistema de categorias e sub-categorias, decidida a priori com base no enquadramento teórico e na revisão bibliográfica desenvolvida. Neste seguimento, foram analisadas as seguintes categorias: a) percepção dos assistentes sociais relativa à sexualidade das pessoas com DF; b) práticas de promoção da sexualidade; c) constrangimentos organizacionais na abordagem à sexualidade; d) formação complementar no campo da sexualidade; e e) contributos do Serviço Social no âmbito da sexualidade das pessoas com DF.

Para assinalar os relatos procedentes da análise de conteúdo utilizou-se a seguinte codificação atribuída aos assistentes sociais e diretores técnicos:

Tabela 2 - Codificação

Sujeitos de investigação	Codificação
Entrevistado 1 (diretor técnico LR)	E1
Entrevistado 2 (assistente social CACI)	E2
Entrevistado 3 (diretor técnico LR)	E3
Entrevistado 4 (diretor técnico CACI)	E4
Entrevistado 5 (assistente social CACI)	E5
Entrevistado 6 (assistente social SAD)	E6
Entrevistado 7 (assistente social CACI)	E7

Legenda: LR – Lar Residencial; CACI – Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão; SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

Por último, formularam-se as inferências, através da articulação do conteúdo recolhido (entrevista semiestruturada) com o seu respetivo contexto e com o quadro analítico da investigação, contribuindo para a discussão da intervenção do Serviço Social nas organizações relativamente à sexualidade das pessoas com DF (Amado et al., 2014).

III. APRESENTAÇÃO E TRATAMENTO DOS DADOS

1. Elementos de caracterização dos assistentes sociais

A população participante do estudo é constituída por profissionais de Serviço Social, apresentando-se no anexo C os elementos sistematizados da sua caracterização.

A amostra é maioritariamente do sexo feminino. Verificámos que 71% são mulheres (5 profissionais) e 29% são homens (2 profissionais), tal como demonstra o Gráfico 1.

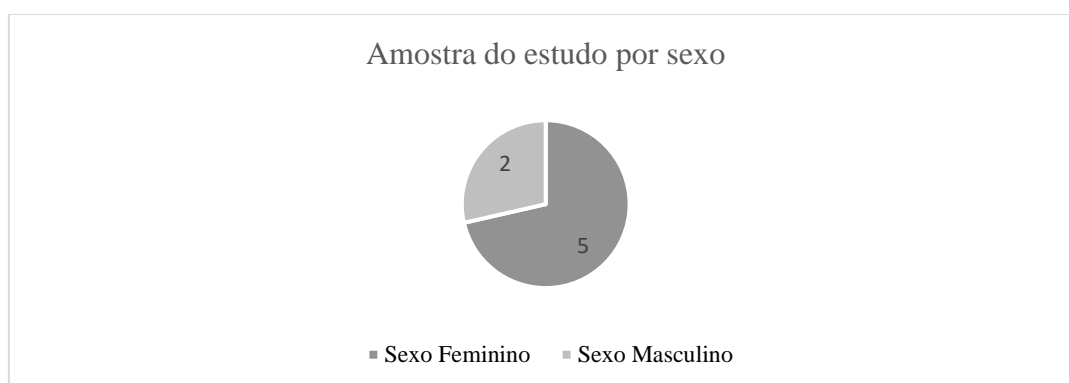


Gráfico 1. Amostra do estudo por sexo

Procedendo a uma caracterização no plano profissional, verifica-se que quanto ao cargo desempenhado, 57% (4 profissionais) dos entrevistados são assistentes sociais e 43% (3 profissionais) exercem funções de direção técnica (Gráfico 2). Enfatiza-se que todos possuem licenciatura em Serviço Social, sendo que 28% detêm outras formações, nomeadamente, a inquirida E3 que referiu possuir pós-graduações na área da gerontologia social, gestão de recursos humanos e intervenção multidisciplinar na saúde mental; e a inquirida E7 que referiu ser mestre em Serviço Social. Todos os inquiridos consideraram ter 2 ou mais anos de experiência na área da população com diversidade funcional.



Gráfico 2. Cargo desempenhado pelos profissionais auscultados

2. Perspetivas dos assistentes sociais relativamente à sexualidade das pessoas com DF

O suporte inerente a uma intervenção que se baseia na inclusão e garantia de direitos no seio das organizações carece de beneficiar de conhecimentos pormenorizados relativos aos contextos onde se intervém. Deste modo, esta categoria foi fundamental no sentido de aferir se os profissionais eram detentores de saberes relacionados com a saúde sexual, direitos sexuais e sexualidade.

Tendo por base a análise de conteúdo (Anexo D) e a categoria relativa ao “Conhecimento relativo à sexualidade das pessoas com DF”, distinguiram-se apenas duas subcategorias relacionadas com as perceções dos profissionais relativamente ao conceito de sexualidade e à sexualidade das pessoas com DF: subcategoria tem conhecimento e consegue definir o que é a sexualidade e reconhecimento que a população com DF tem direito a viver a sua sexualidade.

Todos os profissionais conseguiram dar uma definição sobre sexualidade, imergindo a subcategoria tem conhecimento e consegue definir o que é a sexualidade, sendo destacadas várias unidades de registo analisadas de forma pormenorizada abaixo.

Os profissionais (n=4) salientaram o facto de a sexualidade se manifestar nos nossos comportamentos, sentimentos e atitudes, abrangendo uma vertente emocional e social e podendo ou não resultar no envolvimento físico. Assim, de um modo geral, a sexualidade inclui os relacionamentos interpessoais, demonstrações de carinho e de afeto, a partilha de sentimentos e uma vivência saudável e segura. A destacar alguns contributos que ilustram o suprarreferido:

A sexualidade vai muito para além do ato sexual, portanto, a sexualidade tem muito que ver com relações, com sentimentos, com respeito, a partilha. (E5)

É muito mais do que a própria relação sexual, também é o conteúdo da relação e a qualidade da relação entre eles. (E7)

De igual modo, os profissionais (n=3) realçaram que a sexualidade é uma necessidade fundamental do indivíduo e parte integrante da personalidade do ser humano, tendo um papel importante em vários aspetos da nossa vida, incluindo a identidade pessoal, autoestima e autoconfiança:

Uma necessidade que nos remete para a nossa autoestima, para a nossa autoconfiança, que contribui um bocadinho também para o nosso sentido enquanto pessoa e enquanto ser. (E3)

No seguimento das respostas, um participante (n=1) considerou que a sexualidade se manifesta *desde que nós nascemos até à morte* (E1), apresentando uma perspetiva contínua ao longo da vida. Foi também reportado por um assistente social que a sexualidade *pode ser entendida de maneira totalmente diferente pelas diferentes pessoas* (E5), remetendo para uma natureza subjetiva da sexualidade.

Por fim, relativamente à sexualidade das pessoas com DF, todos os profissionais (n=7) reconheceram que a população com DF tem direito a viver a sua sexualidade, sendo similar a todos os cidadãos. Este posicionamento informado reflete-se na dimensão interventiva dos participantes, considerando a panóplia de práticas face à promoção da sexualidade que implementam nas respostas sociais onde atuam, analisadas no ponto seguinte.

3. Práticas de promoção da sexualidade

O presente ponto focaliza a intervenção do Serviço Social no campo da sexualidade no quadro das respostas sociais para pessoas com DF, revelando-se extremamente importante analisar as ações/práticas interventivas dos profissionais nesta área devido à escassez de trabalho realizado sobre a temática. Distinguiram-se várias subcategorias relacionadas com a intervenção dos assistentes sociais, nomeadamente educação sexual, promoção da saúde sexual e reprodutiva, intervenção fundamentada em valores e debate com ambas as equipas (multidisciplinar e intervenção direta).

A maior parte dos profissionais (n=6; 86% da amostra) salientou que a sua intervenção assenta na educação sexual, entendendo-se por educação sexual uma prática para dotar as pessoas de conhecimentos e ferramentas sobre saúde e bem-estar sexual, a promoção de atividades que apoiem e capacitem sobre a temática da sexualidade, bem como o estabelecimento de parcerias com entidades (p. ex.: serviços de saúde) que permitam o encaminhamento e orientação individual neste campo (APF, s/d, s/p).

Relativamente à subcategoria supramencionada, foram várias as respostas obtidas, sendo referidas práticas (n=3) orientadas para alertar para possíveis comportamentos de risco, nomeadamente, relações sexuais mantidas em locais desadequados, relações sexuais desprotegidas e fornecer informação para que os utentes se protejam contra abusos.

Foi também feita menção (n=1) à necessidade de mediar e gerir conflitos que surgem nos relacionamentos mantidos entre utentes que frequentam a resposta social, por forma a contribuir para relações mais harmoniosas e assentes no respeito mútuo.

Um relato valorizou a importância de se garantir que se estão a promover cidadãos responsáveis e informados dos seus direitos e obrigações. Outro inquirido indicou a necessidade de garantir que a temática da sexualidade é encarada com naturalidade:

Educar, controlar, sensibilizar, não é? Explicar o que é o ato em si, que é um ato de intimidade, e que não devia ser exposto ou que ninguém devia saber que iam fazer esse ato. (E2)

Nós [...] agimos com muita naturalidade. (E6)

Outros relatos (n=2) referiram a dinamização de sessões informativas sobre a temática da sexualidade, contando com o apoio do Centro de Saúde:

Tínhamos uma proximidade muito grande com o Centro de Saúde e vinham as enfermeiras do planeamento familiar. [...] E a intervenção era no sentido do uso de método contraceptivos, [...] falar sobre as DST's e as gravidezes. (E2)

De igual modo também se registaram práticas (n=3) de capacitação das famílias sobre a temática da sexualidade, como também de empoderamento e sensibilização das equipas técnicas e de intervenção direta (n=1).

Outra dimensão explanada pelos assistentes sociais acerca da intervenção promotora dos direitos sexuais diz respeito ao desenvolvimento e dinamização de iniciativas/atividades no seio organizacional (n=2) que capacitem sobre a temática da sexualidade e que permitam também o debate e a conversa (p. ex.: *sessões de grupo com alguns nossos utentes* (E3)), e outras que possibilitam aos utentes da resposta social desfrutar da sua intimidade enquanto casal (p. ex.: *eu próprio vou fazer uma colónia de férias este ano [...] e só vão casais* (E5)).

Outra subcategoria que importa referir, neste nível de análise, tem que ver com a promoção da saúde sexual e reprodutiva. Com efeito, alguns profissionais (n=4) acompanham presencialmente os utentes às consultas de planeamento familiar ou encaminham no sentido de ser garantido este apoio:

Trabalho de acompanhamento para que as pessoas possam ter consultas de planeamento familiar. (E5)

Das consultas de planeamento, por exemplo. [...] Normalmente sou eu que faço os acompanhamentos das consultas. (E7)

Outro aspeto destacado por alguns profissionais (n=2) é a necessidade de desenvolverem uma intervenção fundamentada em valores, nomeadamente de individualidade e privacidade:

Respeitar cada um na sua individualidade. (E3)

E as pessoas terem o seu tempo para namorarem, por exemplo, mesmo na intervenção [...] É uma das coisas que está nos planos individuais é terem tempo para estarem sozinhos, para passearem, para estarem na sua, na sua privacidade, necessariamente. (E5)

Por último, foi indicado por todos os participantes o debate com ambas as equipas (multidisciplinar e intervenção direta) sobre a temática da sexualidade aquando da existência de dúvidas ou para encontrar estratégias que contribuam para o bem-estar dos utentes:

Nestas questões fazemos sempre em equipa, seja, portanto, com psicólogos, educadores, a terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, assistente social pode ser enfermeiro também se for alguém que esteja no Lar. (E4)

Reuniões pedagógicas mensais ou então muitas vezes também quando surgem algumas situações do dia a dia. (E3)

Face aos dados recolhidos, constatou-se também que a articulação entre profissionais é realizada por meio da passagem de informação relevante e da concretização de reuniões semanais e mensais.

3.1. Equilibrar a promoção da autonomia individual com a necessidade de proteger os utentes em questões relacionadas com a sexualidade

No campo da intervenção com pessoas com DF, importa que os profissionais respeitem a sua autonomia e autodeterminação. O artigo 3.º da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (UNCRPD) reconhece, inclusive, como um dos seus princípios gerais a importância para as pessoas com DF de terem autonomia e independência individuais, incluindo a liberdade de fazerem as suas próprias escolhas (ONU, 2006).

Os entrevistados realçaram que a tarefa de promover a autonomia individual dos utentes com a necessidade de os proteger em questões relacionadas com a sexualidade é

desafiante (E2) e exigente (E4), sendo possível de equilibrar com a abordagem em equipa multidisciplinar, enquanto espaço de discussão e partilha de informações de forma eficiente (n=3; 42% assistentes sociais), e com a educação sexual, dando ênfase a uma abordagem sensível e cuidadosa e ao aconselhamento (n=3; 42% assistentes sociais):

Sim, isso aí é o busílis da questão. [...] Isso é um equilíbrio muito difícil. [...] Nós temos uma equipa técnica que é constituída por assistentes sociais, psicólogos, educadores, terapeutas, e discutimos muito estas questões. (E4)

Algumas dúvidas que eles têm não é ou alguma angústia que eles tenham, vêm ter connosco e nós tentamos sempre falar com eles, conversar, explicar o que é que eles estão a sentir, porque é que estão a sentir. (E7)

Uma profissional salientou que a autonomia não é potenciada, visto que no seio organizacional a sexualidade dos utentes é vista com preconceito:

Mas aquilo que eu sinto mais honestamente é que isso também não acontece porque todas as formas são travadas, não é? [...] Eu continuo a sentir que não é um tema que esteja a ser trazido de forma a ser trabalhado e mudado, não é.” (E3)

4. Constrangimentos na abordagem à sexualidade

Nesta categoria foram analisadas várias dimensões: preparação das organizações para pessoas com DF para responder ao campo da sexualidade, barreiras institucionais que condicionam o exercício à sexualidade e alterações ao nível das organizações por forma a promover a sexualidade.

4.1. Preparação das organizações para pessoas com DF para responder ao campo da sexualidade

Na subcategoria relacionada com a preparação das organizações para pessoas com DF para responder ao campo da sexualidade, os profissionais dividiram-se nas suas perceções. 3 profissionais (3=n; 42% assistentes sociais) destacaram que as organizações não se encontram preparadas do ponto de vista físico, visto que não preveem quartos de casal nos Lares Residenciais, e pelo facto de a temática da sexualidade não ser abordada nas organizações/respostas sociais:

Eu acho que em termos da minha residência, não de todo. (E1)

Eu acho que é um tema que se fala pouco. [...] Eu visito ou falo com outras instituições e não é muito comum. (E4)

Os restantes (n=4; 58% assistentes sociais) salientaram que se registam e alcançaram progressos na abordagem à temática no seio das organizações visíveis através, por exemplo, da implementação de atividades/dinâmicas que promovem os direitos sexuais (*acho que houve progressos* (E2); *o que eu entendo do feedback que os colegas me vão dando é que as pessoas ficam muito admiradas com algumas iniciativas que nós temos* (E5)) e da mudança de mentalidades em relação à temática.

4.2. Barreiras institucionais que condicionam o exercício à sexualidade

Tendo em conta a presente subcategoria, alguns relatos (n=3; 42% assistentes sociais) reportaram-se à inexistência quartos de casais nos estabelecimentos residenciais, sendo que a sua existência poderia evitar determinados comportamentos de risco, nomeadamente, a manutenção de relações sexuais em locais menos adequados:

A falta de um espaço que seja veladamente [...] Este espaço era importante e evitava muitos comportamentos de risco. (E2)

Não há um espaço que seja dedicado à intimidade. (E4)

A um outro nível, alguns dos participantes (n=4; 58% assistentes sociais) do estudo destacaram que as crenças socioculturais em relação à sexualidade constituem um obstáculo à vivência da sexualidade das pessoas com DF, sobretudo porque a sexualidade é vista como um tabu e por se partir da ideia de que a população é assexuada. Sendo que tais crenças, em alguns casos, traduzem-se na desadequação por parte da equipa ao abordar o tema da sexualidade junto dos utentes:

No espaço CACI há essa dificuldade e ainda o entendimento e os tabus de alguns profissionais. [...] mentalidade dos profissionais [...] Há muitas pessoas que [...] ainda mandam algumas bocas, ainda fazem alguns comentários desnecessários. (E4)

A principal barreira é a mental. (E5)

A tal infantilização, achar que eles são crianças [...] acharem que são assexuadas. (E6)

Neste seguimento, é salientado noutros relatos expressivos (n=2) que a não formação das equipas na área da sexualidade também constitui uma barreira:

A formação às equipas [...] e considero todas as hierarquias. (E1)

Uma coisa que acho que é muito importante, a formação das pessoas que lidam com eles e terem formação nesta área. (E2)

Precisamos todos de mais formação sobre esta temática. (E7)

Uma profissional auscultada deu conta da forte influência da religião católica, o que coloca algumas barreiras na abordagem à educação sexual junto dos utentes, pois a IPSS onde exerce funções permanece ligada à religião supramencionada:

Molda muito estas instituições que passa pelo cariz religioso [...] é um travão social, não é? E é um travão à inclusão, ou seja, se de alguma forma, nós que trabalhamos nas instituições e continuamos muito condicionados pela questão da educação religiosa a que enfim já não, nunca vai ser igual ao que foi antigamente, certamente, mas continua a ser uma marca muito presente no dia a dia. (E3)

Com um outro registo, a mesma assistente social salientou o facto de alguns profissionais não possuírem formação técnica e académica adequada para o desempenho do cargo que se ocupam não tendo, assim, “sensibilidade social”, bem como conhecimentos e competências específicas para intervir na realidade com a qual se deparam:

Uma cultura também que é muito habitual nas IPSS's que são organizações dirigidas por pessoas que vêm de um registo muito amador. Não é? Portanto, e muitas vezes não são pessoas que estejam dentro dos temas propriamente ou com a formação necessária para os cargos que ocupam. (E3)

Por último, uma profissional (n=1) mencionou a inexistência de diretrizes e normativos sobre sexualidade e educação sexual:

Eu acho que também a própria legislação e o Estado, o Governo, também não têm isso previsto. (E7)

5. Alterações ao nível das organizações por forma a promover a sexualidade

Quando questionados acerca das alterações necessárias ao nível das organizações por forma a promover a sexualidade, 3 profissionais (n=3; 42% assistentes sociais) chamaram à atenção para a necessidade de serem implementados quartos de casal nos estabelecimentos residenciais.

Acho que é muito importante esta questão da do quarto do casal. (E3)

3 profissionais (n=3; 42% assistentes sociais) focaram na questão de alterarem os padrões culturais, remetendo para uma mudança de mentalidade na abordagem à sexualidade na DF, de modo a ser promovida uma comunicação mais aberta sobre a temática. Uma abordagem mais “natural” e positiva da sexualidade, bem como desenvolver empatia pelos direitos sexuais das pessoas com DF:

Tinha que se mudar aqui o pensamento, a forma como as pessoas pensam. Para o bem-estar delas também precisam disto, porque é que o outro também não há de precisar... a questão da empatia. (E7)

A maior parte dos profissionais (n=6; 84% assistentes sociais) considerou importante o desenvolvimento de formação complementar para incrementar conhecimentos no âmbito da sexualidade no seio das equipas multidisciplinares e de intervenção direta:

É pá formação, formação, formação, formação permanente [...] para formar as pessoas e ajudá-las a quebrar preconceitos e poderem falar abertamente sobre as coisas. (E5)

Acho que formações como a [...] deviam ser replicadas. (E6)

Também foi identificada por um profissional (E2) a necessidade de implementar orientações/ planos de ação institucionais que norteiem a prática profissional no âmbito da sexualidade, por exemplo, a instituição fornecer orientações específicas sobre como proteger os utentes contra os abusos sexuais para que os profissionais saibam como responder. E outro profissional (E6) deu conta da necessidade da partilha de boas práticas organizacionais no campo da promoção da sexualidade para que possam ser replicadas.

6. Formação complementar no campo da sexualidade

Em relação à categoria “Formação complementar no campo da sexualidade”, sinalizaram-se duas subcategorias: desenvolvimento de formação e sem formação.

No que concerne à subcategoria desenvolvimento de formação, verificou-se que a maior parte dos assistentes sociais entrevistados (n=6; 84% assistentes sociais) possui formação completar na área da sexualidade:

Essas formações foi mais para desconstruir um conjunto de estereótipos. (E2)

Fiz [...] foram algumas sessões que fizeram connosco [...] alguns documentos que nos foram entregues e algumas dicas também de como falar sobre os assuntos. [...] Nós acabamos por nos sentir um bocadinho limitados financeiramente. Os salários não são especialmente bons, nem bons, nem especialmente bons [...] Portanto este investimento é muito reduzido, é muito raro. (E3)

Sim, por acaso há muitos anos fiz uma formação da APF. (A4)

Há uns anos na Associação de Planeamento Familiar. (E5)

Sim, fiz imenso quando entrei por causa do projeto. (E6)

Sim, mas foi gratuita. (E7)

Foi considerado em vários relatos (n=6; 84% assistentes sociais), que a formação possibilitou a aquisição de conhecimentos e de competência em relação à sexualidade, bem como de materiais e recursos informativos. Por outro lado, um participante (n=1; 14% assistente social) considerou que a formação permitiu desconstruir estereótipos negativos e conceitos errôneos relativos à sexualidade na DF.

A propósito da subcategoria sem formação, destaca-se que que um assistente social (n=1; 14% da amostra) (E1) não possuiu formação complementar na área.

7. Contributos do Serviço Social no âmbito da sexualidade das pessoas com DF

Outra dimensão que importa referir, neste nível de análise, prende-se com os contributos do Serviço Social no âmbito da sexualidade das pessoas com DF. Com efeito, a subcategoria a merecer a primeira análise tem que ver com as competências profissionais do assistente social. Neste sentido, 3 profissionais (n=3; 42% assistentes sociais) reportaram o facto de os assistentes sociais estarem enquadrados em equipas multidisciplinares o que possibilita o envolvimento com profissionais de outras áreas, a comunicação para o exterior e o dar a conhecer boas práticas:

O assistente social, por ser um profissional que trabalha de forma articulada com tantos outros colegas de outros serviços, [...] nós trabalhamos muito em conjunto com outras pessoas de outros serviços acho que isso nos beneficia na medida em que nos possibilita chegar a outros profissionais, a outras experiências que existam também, a outras práticas que sejam feitas e que estejam aqui a ser a ser experimentadas entre aspas, não é no sentido de poderem ser replicadas. (E3)

Adicionalmente, existem relatos (n=2; 28% assistentes sociais) alusivos à proximidade relacional com as famílias dos utentes o que favorece a abordagem à temática da sexualidade:

O assistente social também tem aqui uma proximidade muito grande às famílias dos utentes e, portanto, também acho que temos aqui o privilégio [...] então os familiares aqui parece-me sempre um bom investimento não é vai ser sempre importante também tê-los aqui da do nosso lado. (E3)

E depois pronto o trabalho com as famílias e, neste caso, da sexualidade Mais concretamente, acho que o trabalho com as famílias, o Serviço Social, acrescenta imenso. (E4)

Uma profissional (E3) auscultada, referiu que a prática profissional adota uma abordagem centrada no utente, no sentido de responder e considerar as necessidades das pessoas com DF, nomeadamente considerar a necessidade de intimidade sexual dos utentes:

Da mesma forma que nós damos resposta a muitas outras necessidades, sejam elas da saúde, alimentação, das atividades, etc. Temos de considerar que esta necessidade de intimidade da sexualidade também tem que ser sempre tida em consideração. (E3)

A licenciatura em Serviço Social [...] da abordagem centrada no cliente. (E6)

Um relato reportou que a intervenção do assistente social é uma mais-valia pois incide na educação sexual (E2), prestando apoio educativo a esta população. Paralelamente, dois profissionais (n=2; 28% assistentes sociais) destacaram que o Serviço Social assume um compromisso para com a consumação dos direitos das pessoas com DF, centrando-se no direito à sexualidade:

Garantir que as pessoas com deficiência vivem a sexualidade. (E1)

Luta pelo direito. [...] Acho que essa também é nossa função. (E7)

Tendo por base a subcategoria valores inerentes à prática profissional, verificou-se que vários assistentes sociais (n=3; 42% assistentes sociais) destacaram os valores de não discriminação, empatia e ultrapassar o cariz assistencialista enquanto referência das suas práticas face às pessoas com DF:

Como ser abertos para todos, então nestas áreas da abertura aos comportamentos ou às formas de viver. [...] A mim, como o curso me ensinou muito e me ensinou a ter de facto uma cabeça aberta. (E4)

A licenciatura em Serviço Social pode ter dado ali alguns chavões, não é? Na questão da empatia, do saber ouvir o outro. [...] De não fazer aquela abordagem assistencialista. Pronto, isso sim. Eu acho que isso é um grande contributo. (E6)

Outro nível de análise que merece reflexão centra-se na subcategoria supervisão e coordenação de recursos humanos. Uma profissional a exercer funções de direção técnica referiu que possui uma intervenção no domínio do recrutamento e seleção dos colaboradores afetos à sua valência, assumindo que existe uma preocupação em selecionar pessoas com formação específica direcionada para a DF e com competências subjacentes à ação que vão desenvolver (p. ex.: respeito pela individualidade e escuta ativa):

Mas eu acho que nos compete também a nós que estamos nesta neste papel de recrutadores e de decisores de contratações, explicar muito bem às pessoas com o que vão lidar quando vêm um trabalho como este. [...] Nós temos equipas ali a trabalhar e, portanto, isto requer uma dedicação muito grande e eu acho que é muito importante também nestas fases de recrutamento e de contratação das pessoas alertá-las para essas situações. Todas estas noções de respeito pelo outro, da individualidade do outro, do espaço, do outro, de ouvirem o que é que o outro gosta ou precisa. (E3)

Com um outro registo, um assistente social salientou a intervenção no processo formativo das equipas que ocorre essencialmente através do informar e sensibilizar as equipas para as questões da sexualidade:

Sensibilização dos agentes, das pessoas que trabalham com eles. As pessoas com mais formação devem educar as outras. (E2)

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Tendo por base o capítulo anterior e os posicionamentos dos profissionais sobre os seguintes tópicos de análise: a) Perspetivas dos assistentes sociais relativamente à sexualidade das pessoas com DF; b) Práticas de promoção da sexualidade; c) Constrangimentos na abordagem à sexualidade; d) Formação complementar no campo da sexualidade; e) Contributos do Serviço Social no âmbito da sexualidade das pessoas com diversidade funcional (DF), procede-se de seguida à interpretação/discussão dos resultados à luz do quadro teórico explanado:

a) Perspetivas dos assistentes sociais relativa à sexualidade das pessoas com DF

Se tivermos em linha de conta, o que foi referido no enquadramento teórico a propósito da sexualidade verifica-se que a forma como os participantes a conceptualizaram se aproxima das definições elaboradas por diversos autores, destacando-se Gomes e Castilho (2003):

A sexualidade é comunicação, é encontro com os outros e connosco próprios. É a necessidade de gostar dos outros e de desfrutar da sua presença. É a necessidade de relação, de desejar e de ser desejado. É desfrutar do prazer, da sensualidade, do olhar, do contacto ou de qualquer outra forma de encontro, e inclusive da genitalidade. É a forma de situar-se no mundo com uma identidade e valor próprios. Se de facto a sexualidade é isto, então ela está presente desde que nascemos. Na realidade a sexualidade “nasce” com e no bebé e vai evoluindo na sua forma de expressão ao longo da toda a vida. Ou seja, o desenvolvimento psico-sexual é um processo complexo e subtil, sujeito a diversos acasos à medida que o ser-humano passa pela infância, adolescência e idade adulta. (p. 486)

Em termos de análise global, ressalta-se no que se refere à definição de sexualidade que os participantes estão esclarecidos sobre a temática.

Os participantes deste estudo apontaram que a população com DF tem direito a viver a sua sexualidade, sendo a mesma similar à de todos os cidadãos. As respostas são corroboradas pelo trabalho desenvolvido por Borawska-Charko e colegas (2017) – “There is a growing recognition that people with intellectual disabilities have the same sexual needs and rights as people without disabilities.” (p. 3). No entanto, vários autores informam que há uma tendência, por parte dos profissionais, em reprimir a sexualidade das pessoas com DF, sendo também bastante céticos em relação ao seu potencial no que respeita a desfrutar da intimidade e sexualidade (Gomes & Castilho, 2003; Lee et al., 2019; Bahner, 2019).

Deste modo, e sem assumir uma tendencialização, os dados recolhidos poderão induzir ao início de uma renovada corrente de pensamento mais moderna e progressista no seio dos assistentes sociais, que não apregoam conceções erradas em relação às pessoas com DF como, por exemplo, serem naturalmente assexuadas ou que não são sexualmente ativas, reconhecendo, assim, os seus direitos sexuais. Ou seja, esta mudança de paradigma reflete uma evolução significativa nas perceções sociais, que se têm voltado cada para uma visão mais positiva da sexualidade.

b) Práticas de promoção da sexualidade

Os participantes deste estudo apontaram que o desenvolvimento da sua intervenção assenta na promoção da educação sexual, reforçando a importância de alertar para possíveis comportamentos de risco, nomeadamente, relações sexuais mantidas em locais desadequados, relações sexuais desprotegidas e fornecer informação para que os utentes se protejam contra abusos. A questão da prevenção do abuso sexual é particularmente relevante uma vez que as pessoas com DF estão sujeitas a um risco acrescido de sofrerem abusos sexuais, devido ao isolamento social em que muitas se encontram, pelo facto de muitas serem dependentes dos seus cuidadores e as consequentes dificuldades de autoproteção e falta de conhecimento sobre o tema (Pinto, 2019). Sendo que, “as mulheres, comparativamente aos homens, apresentam níveis superiores de vitimização por violência” e “as mulheres com deficiência apresentam uma probabilidade duas a três vezes superior à das mulheres sem deficiência de serem vítimas de abuso físico e sexual” (Fontes, 2016, p. 170). Ainda a este propósito, Fontes (2016) analisou artigos do jornal *Correio da Manhã* entre os anos de 2006 e 2012, tendo identificado 129 casos de violência contra pessoas com DF em Portugal, que vão desde a violação, o abuso sexual, a agressão física e o roubo até à escravização, a fraude e a prostituição. Estatisticamente a violação e o abuso sexual contabilizam 50% dos crimes cometidos (32% e 18%, respetivamente). Almeida (2009) salienta o papel central da educação sexual, atendendo que “pode diminuir os riscos de exploração e de abuso sexual, diminuir comportamentos socialmente inaceitáveis, assim como prevenir uma gravidez indesejada e melhorar os conhecimentos sobre as doenças sexualmente transmissíveis.” (p. 4).

Ainda no que concerne à educação sexual, destacam-se práticas de capacitação das famílias sobre a temática da sexualidade, como também de empoderamento e sensibilização das equipas técnicas e de intervenção direta. Abordar a educação junto de

peças com DF é fundamental, mas importa também formar profissionais e famílias pois, tal como indica a literatura, a manutenção de relacionamentos amorosos e o acesso à educação sexual são frequentemente reprimidas pelas famílias e técnicos, sobretudo devido a atitudes alimentadas pela desinformação sobre sexualidade e por um conjunto de mitos e preconceitos em relação à sexualidade de pessoas com DF (Lafferty, McConkey & Simpson, 2012). Adicionalmente, e tal como uma assistente social pontuou, as famílias *têm muito medo deste tema e são muito protecionistas* (E4), postura esta que a literatura também vem sinalizando (Albuquerque & Ramos, 2007):

a atitudes dos pais é frequentemente, a negação da realidade sexual tão visível no seu filho(a), tentando escondê-la sob o manto de “criança” que têm e continuar a sê-lo pelo resto da vida” (Félix & Marques, 1995, p. 106). Muitos progenitores adoptam uma “atitude punitiva e repressora” face às relações afectivas e sexuais dos seus filhos (p. 112): em outros casos, ainda, existe “um certo silêncio cúmplice e preconceituoso” em relação a alguns comportamentos sexuais. (p. 9)

Por sua vez, os assistentes sociais destacaram que mediar e gerir conflitos que surgem nos relacionamentos mantidos entre utentes que frequentam a resposta social, por forma a contribuir para relações mais harmoniosas e assentes no respeito mútuo, este aspeto também foi referido no estudo desenvolvido por Rueda e colaboradores (2016) que informa que os assistentes sociais atuam como *brokers* (intermediários/mediadores) entre famílias de pessoas com DF, pessoas com DF e serviços da comunidade (p. ex.: de saúde) por forma a apoiar e a promover a saúde sexual.

Também foi destacado a importância de: garantir que se estão a promover cidadãos responsáveis e informados dos seus direitos e obrigações; garantir que a temática da sexualidade é encarada com naturalidade; dinamizar sessões informativas sobre a temática da sexualidade, contando com o apoio do Centro de Saúde.

Deste modo, é preponderante o papel educativo que os profissionais desempenham, indo ao encontro do relatado por Martins (1995, citado por Carneiro, 2014), de que cabe aos profissionais lidar com o “conjunto de sentimentos e emoções e manifestos nas relações interpessoais destes jovens e de diminuir as enormes barreiras que se interpõem no caminho da realização afetivo-sexual desta população” (p. 24).

Paralelamente, a intervenção dos profissionais, por forma a promover os direitos sexuais, também assenta na dinamização de iniciativas no seio organizacional, onde se destacam as ações grupais para debate sobre temáticas relacionadas com a sexualidade e colónias de férias para casais. A literatura informa a este propósito que, o desenvolvimento de atividades que promovem a interação social são bastante saudáveis,

visto que são uma boa estratégia para reduzir o estigma e o isolamento, bem como fomentam o desenvolvimento de relações sociais, contribuindo para ultrapassar a marginalização e o isolamento familiar ou institucional (Almeida, 2009; Projeto SMARTS - Guia sobre Tomada de Decisão Apoiada no campo da sexualidade para profissionais, 2023).

Adicionalmente, os profissionais revelam preocupação com a saúde sexual e reprodutiva dos utentes, sobretudo das mulheres com DF que frequentam as respostas sociais, e neste âmbito, acompanham-nas presencialmente às consultas de planeamento familiar ou encaminham no sentido de ser garantido este apoio.

No que concerne à intervenção social com a população com DF, os principais valores que orientam a conduta profissional são a individualidade e privacidade, mostrando-se também alicerçados nos direitos fundamentais e na dignidade da pessoa humana (Gomes, 2018), sendo esta visão central nas práticas dos assistentes sociais auscultados.

Por último, foi sublinhada a importância do debate com a equipa multidisciplinar e de intervenção direta sobre a temática da sexualidade aquando da existência de dúvidas ou para encontrar estratégias que contribuam para o bem-estar dos utentes. Tal como Palha e a sua equipa (2016) advogam que, no contexto da intervenção com pessoas com DF, o trabalho requer esforços multidisciplinares, envolvendo profissionais de áreas diversificadas (onde se incluem, por exemplo, assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos, educadores sociais, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas), sendo ainda fundamental envolver monitores e auxiliares, por forma a garantir uma intervenção “multi-modal, eclética, flexível” (p. 11).

Rueda e colegas (2016) no seu estudo afirmam que, “in practice, social workers may assume a number of roles and functions to include as practitioners, enablers, brokers, advocates, and managers, many of which are often interwoven” (p. 3), e indo ao encontro da teoria, também os participantes desta investigação referiam uma diversidade de papéis e de funções (p. ex.: apoiantes, facilitadores e mediadores) que assumem por forma a apoiar o direito à sexualidade.

O projeto europeu SMARTS (Supporting Me About Rights To Sexuality) informa que os profissionais embora possam cometer erros na sua intervenção, têm o dever de cuidado, o que significa que têm a responsabilidade de garantir a segurança e o bem-estar dos utentes/pessoas apoiadas. É reconhecido que equilibrar entre o direito à autonomia e

o direito à proteção é, por vezes, difícil de encontrar, sendo sugeridas as seguintes estratégias: criar as condições para que se tomem decisões informadas por conta própria; o respeito pelas decisões da pessoa com DF, mesmo que sejam consideradas por alguns como não sendo a melhor decisão possível; permitir que as pessoas com DF cometam erros e decisões imprudentes para que compreendam as possíveis consequências das suas ações e tomem as suas decisões à luz disto; e não utilizar a DF como forma de serem negados direitos humanos (Projeto SMARTS - Guia sobre Tomada de Decisão Apoiada no campo da sexualidade para profissionais, 2023).

Neste seguimento, ter oportunidade de fazer escolhas e de tomar decisões são duas variáveis de elementar importância no âmbito da sexualidade, se desta maneira não for, viola-se a autodeterminação. Os entrevistados realçaram que promover a autonomia individual dos utentes com a necessidade de os proteger em questões relacionadas com a sexualidade é realmente desafiante e exigente, no entanto é possível de equilibrar com a abordagem em equipa multidisciplinar, enquanto espaço de discussão e partilha de informações de forma eficiente, e com a educação sexual, dando ênfase a uma abordagem sensível e cuidadosa e ao aconselhamento.

O propósito não foi avaliar a quantidade, nem tampouco a qualidade da prática dos profissionais auscultados, mas antes compreender o modo como cada um intervém e se (re)inventa face às questões da sexualidade subjacentes às pessoas com DF no contexto da resposta social na qual se insere. Perante os desafios e exigências que se colocam no quadro institucional, mas também societal, a tipologia de práticas desenvolvidas mencionadas pelos assistentes sociais, dando ênfase à educação sexual de utentes, famílias e profissionais/colaboradores, são exemplos de excelentes práticas no campo da promoção dos direitos sexuais das pessoas com DF.

c) Constrangimentos na abordagem à sexualidade

Dos resultados obtidos, foi-nos permitido concluir, relativamente à preparação das organizações para pessoas com DF para responder ao campo da sexualidade, que se têm vindo a alcançar progressos na abordagem à temática no seio das organizações. Algumas das boas práticas implementadas relacionam-se com o desenvolvimento de atividades/dinâmicas que promovem os direitos sexuais (*acho que houve progressos (E2); o que eu entendo do feedback que os colegas me vão dando é que as pessoas ficam muito admiradas com algumas iniciativas que nós temos (E5)*) e da mudança de mentalidades em relação à temática.

Ainda assim, foram vários os obstáculos identificados pelos assistentes sociais que comprometem o exercício dos direitos sexuais.

Alguns profissionais focaram a sua narrativa no facto de não existirem quartos de casais nos estabelecimentos residenciais, sendo que a sua existência poderia evitar comportamentos sexuais inadequados. Salientando-se em relação a este aspeto que, a Portaria n.º 59/2015 de 2 de março que define as condições de organização, funcionamento e instalação de estabelecimentos residenciais, designados por lar residencial e residência autónoma, prevê a existência de quartos individuais, duplos (que podem ser utilizados como quarto de casal) e, ainda, triplos. Verifica-se que, o quarto duplo é implementado no seio institucional, mas que, geralmente, não é habitado por duas pessoas que mantêm uma relação amorosa.

Outros obstáculos identificados remetem para as crenças socioculturais em relação à sexualidade que, como tivemos oportunidade de referir na parte teórica deste trabalho, se relacionam com o facto de a sexualidade ser vista como um tema tabu e envolto em segredismo e, em simultâneo, com o estigma que classifica as pessoas com DF como seres assexuados e que sem direito a vivenciar a sua sexualidade (Santos & Santos, 2019; Bahner, 2019).

Interligada com esta dimensão, surgiu também a religião católica enquanto fator que influencia negativamente a vivência da sexualidade das pessoas com DF. No campo da solidariedade social portuguesa predomina a existência de instituições solidárias de cariz religioso, estas entidades advogam princípios de doutrina e moral cristã e apresentam um espírito bastante tradicional que se espelha no seu plano prático e operacional (Hespanha et. al, 2000). Historicamente, existiram perspetivas mais conservadoras sobre sexualidade, como por exemplo, abstinência sexual, visão reprodutiva do sexo, sexo enquanto “pecado carnal”, abordagem tradicional da homossexualidade, etc., que ainda persistem em alguns contextos, o que faz com que a sexualidade possa ser um tema anulado pelas direções de algumas organizações que se mantêm ancoradas à ideologia perfilhada (Pacheco, 2003). Com efeito, os profissionais vêm-se *condicionados pela questão da educação religiosa* (E3) que coloca barreiras na abordagem à educação sexual junto dos utentes e famílias, criando também uma certa angústia entre profissionais que se vêm desprovidos de autonomia nas suas atividades profissionais.

Neste seguimento, importa também destacar a falta de formação das equipas, tanto multidisciplinar como de intervenção direta, na área da sexualidade (Lee et al., 2019) e o facto de alguns profissionais não possuírem formação técnica e académica adequada para o desempenho do cargo que se ocupam não tendo, assim, “sensibilidade social” bem como conhecimentos e competências específicas para intervir na realidade com a qual se deparam. Em relação a este fenómeno, Mendes (2011) alerta que toda a qualificação é importante, não se podendo esquecer “que não pode haver organizações cuja missão principal é construir relações sociais mais solidárias se elas não tiverem como dirigentes e outros colaboradores pessoas imbuídas do sentido da construção do “Bem Comum”.” (p. 47).

Acresce a inexistência de diretrizes e normativos sobre sexualidade e educação sexual no seio institucional que orientem a prática profissional (Grupo de Coordenação do Plano de Auditoria Social & CID, s/d).

No essencial, existe uma clara concordância entre aquilo que nos sugere a literatura e a empíria recolhida junto dos sujeitos de investigação.

A enumeração de obstáculos por parte dos profissionais, conduziu à reflexão relativamente a mudanças desejáveis na dinâmica organizacional e nas equipas de trabalho, nomeadamente equacionar a possibilidade de casais que mantêm um relacionamento amoroso poderem partilhar um quarto nos estabelecimentos residenciais. Também no estudo desenvolvido por Ferreira (2023), sobre o papel dos lares residenciais relativamente às sexualidades de pessoas com DF, se verificou que todos os intervenores sociais entrevistados manifestaram “concordância geral para este tipo de questão particularmente para casos em que existem casais e sempre garantindo o respeito entre e pelas partes envolvidas na relação” (p. 44).

O desenvolvimento de formação complementar para incrementar conhecimentos no âmbito da sexualidade no seio das equipas multidisciplinares e de intervenção direta é também uma necessidade, visto que, “ainda hoje, muitas pessoas recebem pouco ou nenhum conhecimento sobre educação sexual da escola, da família ou da sociedade.” (Manoj & Suja, 2017).

É também fundamental alterar os padrões culturais, remetendo para uma mudança de mentalidade na abordagem à sexualidade na DF, de modo a ser promovida uma comunicação mais aberta sobre a temática. Uma abordagem mais “natural” e positiva da sexualidade, bem como desenvolver empatia pelos direitos sexuais das pessoas com DF,

revela-se pertinente, pois, tal como o estudo de Esmail e colaboradores (2010) informa, as crenças socioculturais enraizadas na sociedade sobre a sexualidade têm um impacto direto na forma como as pessoas com DF exploram a sua sexualidade, visto que se verificou que a população internaliza estes estigmas, acabando por se perceberem como assexuais, menos atrativas e sexualmente incompetentes.

Por outro lado, é necessário desenvolver orientações/ planos de ação institucionais que norteiem a prática profissional no âmbito da sexualidade e partilhar boas práticas organizacionais no campo da promoção da sexualidade para que possam ser replicadas.

d) Formação complementar no campo da sexualidade

Quanto à formação especializada no âmbito da sexualidade, concluiu-se que a maioria dos profissionais tem formação avançada neste campo, revelando investimento académico para além da formação base em Serviço Social. Pois, tal como Marques (2005) indica, a formação de base de qualquer curso superior é praticamente nula quanto à cobertura específica desta temática. Estes dados contrariam os postulados teóricos de Lee e colaboradores (2019) e de Gomes e Castilho (2003), pois os autores pontuam que existe uma lacuna ao nível da formação dos profissionais em matéria de sexualidade.

No entanto, observa-se que tal cenário foi possível porque só foram auscultados elementos da equipa técnica, neste caso assistentes sociais, excluindo-se elementos das equipas prestadoras de serviços diretos (p. ex.: ajudantes de ação direta, auxiliares de serviços gerais, encarregadas). Pois importa considerar que um dos obstáculos referidos no ponto anterior se refere à falta de formação da equipa de intervenção direta (*Uma coisa que acho que é muito importante, a formação das pessoas que lidam com eles e terem formação nesta área.* (E2)).

Apesar de não caber aqui explorar este aspeto, foi referido por uma participante (E3) que o desinvestimento na formação se associa às baixas remunerações e à precariedade laboral que, por sua vez, impedem um investimento económico em estudos complementares (*Nós acabamos por nos sentir um bocadinho limitados financeiramente. Os salários não são especialmente bons, nem bons, nem especialmente bons [...] Portanto este investimento é muito reduzido, é muito raro.* (E3)). Assim, o desejável é que as entidades provisionem as formações de forma gratuita.

Em concreto, os inquiridos reconhecem que a aposta na formação especializada na área da sexualidade possibilitou a aquisição de conhecimentos e de competência em relação à sexualidade, bem como de materiais e recursos informativos. Por outro lado,

também permitiu desconstruir estereótipos negativos e conceitos errôneos relativos à sexualidade na DF. Como sublinha Marques (2005), “a intervenção junto dos profissionais tem que ser muito incisiva na esfera das representações, crenças e atitudes, abrindo caminho para as questões conceptuais, os conteúdos técnico-científicos, e para as práticas pedagógicas e do quotidiano e, ainda, para a análise da cultura e do clima das instituições.” (p. 75).

e) Contributos do Serviço Social no âmbito da sexualidade das pessoas com DF

Constitui material de análise os contributos do Serviço Social no âmbito da sexualidade das pessoas com DF e emergiu como primeiro ponto de análise as competências profissionais do assistente social. Um primeiro aspeto centra-se no enquadramento dos assistentes sociais em equipas multidisciplinares o que possibilita o envolvimento com profissionais de outras áreas e o acesso a informação diversificada; a comunicação para o exterior; e o dar a conhecer boas práticas no âmbito da sexualidade que podem ser replicadas.

Outra dimensão bastante importante prende-se com a proximidade relacional do assistente social com as famílias dos utentes o que favorece a abordagem à temática da sexualidade, no sentido da sua capacitação, empoderamento e promoção das forças, como referido na revisão teórica efetuada. Tal como Mito (2010) informa, a “família é um sujeito privilegiado de intervenção do Serviço Social desde os primórdios da profissão.” (p. 1), acresce que um dos pontos diferenciadores da sua ação neste contexto se prende com o seu conhecimento de proximidade e pela sua sensibilidade social, empatia e confiança (Granja, 2008). A abordagem às famílias, no sentido de as capacitar e de as envolver no processo de educação sexual, é de extrema importância, visto que são apontadas como uma das principais barreiras ao exercício da afetividade e da sexualidade dos seus filhos/as, motivadas pelo medo, pela proteção ou por questões de moralidade (Almeida, 2009; Rushbrooke et al., 2014; Rodríguez, s/d).

Neste seguimento, foi também destacado que, o principal elemento configurador da prática profissional no que toca à sexualidade, tem que ver com a abordagem centrada no utente (pessoa com DF), no sentido de responder e considerar as suas necessidades de intimidade sexual.

Para uns profissionais, a educação sexual, destaca-se como o grande contributo do Serviço Social.

E para outros, uma intervenção orientada para garantir a concretização dos direitos das pessoas com DF, centrando-se no direito à sexualidade, destaca-se como elemento primeiro e diferenciador da prática do Serviço Social nesta matéria (FIAS, 2014).

Relacionado com o garantir direitos humanos, foi também sublinhada a ideia de que o Serviço Social norteia a sua intervenção a partir de valores básicos, com destaque para a não discriminação, empatia e ultrapassar o cariz assistencialista, revelando uma prática emancipadora, não opressiva e assente no respeito pela diversidade (Carvalho, 2014). Estes valores são cruciais e jamais podem ser desprezados na intervenção social no campo da DF e da sexualidade.

Finalmente, invoca-se o papel que os assistentes sociais têm na supervisão e coordenação de recursos humanos (E2 e E3) e a este respeito Horwath e Morrison (1999 citados por Luz, 2019) sublinham que “o elemento-chave para elevar os padrões de cuidado social está na forma como os recursos humanos são geridos e formados” (p. 61). Assim sendo, existe uma preocupação em recrutar e selecionar colaboradores e técnicos com formação específica direcionada para a DF e com competências subjacentes à ação que vão desenvolver (p. ex.: respeito pela individualidade e escuta ativa), sendo este aspeto encarado como um contributo do Serviço Social. Foi também assumido que os assistentes sociais detêm um papel educativo na esfera de atuação institucional, visto que formam e sensibilizam as equipas para as questões da sexualidade.

CONCLUSÕES

Este estudo aborda uma temática pertinente e atual no tempo e no espaço contemporâneos do século XXI, pois verifica-se que a sexualidade da população com diversidade funcional (DF) continua a ser assumida como inexistente ou ignorada, com impacto nas suas vivências pessoais e sexuais (Rodríguez, s/d; Holler & Bondorevsky-Heyman, 2023). Por outro lado, no campo do Serviço Social, a temática da sexualidade ainda está envolta em indefinição e desconhecimento e, embora se reconheça como uma linha de investigação emergente na comunidade científica, ainda há muito por aprofundar e compreender neste campo.

Neste seguimento, e tendo por base o questionamento central do estudo, apurou-se que as organizações e os profissionais envolvidos no estudo, revelaram uma intervenção humanista, mais justa, e “mais aberta”, no que respeita os direitos sexuais e reprodutivos das pessoas com DF. Demonstrando, também, uma prática significativamente diferente do passado, que se diferencia pela sua visão mais positiva e assente no acesso a serviços e a informações sobre saúde sexual.

No que diz respeito às principais inferências retiradas desta investigação, sinalizam-se os seguintes aspetos:

Quanto aos conhecimentos relativos à definição de sexualidade, concluiu-se que os assistentes sociais estão informados e esclarecidos sobre a temática, bem como consideram que a população com DF tem direito a viver a sua sexualidade.

Relativamente às práticas e procedimentos do Serviço Social potenciadoras dos direitos sexuais das pessoas com DF, concluiu-se que são desenvolvidas práticas de educação sexual diversificadas, sendo estas: a) alertar para possíveis comportamentos de risco; b) capacitação das famílias sobre a temática da sexualidade; c) empoderamento e sensibilização das equipas técnicas e de intervenção direta; d) mediar e gerir conflitos que surgem nos relacionamentos mantidos entre utentes que frequentam a resposta social; e) promover cidadãos responsáveis e informados dos seus direitos e obrigações; f) garantir que a temática da sexualidade é encarada com naturalidade; g) dinamização de sessões informativas sobre a temática da sexualidade; e) dinamização de iniciativas no seio organizacional que promovam a sexualidade. A ação dos assistentes sociais também passa pela promoção da saúde sexual e reprodutiva, através do acompanhamento presencial às consultas de planeamento familiar ou encaminham no sentido de ser garantido este apoio. A par, no domínio da prática, advoga-se a importância de debater

em equipa multidisciplinar e de intervenção direta sobre a temática da sexualidade aquando da existência de dúvidas ou para encontrar estratégias que contribuam para o bem-estar dos utentes. Neste aspeto, há ainda a considerar o facto de a intervenção ser desenvolvida numa lógica de respeito pela individualidade e privacidade, numa tentativa de concretizar os direitos sexuais das pessoas com DF.

A sexualidade revela ser um campo acional bastante exigente, sendo necessário, para além de ser detentor de conhecimentos específicos em matéria de sexualidade, ter competências pessoais (p. ex.: pensamento claro), que permitam definir respostas que satisfaçam as necessidades diferenciadas das pessoas com DF, caminhando rumo à autonomia sexual.

Quanto aos constrangimentos institucionais que fragilizam a intervenção do assistente social no que diz respeito às questões relativas à sexualidade, no geral, os profissionais identificaram a inexistência de quartos de casal nos estabelecimentos residenciais, sendo que a sua existência poderia evitar comportamentos sexuais inadequados; as crenças socioculturais em torno da sexualidade relacionadas com o ser uma temática tabu e envolta em estigmas; e a religião católica que continua a ser advogada nas organizações, colocando limites na abordagem à educação sexual junto dos utentes e famílias. Os profissionais auscultados também deram conta da falta de formação das equipas, tanto multidisciplinar como de intervenção direta, na área da sexualidade, e o facto de alguns profissionais não possuírem formação técnica e académica adequada para o desempenho do cargo que se ocupam não tendo, assim, “sensibilidade social” bem como conhecimentos e competências específicas para intervir na realidade com a qual se deparam. Também se observou que, a inexistência de diretrizes e normativos sobre sexualidade e educação sexual no seio institucional que orientem a prática profissional constitui um obstáculo, conduzindo a que os assistentes sociais não se sintam preparados para responder adequadamente a perguntas e/ou necessidades das pessoas com DF.

É fundamental que os assistentes sociais tenham formação prévia em educação sexual e conhecimentos no campo da sexualidade e DF para que saibam como agir e responder profissionalmente às reais necessidades da pessoa com DF (Marques, 2005). A este respeito verifica-se que grande parte dos profissionais possui formação nesta área e manifesta a sua importância, no sentido de desenvolvimento de competências e aquisição de conhecimentos sobre sexualidade, mas também devido à aquisição de materiais e recursos informativos.

Importa, por fim, considerar os contributos do Serviço Social no campo da sexualidade, denotando o facto de o assistente social se enquadrar em equipas de constituição multidisciplinar o que favorece o envolvimento com profissionais de outras áreas e o acesso a informação diversificada; a comunicação para o exterior; e o dar a conhecer boas práticas no âmbito da sexualidade que podem ser replicadas. Adicionalmente, a proximidade de carácter relacional com as famílias dos utentes é encarada como um fator positivo, no sentido de facilitar a abordagem à temática da sexualidade junto das mesmas, conduzindo à sua capacitação, empoderamento e promoção das forças.

No contexto das respostas sociais para pessoas com DF, o Serviço Social eleva as necessidades desta população, dando ênfase às necessidades de intimidade sexual, tendo como capacidade privilegiada garantir a concretização dos direitos sexuais, a empatia, a não discriminação e o respeito pela diversidade.

Por último, o Serviço Social distingue-se pelas suas funções de gestão social organizacional, assim sendo, os assistentes sociais são cruciais no domínio da supervisão e coordenação de recursos humanos, diferenciando-se pela preocupação relativa ao recrutamento e formação do *staff*, tendo em vista a satisfação das necessidades dos utentes. Deste modo, o Serviço Social elenca qual o perfil mais ajustado para o desempenho de uma dada função, sobretudo com base nos seus conhecimentos e competências, para que se possa contribuir eficazmente para uma verdadeira inclusão social das pessoas com DF. Sendo que, é dado privilégio a colaboradores e técnicos com formação específica direccionada para a DF e sexualidade e com competências subjacentes à ação que vão desenvolver (p. ex.: respeito pela individualidade e escuta ativa). O facto de terem sido auscultados assistentes sociais responsáveis pela direção técnica de serviços sociais permitiu obter esta visão mais direccionada para a responsabilidade pela organização e funcionamento da resposta social, que se revela diferente das práticas direccionadas para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com DF.

Apesar de terem participado no estudo profissionais que desempenham funções em diferentes respostas sociais dedicadas à população com DF (CACI, Lar Residencial e SAD), verifica-se que as práticas do Serviço Social ao nível da promoção da sexualidade são semelhantes em todos os serviços, passando muito pela questão de oferecer educação sexual, apoiar as necessidades no campo da sexualidade, aconselhar a pessoa com DF,

capacitação das equipas (multidisciplinar e de intervenção direta) e das famílias nas questões relacionadas com a sexualidade.

De uma forma global, os participantes do estudo revelaram formas de “fazer” criativas (p. ex.: colónia de férias para casais), capacitadoras e empoderadoras no campo da sexualidade, uma matéria que ainda se revela desafiante e audaciosa para o Serviço Social. As intervenções desenvolvidas constituem, assim, exemplos de boas práticas na área da DF.

Para concluir, importa evidenciar algumas limitações que se verificaram ao longo da investigação. Em primeiro lugar, quanto ao número limitado de participantes e de repostas sociais, o que impede que o estudo possa ser representativo do que acontece nos serviços/organizações, assim há a necessidade de desenvolver um estudo com um número mais amplo de assistentes sociais e de respostas. Outra das limitações prende-se com a dificuldade em encontrar trabalho científico já realizado no campo de Serviço Social por forma a enriquecer e facilitar a investigação. Para além da participação dos profissionais, teria sido relevante convocar a participação de auxiliares que trabalham diretamente com as pessoas com DF (p. ex.: ajudantes de ação direta, auxiliares de serviços gerais, encarregadas).

BIBLIOGRAFIA

- Albuquerque, M., & Ramos, S. (2007). *A sexualidade na deficiência mental profunda - um estudo descritivo sobre atitudes dos profissionais*. 1-11. [A0367.pdf \(psicologia.pt\)](https://psicologia.pt/A0367.pdf)
- Almeida, P. (2009). A educação sexual na deficiência mental. *Caderno Educação Especial (Vinte Anos na ESEPF)*. 1-9. [Repositório ESEPF: A educação sexual na deficiência mental](#)
- Amado, J. & Ferreira, S. (2017). A entrevista na investigação em educação. In Amado, J. (Ed), *Manual de investigação qualitativa em educação* (pp. 207-232). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- APF (s/d). *Sexualidade*. <https://apf.pt/informacao-tematica/sexualidade/>
- Bahner, J. (2019). *Sexual citizenship and disability. Understanding sexual support in policy, practice an theory*. (1^a ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429488993>
- Ballan, M. (2008). Disability and sexuality within social work education in the USA and Canada: the social model of disability as a lens for practice. *Social Work Education: The International Journal*, 27(2), 194-202. <https://doi.org/10.1080/02615470701709675>
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*, Lisboa, Edições 70.
- Bento, A. (2012). Investigação quantitativa e qualitativa: Dicotomia ou complementaridade?. *Revista JA (Associação Académica da Universidade da Madeira)*, (64), 40-43.
- Borawska-Charko, M., Rohleder, P. & Finlay, W. L. (2016). The sexual health knowledge of people with intellectual disabilities: A review. *Sexuality Research and Social Policy*. 14 (4), 393-409. <https://doi.org/10.1007/s13178-016-0267-4>
- Carneiro, N. (2014). *Vivência da Sexualidade da Pessoa com Deficiência Mental Profunda: Atitudes dos Pais e dos Profissionais – O Caso da Cooperativa de Educação e Reabilitação para Crianças Inadaptadas de Fafe*. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra]. Repositório científico da UC. <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/30756>
- Carta Social (2023). [Início - Carta Social](#)

- Cavalho, M. I. & Pinto, C. (2014). Serviço Social em Portugal: uma visão crítica, in Cavalho, M. I. & Pinto, C. (coord.). (2014). *Serviço Social. Teoria e Práticas* (3-24). Lisboa, Pactor.
- Coutinho, C. (2023). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática* (2ª ed). Coimbra: Almedina.
- Dodd, S. J. & Tolman, D. (2018). Reviving a Positive Discourse on Sexuality within Social Work. *Social Work*, 62(3), 227–234. <https://doi.org/10.1093/sw/swx016>
- Dunk-West, P. (2007). Everyday Sexuality and Social Work: Locating Sexuality in Professional Practice and Education. *Social Work and Society*, 5(2), 135-142. [\(99+\) Everyday sexuality and social work: locating sexuality in professional practice and education | Priscilla Dunk-West - Academia.edu](#)
- Ferreira, P. (2023). Um Olhar sobre Lares Residenciais para Pessoas com Diversidade Funcional. [Dissertação de Mestrado, [ISSSP - Instituto Superior de Serviço Social do Porto](#)]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/48432>
- FIAS (2014). *Definição Global da Profissão de Assistente Social*. [Definição Global de Serviço Social – Federação Internacional de Assistentes Sociais \(ifsw.org\)](#)
- Fontes, F. (2016). *Violência e crimes de ódio contra as pessoas com deficiência em Portugal*. Almedina. <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/80249>
- Fontes, F. (2019). O movimento de pessoas com deficiência em Portugal: características, impactos e interseccionalidades, in Santos, A. C., Fontes, F., Martins, B. S., & Santos, A. L. (coord.) (2019). *Mulheres, sexualidade, deficiência: os interditos da cidadania íntima*. (113-142). Coimbra, Almedina.
- Garland-Thomson, R. (2019). Reconfigurar, repensar, redefinir: estudos feministas da deficiência, in Santos, A. C., Fontes, F., Martins, B. S., & Santos, A. L. (coord.) (2019). *Mulheres, sexualidade, deficiência: os interditos da cidadania íntima*. (47-48). Coimbra, Almedina.
- Giertsen, M., Lavie-Ajayi, M. & McKay, K. (2021). Teaching about sex and sexuality in social work: an international critical perspective. *Social Work Education*, 42(6), 867-884. <https://doi.org/10.1080/02615479.2021.1990252>
- Gomes, A. (2020). *Serviço Social e Deficiência – Uma abordagem de Direitos Humanos* (E-book da Associação dos Profissionais de Serviço Social), 5.º Congresso Nacional de Serviço Social, 2018.

- Gomes, A. A. & Castilho, P. (2003). Sexualidade e Deficiência Mental, in Fonseca, L., Soares, C. & Vaz, J. M. (coord.) (2003). *A Sexologia – perspectiva multidisciplinar. Volume I* (473-498). Coimbra, Quarteto editora.
- Gomez, M. T. (2012). The S words: sexuality, sensuality, sexual expression and people with intellectual disability. *Sexuality and Disability*, 30(2), 237-245. <https://doi.org/10.1007%2Fs11195-011-9250-4>
- Granja, B. (2008). *O saber procedimental/procedural dos assistentes sociais com os utentes, Atas do VI Congresso Português de Sociologia Mundos Sociais: Saberes e Práticas*, Universidade Nova FCSH, 25 a 28 de Junho de 2008, Lisboa. <https://associacaoportuguesasociologia.pt/vicongresso/pdfs/495.pdf>
- Grupo de Coordenação do Plano de Auditoria Social & CID (s/d). *Manual de Boas Práticas - Um guia para o acolhimento residencial das pessoas em situação de deficiência-para dirigentes, profissionais, residentes e familiares*. Lisboa: Instituto da Segurança Social, IP. [para_pdf \(seg-social.pt\)](para_pdf(seg-social.pt))
- Hespanha, P., et. al (2000). *Entre o Estado e o Mercado. As fragilidades das instituições de protecção social em Portugal*. Coimbra, Quarteto.
- Holler, R., & Bondorevsky-Heyman, C. (2023). Social workers' perceptions of intimate relationships of people with intellectual disabilities in residential settings. *Journal of Social Work*, 23(5), 821-837. <https://doi.org/10.1177/14680173231165929>
- Lafferty, A., McConkey, R., & Simpson, A. (2012). Reducing the barriers to relationships and sexuality education for persons with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities*, 16(1), 29–43. <https://doi.org/10.1177/1744629512438034>
- Lavie-Ajayi, M. (2022). Everyday sexuality in social work field placement. *International Social Work*, 65(2), 300-313. <https://doi.org/10.1177/0020872820901566>
- Lee, S., Fenge, L. A. & Collins, B. (2019). Disabled people's voices on sexual well-being. *Disability & Society*, 35(2), 303-325. <https://doi.org/10.1080/09687599.2019.1634522>
- Löfgren-Mårtenson, L. (2004). “May I?” About Sexuality and Love in the New Generation with Intellectual Disabilities. *Sexuality and Disability*, 22(3), 197-207. <https://doi.org/10.1023/B:SEDI.0000039062.73691.cb>

- Löfgren-Mårtenson, L. (2008). Love in cyberspace: Swedish young people with intellectual disabilities and the Internet. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 10(2), 125-138. <https://doi.org/10.1080/15017410701758005>
- Luz, M. H. (2019). *A economia social face ao desafio de uma solidariedade sustentável: a intervenção do serviço social ao nível da capacitação das organizações vocacionadas para a população idosa*. [Tese de Doutoramento, ISCTE-IUL]. Repositório do ISCTE-IUL. <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/19784>
- Machado, R. (4 de junho de 2017). Entrevista, Sociedade Portuguesa de Sexualidade Clínica. <https://spsc.pt/index.php/2017/06/04/sim-nos-fodemos/>
- Manoj, M. P., & Suja, M. K. (2017). Sexuality and reproductive health in young people with disability: A systematic review of issues and challenges. *Sexuality and Disability*, 35, 507-516.
- Marques, A. M. (2005). *Ser+*. Programa de Desenvolvimento Pessoal e Social para Crianças, Jovens e Adultos Portadores de Deficiência Mental. <https://pt.slideshare.net/LugaraoAfecto/ser-apf>
- Mendes, A. (2011). Organizações de Economia Social. O Que as Distingue e Como Podem Ser sustentáveis, *Fluxos & Riscos*, 2, 29–53. https://www.researchgate.net/publication/299711145_Organizacoes_de_Economia_Social_o_que_as_distingue_e_como_podem_ser_sustentaveis
- Mioto, R. (2010). Família, trabalho com famílias e Serviço Social Serviço Social. *Serviço Social em Revista*. 12(2) 163-176. <https://doi.org/10.5433/1679-4842.2010v12n2p163>
- Moura, E., Ramos, R., Simões, S. & Li, Y. (2021). Técnica de análise de conteúdo: uma reflexão crítica in Costa, A. P., et al., (coord.) (2021). *Reflexões em torno de Metodologias de Investigação: análise de dados (Vol. 3)*. (45-60). UA Editora, Universidade de Aveiro. https://ria.ua.pt/bitstream/10773/30773/1/Metodologias%20investigacao_Vol3_Digital.pdf
- Nogueira, C. (2019). Biopoder e de(s)ficientização feminina: opressões, riscos e expressões subversivas na afirmação do corpo-desejo, in Santos, A. C., Fontes, F., Martins, B. S., & Santos, A. L. (coord.) (2019). *Mulheres, sexualidade, deficiência: os interditos da cidadania íntima*. (79-110). Coimbra, Almedina.

- ONU (2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Optional Protocol*. <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>
- Organização Mundial de Saúde (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. [cifl final CTP.pmd \(who.int\)](#)
- Pacheco, J. (2003). Sexualidade e Religião, in L. Fonseca, C. Soares, & Vaz, J. M., A *Sexologia - Perspetiva Multidisciplinar. Vol. Volume II* (44-51). Coimbra: Quarteto Editora
- Palha, M., Andrade, D. C., Cotrim, L., Martins, S., Fritz, A. (2016). *Recomendações de base empírica para a prática relacionada com o acompanhamento de pessoas com Deficiência Intelectual*. https://diferencas.net/wp-dif/docs/Guidelines_PDI_04_07_2016.pdf
- Pereira, A. (2016). *Prática profissional do Assistente Social no contexto da Incapacidade Intelectual*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação e Ciências Sociais do Instituto Politécnico de Leiria]. Politécnico de Leiria. [IC-Online: Prática profissional do Assistente Social no contexto da Incapacidade Intelectual \(ipleiria.pt\)](#)
- Pinto, C. (2011). *Representações e práticas do Empowerment nos Trabalhadores sociais*. [Tese de Doutoramento, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas]. Repositório da Universidade de Lisboa. [Repositório da Universidade de Lisboa: Representações e práticas do Empowerment nos trabalhadores sociais \(utl.pt\)](#)
- Portaria nº 70/2021, 26 de março. Diário da República, 1º série – Nº 60/2021 – 26 de março de 2021.
- Projeto SMARTS - Guia sobre Tomada de Decisão Apoiada no campo da sexualidade para profissionais (2023). https://smarts-project.com/wp-content/uploads/2023/08/SDM-Guidelines_professionals_portuguese.pdf
- Ribeiro, J., Bento, L., Faria, G., Silva, S., Abreu, T., Rodrigues, S. & Azevedo, L. (2022). Tecnologias de apoio e diversidade funcional: contributos para uma educação acessível e inclusiva, in Mangas, C. & Sousa, J. (coord), (2022). *Educação inclusiva e acessível: oportunidades e sinergias* (pp. 117–134). Coimbra, Almedina. [TECNOLOGIAS DE APOIO E DIVERSIDADE FUNCIONAL \(ipleiria.pt\)](#)

- Rodríguez, D. (s/d). *Mais Educação Sexual – Uma metodologia acessível para todas as pessoas*.
- Romañach, J., & Lobato, M. (2005). Diversidad funcional, nuevo término para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano. *Foro de Vida Independiente*, 5, 1-8.
- Rueda, H., Bolin, S., Linton, K. & Williams, L. & Pesta, E. (2017). Social Workers' Roles in Supporting the Sexual and Relational Health of Children with Disabilities. *Child and Adolescent Social Work Journal*. 34. 1-13. [Social Workers' Roles in Supporting the Sexual and Relational Health of Children with Disabilities | Request PDF \(researchgate.net\)](#)
- Rushbrooke E., Murray C. D., Townsend S. (2014). What difficulties are experienced by caregivers in relation to the sexuality of people with intellectual disabilities? A qualitative meta-synthesis. *Research in Developmental Disabilities*, 35(4), 871-886. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.01.012>
- Saleebey, D. (1996). The Strengths Perspective in Social Work Practice: Extensions and Cautions. *Social Work*. 41 (3), 296-305. <https://doi.org/10.1093/sw/41.3.296>
- Sanders, T. (2007). The politics of sexual citizenship: commercial sex and disability. *Disability & Society*, 22(5), 439-455. <https://doi.org/10.1080/09687590701427479>
- Santos, A. L., & Santos, A. C. (2019). Diversidade funcional, igualdade sexual: sexualidade não-normativas de mulheres com deficiência, in Santos, A. C., Fontes, F., Martins, B. S., & Santos, A. L. (coord.) (2019). *Mulheres, sexualidade, deficiência: os interditos da cidadania íntima*. (143-172). Coimbra, Almedina.
- Shakespeare, T. (2000). Disabled sexuality: toward rights and recognition. *Sexuality and Disability*, 18(3), 159-166. <https://doi.org/10.1023/A:1026409613684>
- Shildrick, M. (2019). Algumas reflexões sobre cidadania sexual e mulheres com deficiência, in Santos, A. C., Fontes, F., Martins, B. S., & Santos, A. L. (coord.) (2019). *Mulheres, sexualidade, deficiência: os interditos da cidadania íntima*. (21-46). Coimbra, Almedina.
- Silva, I. N. (2020). *Sexualidade e Assistência Sexual: Estudo sobre a Perspetiva de Mulheres com Diversidade Funcional*. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. [Repositório Aberto da Universidade do Porto:](#)

[Sexualidade e assistência sexual: estudo sobre a perspectiva de mulheres com diversidade funcional \(up.pt\)](#)

- Simões, C. (2016), *O Direito à Autodeterminação das Pessoas com Deficiência*, Porto, Associação do Porto de Paralisia Cerebral e Faculdade de Direito da Universidade do Porto. [eBook FDUP Dir PessoasDeficiencia.pdf \(appc.pt\)](#)
- Stainton, T., Chenoweth, L. & Bigby, C. (2010). Social Work and Disability: An Uneasy Relationship, *Australian Social Work*, 63(1), 1-3. <https://doi.org/10.1080/03124070903291886>
- Trevillion, S. (2007). Health, Disability and Social Work: New Directions in Social Work Research. *British Journal of Social Work*, 37(5), 937–946. <https://www.jstor.org/stable/23722541>
- Turner, G. & Crane, B. (2016). Pleasure is paramount: Adults with intellectual disabilities discuss sensuality and intimacy. *Sexualities*, 19(5-6), 677-697. <https://doi.org/10.1177/1363460715620573>
- Turner, G., North, R. Drake, G. (2023). Social Work Curriculum: Preparation for Sexuality and Sexual Well-being Practice, *The British Journal of Social Work*, 53(6), 3237–3257. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcad109>
- Turner, G.W. (2020). The Circles of Sexuality: Promoting a Strengths-based Model Within Social Work that Provides a Holistic Framework for Client Sexual Well-being, in *Rooted in Strengths: Celebrating the Strengths Perspective in Social Work* (pp.305-325). Univ of Kansas Libraries. [\(PDF\) The Circles of Sexuality: Promoting a Strengths-based Model Within Social Work that Provides a Holistic Framework for Client Sexual Well-being \(researchgate.net\)](#)
- World Association for Sexual Health (2021). *Declaration of sexual pleasure*. <https://worldsexualhealth.net/wp-content/uploads/2021/09/WAS-DECLARATION-ON-SEXUAL-PLEASURE-2021-.pdf>
- World Health Organization. (2006). *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva*. [DSH layout17.indd \(paho.org\)](#)

ANEXOS

Anexo A. Guião da Entrevista Semiestruturada

Assistente Social / Diretor/a Técnico/a

Protocolo da entrevista

Apresentação da investigadora

Apresentação do objeto de estudo

Solicitar autorização para gravar a entrevista e aplicação do consentimento

Garantir o anonimato e confidencialidade da informação e respostas transmitidas

Elementos de caracterização dos assistentes sociais

Género

Formação académica

Cargo e profissão na Instituição

Tempo de exercício de funções na resposta social

Tempo de serviço na área da diversidade funcional

Eixos temáticos	Objetivos específicos	Questões
A. Conhecer a perceção dos AS relativa à sexualidade das pessoas com DF	<ul style="list-style-type: none">- Identificar o conhecimento dos profissionais em relação ao conceito de sexualidade- Conhecer a precensão dos profissionais sobre a sexualidade das pessoas com DF	<ul style="list-style-type: none">- Pode explicar o que entende por sexualidade.- Considera que as pessoas adultas com DF têm direito a viver a sua sexualidade?
B. Práticas de promoção da sexualidade	<ul style="list-style-type: none">- Conhecer as estratégias interventivas desenvolvidas pelos profissionais que promovem a sexualidade	<ul style="list-style-type: none">- Como é desenvolvida a intervenção para a promoção da sexualidade/ direitos sexuais dos utentes?- Enquanto profissional como equilibra a promoção da autonomia individual com a necessidade de proteger os utentes em questões relacionadas com a sexualidade?- Enquanto profissional debate com outros profissionais (enfermeiro, médico, psicólogo, educador social, etc) para

		<p>abordar as questões da sexualidade?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se SIM, quais? E de que modo (realização de reuniões multidisciplinares, encontro de estratégias para apoiar e aconselhar os utentes, etc.)? • Se NÃO, porquê?
C. Constrangimentos na abordagem à sexualidade no seio organizacional	<p>- Compreender quais os constrangimentos institucionais com os quais os profissionais se confrontam na abordagem à sexualidade</p>	<p>- Considera que as organizações para pessoas com DF estão preparadas para responder ao campo da sexualidade dos/das utentes?</p> <p>- Quais as barreiras existentes no seio institucional que condicionam o exercício aos direitos sexuais? (por exemplo, pessoal técnico e outras áreas de serviço sem formação relativa ao campo da sexualidade, a impossibilidade de existir um quarto para momentos de intimidade).</p> <p>- Nas organizações para pessoas com DF o que considera que pode ser mudado no sentido de se promover a sexualidade?</p>
D. Formação complementar no campo da sexualidade	<p>- Conhecer a vertente formativa dos profissionais para trabalhar as questões da sexualidade junto das pessoas com DF</p>	<p>- Fez investimento formativo especializado na área da sexualidade?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se SIM (desenvolveu formação), considera que é importante ter formação na área? Quais os seus acréscimos? • Se NÃO (desenvolveu formação), sente que a preparação ao nível da

		licenciatura foi suficiente? OU ainda não surgiu oportunidade pessoal/profissional para a desenvolver?
E. Contributos do Serviço Social no âmbito da sexualidade das pessoas com DF	- Aferir a perceção dos profissionais relativamente aos contributos que a profissão tem para o campo da sexualidade das pessoas com DF	- Quais considera serem os contributos do Serviço Social no âmbito da sexualidade na área da DF?

Anexo B. Declaração de Consentimento Informado



• U

C •

FPCEUC

FACULDADE DE PSICOLOGIA
E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Responsável pelo estudo: Mariana Travassos Almeida Alves

(marianatrvaalves@gmail.com)

Orientadora: Professora Doutora Joana Guerra

Mariana Travassos Almeida Alves, aluna de Mestrado em Serviço Social na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, sob a orientação da Professora Doutora Joana Guerra, vem solicitar a sua participação no estudo intitulado *O papel do Serviço Social na promoção da qualidade de vida das pessoas com diversidade funcional: as questões relacionadas com a sua sexualidade*.

Este estudo tem como principal objetivo perceber a abordagem e a resposta do Serviço Social às questões da sexualidade nas respostas sociais para pessoas com diversidade funcional, pelo que a sua participação é essencial.

A recolha de dados consistirá numa entrevista semiestruturada presencial com a duração de aproximadamente 40 minutos. Os depoimentos serão gravados para que possam ser utilizados na realização do estudo, podendo também ser realizadas algumas anotações.

A participação no estudo é estritamente voluntária, passível de ser interrompida a qualquer momento, sem que essa decisão se reflita em qualquer prejuízo, invalidando que a informação até à data recolhida seja utilizada. A sua participação é também anónima e confidencial, pelo que apenas serão divulgados os dados obtidos do tratamento de dados, salvaguardando a sua identidade, através da utilização de códigos de identificação.

Declaro que fui informada/o e compreendi os objetivos e procedimentos desta investigação, aceitando participar de livre vontade neste estudo.

Nome: _____

Assinatura: _____ Data: __/__/____

Anexo C. Elementos de caracterização relativos aos assistentes sociais e diretores técnicos entrevistados

INDICADOR	VARIÁVEL	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7
Plano pessoal	Género	Feminino	Masculino	Feminino	Feminino	Masculino	Feminino	Feminino
Plano profissional	Formação académica	Licenciatura em Serviço Social	Licenciatura em Serviço Social	Licenciatura em Serviço Social; Pós-Graduação em Gerontologia Social; Pós-Graduação em Gestão de Recursos Humanos; Pós-Graduação em Intervenção Multidisciplinar em Saúde Mental	Licenciatura em Serviço Social	Licenciatura em Serviço Social	Licenciatura em Serviço Social	Licenciatura em Serviço Social; Mestrado em Serviço Social
	Cargo na instituição	Diretora técnica Lar Residencial	Assistente Social CACI	Diretora técnica Lar Residencial	Diretora técnica CACI	Assistente Social CACI	Assistente Social SAD	Assistente Social CACI
	Tempo exercício funções na resposta social	2 anos	15 anos	3 anos	30 anos	5 anos	3 anos	6 anos
	Tempo exercício funções na área da diversidade funcional	14 anos	34 anos	3 anos	30 anos	35 anos	22 anos	6 anos

Anexo D. Análise de conteúdo dos relatos das entrevistas

Categoria	Subcategorias	Unidades de registo	Unidades de contexto	Unidade de enumeração
Conhecimento relativo à sexualidade das pessoas com DF	Tem conhecimento e consegue definir o que é a sexualidade	A sexualidade manifesta-se nos nossos comportamentos, sentimentos e atitudes	<p>“A questão dos afetos, a questão do relacionamento amoroso. Pronto é uma coisa muito vasta e, portanto, a sexualidade, é muitas vezes entendida só com o fim sexual. Mas a sexualidade pode ter vários componentes, não é?” (E2)</p> <p>“É normalmente, e numa grande parte das situações ela vem associada a alguma forma de carinho, de amor, de partilha de aproximação a outra pessoa.” (E3)</p> <p>“A sexualidade vai muito para além do ato sexual, portanto, a sexualidade tem muito que ver com também com relações com sentimentos, com respeito, a partilha.” (E5)</p> <p>“É muito mais do que a própria relação sexual também é o conteúdo da relação e a qualidade da relação entre eles.” (E7)</p>	4
		A sexualidade é uma necessidade fundamental do indivíduo e parte integrante da personalidade do ser humano	<p>“Uma necessidade também.” (E1)</p> <p>“Uma necessidade que nos remete para a nossa autoestima, para a nossa autoconfiança, que contribui um bocadinho também para o nosso sentido enquanto pessoa e enquanto ser.” (E3)</p> <p>“A sexualidade é universal, um não há ninguém assexual.” (E6)</p>	3
		A sexualidade manifesta-se desde o nascimento até à morte	“A sexualidade está relacionada à vida, é desde que nós nascemos até à morte.” (E1)	1
		A sexualidade é uma experiência subjetiva	“A sexualidade é um tema muito abrangente, portanto, e pode ser entendida de maneira totalmente diferente pelas diferentes pessoas.” (E5)	1
	Reconhece que as pessoas com DF têm direito a viver a sua sexualidade	Similar a todos os cidadãos	<p>“Completamente acho que as pessoas, todas nós, temos direito à sexualidade.” (E1)</p> <p>“Não a vejo diferente das outras pessoas.” (E2)</p> <p>“Sim, claro que sim” (E3)</p>	7

			<p>“Completamente. Acho que sim, claro, da mesma forma que as outras.” (E4)</p> <p>“Claro. Não se coloca em questão.” (E5)</p> <p>“E entender que acima de tudo estas pessoas são como nós e têm o direito à sexualidade.” (E6)</p> <p>“Claro que sim, claro que sim.” (E7)</p>	
--	--	--	---	--

Categoria	Subcategorias	Unidades de registo	Unidades de contexto	Unidades de enumeração
Práticas de promoção da sexualidade	Educação Sexual	Alertar e prevenir comportamentos de risco	<p>“A nossa intervenção era mais no sentido de controlar os comportamentos de risco, as relações que eram mantidas nas casas de banho, nos alojamentos sem o mínimo de intimidade.” (E2)</p> <p>“Nós promovemos muito esta questão da informação. [...] temos muito que acompanhar neste sentido e informar, informar, ensinar esta questão dos cuidados a ter.” (E4)</p> <p>“Colocamos no plano individual exatamente para a prevenção de abusos.” (E5)</p>	3
		Mediar e gerir conflitos nas relações	<p>“Às vezes até fazemos algum aconselhamento [...] gestão de relação, a gestão de conflitos, nunca decidir por eles, mas mediar um bocado aqui a relação.” (E5)</p>	1
		Garantir que se está a promover cidadãos responsáveis e informados dos seus direitos e obrigações	<p>“Educar, controlar, sensibilizar, não é? Explicar o que é o ato em si, que é um ato de intimidade, e que não devia ser exposto ou que ninguém devia saber que iam fazer esse ato.” (E2)</p>	1
		Garantir que a temática da sexualidade é encarada com naturalidade	<p>“Sente-se que há vontade, é muito comum encontrar ou se descer ver um casal de mão dada [...] porque nós [...] agimos com muita naturalidade.” (E6)</p>	1
		Dinamização de sessões informativas sobre a temática da sexualidade	<p>“Tínhamos uma proximidade muito grande com o Centro de Saúde e vinham as enfermeiras do planeamento familiar. [...] E a intervenção era no sentido do uso de método contraceptivos, [...] falar sobre as DST's e as gravidezes.” (E2)</p>	2

			“Já fizemos formações para falar dos riscos das doenças.” (E6)	
		Sensibilizar e capacitar as famílias sobre a temática da sexualidade	“Em relação aos familiares dos nossos utentes. Esta é uma conversa que nós temos com alguma frequência.” (E3) “Temos que trabalhar a família também para isso e não é, não é poucas vezes, porque as famílias muitas vezes são muito... têm muito medo deste tema e são muito protecionistas.” (E4) “Tentámos chegar aqui à família e dizer <i>olhe nós estamos um bocadinho preocupados porque pode acontecer aqui alguma gravidez não planeada, se calhar, o melhor era falarmos com o médico de família e vemos que o que é que se pode fazer.</i> ” (E7)	3
		Empoderamento e sensibilização das equipas técnicas e de intervenção direta sobre a temática da sexualidade	“Tento junto das minhas colaboradoras perceber que é normal e temos que aceitar e respeitar.” (E3)	1
		Iniciativas/atividades institucionais (sessões de grupo e colónia de férias)	“Nós temos uma psicóloga que faz esse trabalho também em sessões do grupo com alguns nossos utentes.” (E3) “Eu próprio vou fazer uma colónia de férias este ano [...] e só vão casais.” (E5)	2
	Saúde sexual e reprodutiva	Garantir o acesso a consultas de planeamento familiar	“Ir a consultas de planeamento familiar.” (E1) “Trabalho de acompanhamento para que as pessoas possam ter consultas de planeamento familiar.” (E5) “As mulheres adultas, portanto, têm consultas de planeamento. A maior parte até anda numa consulta específica para esta população.” (E6) “Das consultas de planeamento, por exemplo. [...] Normalmente sou eu que faço os acompanhamentos das consultas.” (E7)	4
	Intervenção fundamentada em valores	Individualidade e privacidade	“Respeitar cada um na sua individualidade.” (E3) “E as pessoas terem o seu tempo para namorarem, por exemplo, mesmo na intervenção [...] É uma das coisas que está nos planos individuais é terem tempo para estarem sozinhos, para passearem, para estarem na sua, na sua privacidade, necessariamente.” (E5)	2

	Debate sobre sexualidade	Ambas as equipas (multidisciplinares e intervenção direta) sobre a temática aquando da existência de dúvidas ou para encontrar estratégias	<p>“A nossa instituição é constituída por uma equipa multidisciplinar, enfermeiros e psicólogos. Sempre que surgem essas situações que impliquem preocupações da nossa parte nós reunimos, tanto com a psicóloga como com o enfermeiro, para arranjar estratégias para orientar o utente e mesmo os colaboradores.” (E1)</p> <p>“Sim sim, sim, falávamos com algum cuidado.” (E2)</p> <p>“Reuniões pedagógicas mensais ou então muitas vezes também quando surgem algumas situações do dia a dia.” (E3)</p> <p>“Nestas questões fazemos sempre em equipa, seja, portanto, com psicólogos, educadores, a terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, assistente social pode ser enfermeiro também se for alguém que esteja no Lar.” (E4)</p> <p>“Sim, até internamente, são promovidas ações de formação.” (E5)</p> <p>“Sim.” (E6)</p> <p>“Sim.” (E7)</p>	7
	Equilibrar a promoção da autonomia com a necessidade de proteção em questões relacionadas com a sexualidade	Abordagem em equipa multidisciplinar	<p>“Grande desafio [...] É preciso explicar-lhes isto. E as pessoas que faziam parte da equipa do CAO, nomeadamente da equipa de psicologia, explicava essa situação, para evitar situações de promiscuidade.” (E2)</p> <p>“Sim, isso aí é o busilis da questão. [...] Isso é um equilíbrio muito difícil. [...] Nós temos uma equipa técnica que é constituída por assistentes sociais, psicólogos, educadores, terapeutas, e discutimos muito estas questões.” (E4)</p> <p>“Faço sempre questão de informar um dos meus colegas quando estou a lidar com estas questões com eles. Portanto, neste caso, até costuma ser o psicólogo.” (E5)</p>	3
		Educação Sexual	<p>“Aí só mesmo a intervenção junto deles e falando com eles. Estando com eles e dizendo, explicando os riscos que eles correm [...] sensibilizá-los para uma sexualidade saudável.” (E1)</p>	3

			<p>“Sim, sim, agora eles procuram-nos muito como aconselhamento e às vezes não é fácil. [...] Nós não os podemos proteger eternamente, não é? E, portanto, há que avaliar os riscos quando nos juntamos e quando nos vêm pedir, porque eles veem-nos como pessoas de referência [...] Nós vamos dizendo <i>olha tens que dar tempo.</i>” (E6)</p> <p>“Algumas dúvidas que eles têm não é ou alguma angústia que eles tenham, vêm ter connosco e nós tentamos sempre falar com eles, conversar, explicar o que é que eles estão a sentir, porque é que estão a sentir.” (E7)</p>	
		A autonomia não é potenciada	<p>“Não tenho muito a dizer infelizmente [...] Mas aquilo que eu sinto mais honestamente é que isso também não acontece porque todas as formas são travadas, não é? [...] Eu continuo a sentir que não é um tema que esteja a ser trazido de forma a ser trabalhado e mudado, não é.” (E3)</p>	1

Categoria	Subcategorias	Unidades de registo	Unidades de contexto	Unidades de enumeração
Constrangimentos na abordagem à sexualidade	Preparação das organizações para pessoas com DF para responder ao campo da sexualidade	Não existe preparação	<p>“Eu acho que em termos da minha residência, não de todo.” (E1)</p> <p>“Não, claro que não.” (E3)</p> <p>“Eu acho que é um tema que se fala pouco. [...] Eu visito ou falo com outras instituições e não é muito comum.” (E4)</p>	3
		Registo de uma evolução institucional na abordagem à sexualidade	<p>“Acho que já estão mais. Acho que houve progressos.” (E2)</p> <p>“O que eu entendo do feedback que os colegas me vão dando é que as pessoas ficam muito admiradas com algumas iniciativas que nós temos. Portanto, creio que ainda há um caminho muito grande a fazer nesta área.” (E5)</p> <p>“Há muito trabalho a fazer.” (E6)</p> <p>“Algumas já começam a abrir portas, não é? [...] E começam a pensar nisto como um direito que eles têm [...] mas há outras que ainda estão um bocadinho aquém, não é que são muito refugiadas naquilo que são os valores antigos, que eles são pessoas</p>	4

			assexuadas ou só hipersexuadas [...] Acho que começamos a dar alguns passos, mas ainda faltava um caminho.” (E7)	
	Barreiras institucionais que condicionam o exercício à sexualidade	Inexistência quartos de casais	<p>“Um quarto.” (E1)</p> <p>“A falta de um espaço que seja veladamente [...] Este espaço era importante e evitava muitos comportamentos de risco.” (E2)</p> <p>“Não há um espaço que seja dedicado à intimidade.” (E4)</p>	3
		Crenças socioculturais em relação à sexualidade	<p>“As pessoas não se sentem, de certa forma, preparadas para receber esse tipo de situações.” (E1)</p> <p>“No espaço CACI há essa dificuldade e ainda o entendimento e os tabus de alguns profissionais. [...] mentalidade dos profissionais [...] Há muitas pessoas que [...] ainda mandam algumas bocas, ainda fazem alguns comentários desnecessários.” (E4)</p> <p>“A principal barreira é a mental.” (E5)</p> <p>“A tal infantilização, achar que eles são crianças [...] acharem que são assexuadas.” (E6)</p>	4
		Não formação das equipas na área da sexualidade	<p>“A formação às equipas [...] e considero todas as hierarquias.” (E1)</p> <p>“Uma coisa que acho que é muito importante, a formação das pessoas que lidam com eles e terem formação nesta área.” (E2)</p> <p>“Precisamos todos de mais formação sobre esta temática.” (E7)</p>	2
		Forte influência da religião católica	<p>“Molda muito estas instituições que passa pelo cariz religioso [...] é um travão social, não é? E é um travão à inclusão, ou seja, se de alguma forma, nós que trabalhamos nas instituições e continuamos muito condicionados pela questão da educação religiosa a que enfim já não, nunca vai ser igual ao que foi antigamente, certamente, mas continua a ser uma marca muito presente no dia a dia.” (E3)</p>	1
		Não possuir formação técnica e académica adequada para o desempenho do cargo que se ocupa	<p>“Uma cultura também que é muito habitual nas IPSS’s que são organizações dirigidas por pessoas que vêm de um registo muito amador. Não é? Portanto, e muitas vezes não são pessoas que</p>	1

			estejam dentro dos temas propriamente ou com a formação necessária para os cargos que ocupam.” (E3)	
		Inexistência de diretrizes e normativos	“Eu acho que também a própria legislação e o Estado, o Governo, também não têm isso previsto.” (E7)	1
	Alterações ao nível das organizações por forma a promover a sexualidade	Necessidade quartos de casal nos estabelecimentos residenciais	“Um quarto.” (E1) “Acho que é muito importante esta questão da do quarto do casal.” (E3) “E depois se pensarmos nisso, se houver espaços realmente que possam ser dedicados à intimidade era ótimo.” (E4)	3
		Alteração de padrões culturais	“Eu acho que essencialmente, o que deve ser mudado é as mentalidades.” (E4) “Desde as mentalidades.” (E6) “Tinha que se mudar aqui o pensamento, a forma como as pessoas pensam. Para o bem-estar delas também precisam disto, porque é que o outro também não há de precisar... a questão da empatia.” (E7)	3
		Formação das equipas (multidisciplinares e intervenção direta) no campo da sexualidade	“A formação às equipas [...] e considero todas as hierarquias.” (E1) “Tem de haver uma sensibilização dos dirigentes do que fazer nestas situações, orientações precisas. [...] os auxiliares, que muitos são a famílias deles, somos nós e esses funcionários.” (E2) “Eu trabalho com os funcionários, porque os auxiliares que passam o tempo com eles têm mesmo que ter uma plena noção de não brincar com estes assuntos, não fazer disto algo de piadas, de chacota, porque isso vai sempre criar aqui uma tensão também nestes utentes e é uma forma de falta de respeito por eles, não é?” (E3) “É pá formação, formação, formação, formação permanente [...] para formar as pessoas e ajudá-las a quebrar preconceitos e poderem falar abertamente sobre as coisas.” (E5) “Acho que formações como a [...] deviam ser replicadas.” (E6)	6

			“E aqui a formação mais uma vez, voltamos ao mesmo.” (E7)	
		Implementação de orientações/ planos de ação institucionais	“Do que fazer nestas situações, orientações precisas.” (E2)	1
		Partilha de boas práticas entre organizações	“E acho que esta questão da ajuda da troca de boas práticas.” (E6)	1

Categoria	Subcategoria	Unidades de registo	Unidades de contexto	Unidades de enumeração
Formação complementar no campo da sexualidade	Desenvolvimento de formação	Aquisição de conhecimentos	“Essas formações foi mais para desconstruir um conjunto de estereótipos.” (E2) “Fiz [...] foram algumas sessões que fizeram connosco [...] alguns documentos que nos foram entregues e algumas dicas também de como falar sobre os assuntos.” (E3) “Sim, por acaso há muitos anos fiz uma formação da APF.” (A4) “Há uns anos na Associação de Planeamento Familiar.” (E5) “Sim, fiz imenso quando entrei por causa do projeto.” (E6) “Sim, mas foi gratuita.” (E7)	6
	Sem formação	-	“Não. [...] Ainda não surgiu a oportunidade.” (E1)	1

Categoria	Subcategoria	Unidades de registo	Unidades de contexto	Unidades de enumeração
Contributos do Serviço Social no âmbito da sexualidade das pessoas com DF	Competências profissionais do assistente social	Enquadramento em equipa multidisciplinar	“O assistente social, por ser um profissional que trabalha de forma articulada com tantos outros colegas de outros serviços, [...] nós trabalhamos muito em conjunto com outras pessoas de outros serviços acho que isso nos beneficia na medida em que nos possibilita chegar a outros profissionais, a outras experiências que existam também, a outras práticas que sejam feitas e que estejam aqui a ser a ser experimentadas entre aspas, não é no sentido de poderem ser replicadas.” (E3)	3

			<p>“Eu acho que o Serviço Social tem sempre um papel muito de complemento de todas os conhecimentos e os saberes. [...] o Serviço Social é abrangente no seu conhecimento.” (E4)</p> <p>“Tem que haver um contributo de uma equipa multidisciplinar, portanto isto não é uma intervenção exclusiva de Serviço Social.” (E5)</p>	
		Proximidade relacional com as famílias	<p>“O assistente social também tem aqui uma proximidade muito grande às famílias dos utentes e, portanto, também acho que temos aqui o privilégio [...] então os familiares aqui parece-me sempre um bom investimento não é vai ser sempre importante também tê-los aqui da do nosso lado.” (E3)</p> <p>“E depois pronto o trabalho com as famílias e, neste caso, da sexualidade Mais concretamente, acho que o trabalho com as famílias, o Serviço Social, acrescenta imenso.” (E4)</p>	2
		Abordagem centrada na pessoa	<p>“Da mesma forma que nós damos resposta a muitas outras necessidades, sejam elas da saúde, alimentação, das atividades, etc. Temos de considerar que esta necessidade de intimidade da sexualidade também tem que ser sempre tida em consideração.” (E3)</p> <p>“A licenciatura em Serviço Social [...] da abordagem centrada no cliente.” (E6)</p>	2
		Educação sexual (utentes)	“Educar e dar apoio psicossocial.” (E2)	1
		Consumação dos direitos das pessoas com DF	<p>“Garantir que as pessoas com deficiência vivem a sexualidade.” (E1)</p> <p>“Luta pelo direito. [...] Acho que essa também é nossa função.” (E7)</p>	2
	Valores inerentes à prática profissional	<p>Não discriminação, empatia e ultrapassar o cariz assistencialista</p>	<p>“Quebrar aqui com os preconceitos, seja sobre pornografia, sejam eles as revistas, sejam eles a consulta com o médico ou enfermeiro.” (E3)</p> <p>“Como ser abertos para todos, então nestas áreas da abertura aos comportamentos ou às formas de viver. [...] A mim, como o</p>	3

			<p>curso me ensinou muito e me ensinou a ter de facto uma cabeça aberta.” (E4)</p> <p>“A licenciatura em Serviço Social pode ter dado ali alguns chavões, não é? Na questão da empatia, do saber ouvir o outro. [...] De não fazer aquela abordagem assistencialista. Pronto, isso sim. Eu acho que isso é um grande contributo.” (E6)</p>	
	Supervisão e coordenação de recursos humanos	Intervenção a nível de recrutamento/seleção recursos humanos	<p>“Mas eu acho que nos compete também a nós que estamos nesta neste papel de recrutadores e de decisores de contratações, explicar muito bem às pessoas com o é que vão lidar quando vêm um trabalho como este. [...] Nós temos equipas ali a trabalhar e, portanto, isto requer uma dedicação muito grande e eu acho que é muito importante também nestas fases de recrutamento e de contratação das pessoas alertá-las para essas situações. Todas estas noções de respeito pelo outro, da individualidade do outro, do espaço, do outro, de ouvirem o que é que o outro gosta ou precisa.” (E3)</p>	1
		Intervenção no processo formativo das equipas	<p>“Sensibilização dos agentes, das pessoas que trabalham com eles. As pessoas com mais formação devem educar as outras.” (E2)</p>	1