

TRABALHOS DE PESQUISAS

AVALIAÇÃO DA ADEQUAÇÃO DE COMPORTAMENTOS SEXUAIS EM DEFICIENTES INTELECTUAIS

Ítor Finotelli Jr.¹

ASSESSMENT OF THE ADEQUACY OF SEXUAL BEHAVIORS IN THE INDIVIDUALS WITH INTELLECTUAL DISABILITIES

Resumo: Este estudo foi desenvolvido em caráter exploratório com o objetivo de investigar a estrutura de uma escala para avaliação da adequação de comportamentos sexuais em deficientes intelectuais. A escala foi desenvolvida previamente ao estudo para mapeamento de comportamentos inadequados a convite de instituições especializadas no atendimento, prevenção e inclusão de indivíduos com essa deficiência. Para esse mapeamento, participaram 98 parentais de idades entre 33 e 74 anos, que são responsáveis por sujeitos com essa deficiência de idades entre 11 e 35 anos. As avaliações retrospectivas das aplicações forneceram à escala evidências significativas de funcionamento. Três dimensões interpretáveis foram extraídas e denominadas de “adequação de comportamentos sexuais”, “orientação e autonomia” e “discriminação entre público e privado”. As dimensões foram capazes de discriminar características da amostra a respeito do sexo e escolaridade. Ponderaram-se limitações quanto ao tamanho da amostra, e apesar disso, os resultados foram favoráveis à busca de evidência de validade da escala, assim como seu aprimoramento.

Palavras-chave: deficientes intelectuais; escala; sexualidade; desenvolvimento

Abstract: The present study was developed with an exploratory approach in order to investigate the structure of a scale to evaluate the adequacy of sexual behaviors in persons with intellectual disabilities. The author was invited by institutions specialized in care, prevention and inclusion of individuals with such disability to develop the scale, prior the study, in order to map the inadequate behaviors. Were invited for this mapping, 98 parents, between the ages of 33 and 74 years old, responsible for individuals with this disability, with ages varying between 11 and 35 years old. The retrospective evaluation of the applications provided to the scale significant evidences of operation. Three interpretable dimensions were extracted and denominated as adequacy of sexual behavior, orientation and autonomy, and distinguished between public and private. The dimensions were capable of discriminating characteristics of the sample in regards to gender and education. Weigh up limitations regarding the size of the sample, and despite this fact, the results were favorable to the search of evidences of validity of the scale as well as its improvement.

Keywords: intellectual disability; scale; sexuality; development

1. Grupo de Estudos e Pesquisas do Instituto Paulista de Sexualidade, São Paulo. e-mail: itor@psicoterapiasexual.com.br

Introdução

É muito comum o preconceito quando se relaciona o tema da sexualidade a pessoas com deficiências intelectuais (DI). Esse preconceito não é restrito a pessoas que não mantêm contato com esses indivíduos, mas também aparece em profissionais que atuam com essas deficiências, cuidadores, pais e responsáveis (ADAMS; TALLON *et al.*, 1982; ASSUMPTÃO JR.; SPROVIERI, 1993; OUELLETTE-KUNTZ; BURGE *et al.*, 2003; WILKINSON; DREYFUS *et al.*, 2012). Observa-se que o preconceito está relacionado, inicialmente, ao fato de o indivíduo possuir deficiências, e é transferido para outras dimensões do seu desenvolvimento. Muitos foram os mitos desmistificados em relação a pessoas com DI (MOREIRA, 1990; COUWENHOVEN, 2007). Parte dessa desmistificação foi influenciada pela inserção desses indivíduos na sociedade (KIM; LARSON *et al.*, 2001). Por um lado, considera-se virtuoso que a inserção tenha possibilitado o diálogo sobre as necessidades desses indivíduos, mas, por outro, essas necessidades ocorriam antes dessa inserção.

A sexualidade pode ser considerada uma fonte dessas necessidades e engloba diversas dimensões, principalmente a sexual (WAS, 2008). Ela não é restrita a indivíduos sem deficiências e são aceitas de modo geral para essa população, entretanto é ignorada, ou por vezes punida, em indivíduos que fogem ao conceito de “normalidade” fisiológica, intelectual e até mesmo social. Segundo as crenças difundidas, as manifestações da sexualidade nesses indivíduos “anormais” são associadas à aberração (monstruosa), denominada algumas vezes hiperativa, ou à ausência (angelical), caracterizada pela assexualidade (GIAMI, 2004). É por essa razão que a relação da sexualidade com as DIs tornou-se motivo de preocupação, no sentido de controle, num contínuo de repressão e monitoramento, distorcendo o conceito de adequação de comportamentos afetivos e sexuais de forma geral.

Ao contrário dessas crenças, pessoas com DI mantêm as mesmas necessidades no desenvolvimento da sexualidade. Para a dimensão sexual, a exemplo McClennen (1988), as necessidades são idênticas aos indivíduos sem deficiências e acompanham mais o desenvolvimento cronológico do que o cognitivo. Isso sugere que o desenvolvimento da sexualidade e de suas dimensões estão relacionados à compreensão das necessidades de cada indivíduo e são dependentes das oportunidades fornecidas pelo ambiente (LESSELIERS; VAN HOVE, 2002). Verificados em diversos estudos, consideram-se essas oportunidades desfavoráveis em múltiplos aspectos.

Para aspectos educacionais, estudos demonstram que pessoas com DI não possuem informações sobre sexualidade e saúde sexual (BRANTLINGER, 1985; ABRAMSON; PARKER *et al.*, 1988; GLAT; FREITAS, 1996; GALEA; BUTLER *et al.*, 2004; ISLER; TAS *et al.*, 2009; SWANGO-WILSON, 2011) e muitas vezes não tem oportunidades formais e informais de aprendizagem sobre comportamentos sexuais (BLASINGAME, 2005; ISLER; TAS *et al.*, 2009). Há evidências que comprovam que os próprios indivíduos com DI afirmaram não possuir o conhecimento sexual que gostariam para usufruir melhor sua sexualidade (MCCABE, 1999), assim como evidências de uma maior propensão na obtenção de informações sexuais por fontes duvidosas, como a televisão (CUSKELLY; BRYDE, 2004; SWANGO-WILSON, 2011).

No aspecto da orientação, omissões foram relatadas por pais ao optar não orientar sexualmente seus filhos com DI, uma vez que isso despertaria comportamentos sexuais (ABRAMSON; PARKER *et al.*, 1988). A ausência de orientações prejudica consideravelmente o indivíduo com DI. Essa ausência foi observada na precariedade de conhecimentos a respeito da sexualidade como em comportamentos sexuais, funções corporais, gravidez, nascimentos, métodos contraceptivos,

menstruação e doenças sexualmente transmissíveis e/ou inabilidade do uso de termos e expressões (FISCHER; KRAJICEK, 1974; HESHUSIUS, 1982; MCCLENNEN, 1988; GLAT; FREITAS, 1996; MCCARTHY, 2002; CUSKELLY; BRYDE, 2004; SERVAIS, 2006; SWANGO-WILSON, 2011).

Em pesquisas que observaram a presença dessas orientações, identificou-se que ela foi direcionada a tópicos específicos para controle de comportamentos: para homens, em relação a práticas homossexuais e masturbatórias, e para mulheres, em relacionamentos afetivos e gravidez (FISCHER; KRAJICEK, 1974; WOLF; ZARFAS, 1982). Constatou-se ainda que mulheres receberam orientações sexuais em maior quantidade que os homens (WOLF; ZARFAS, 1982). Independente do gênero, as mesmas orientações de controle também foram descritas por meio da dificuldade de obtenção de privacidade para práticas sexuais ou na desaprovação de tais práticas e relatos de culpa ao realizá-las (LESSELIERS; VAN HOVE, 2002). Esses resultados revelam de certa forma uma influência do gênero na orientação.

Embora não haja clareza sobre a constituição de uma educação sexual e/ou orientações sexuais eficazes para pessoas com DI (SWANGO-WILSON, 2011), há evidências que conceitos sobre fisiologia básica, comunicação da intimidade e sexualidade, diferenças de gênero e sexo seguro aumentaram a capacidade de mulheres com DI no cuidado em relação à própria higiene e no reconhecimento e denúncia de abusos cometidos contra elas (RODGERS; LIPSCOMBE, 2005; HORNER-JOHNSON; DRUM, 2006; DUKES; MCGUIRE, 2009). No entanto, não foi estabelecida uma eficácia clara para os diferentes programas de autoproteção (WHITEHOUSE; MCCABE, 1997).

Nesse sentido, o último aspecto mencionado é relacionado à vulnerabilidade dessa população. Pessoas com DI constituem vítimas potenciais de abusos, incluindo o abuso sexual (CHAMBERLAIN; RAUH *et al.*, 1984; SERVAIS; JACQUES *et al.*, 2002; GUST; WANG *et al.*, 2003; DUKES; MCGUIRE,

2009). Pesquisas sugerem que pessoas com DI são menos prováveis de denunciar tais abusos (HORNER-JOHNSON; DRUM, 2006; DUKES; MCGUIRE, 2009; SWANGO-WILSON, 2011). As razões dessas altas prevalências são múltiplas, e as características dos abusadores variam conforme o estudo. A passividade, a dependência, a obediência e o comportamento exibicionista foram considerados fatores de riscos para essas vítimas (KREUTNER, 1981; WINGFIELD; HEALY *et al.*, 1994; DIEDERTCH; GREACE, 1996). Observou-se também a dificuldade de pessoas com DI em distinguir contatos afetivos e sexuais consensuais de abusos (MURPHY; O'CALLAGHAN, 2004; CONOD; SERVAIS, 2008). Não somente na condição de vítimas, há evidências na literatura específica que os qualificaram como abusadores, e esses abusos são praticados por homens e mulheres com DI (LAMBRICK; GLASER, 2004; LINDSAY; SMITH *et al.*, 2004; BLASINGAME, 2005).

Conforme elucidado, não se admira a grande quantidade de ocorrências de comportamentos sexuais inadequados associados a indivíduos com DI, que não são frutos de sua deficiência, mas das oportunidades oferecidas para seu desenvolvimento. Promover oportunidades talvez seja o grande desafio da atualidade para o desenvolvimento da sexualidade de indivíduos com DI (COUWENHOVEN, 2007) e, conseqüentemente, a adequação de seus comportamentos sexuais e afetivos. Essa adequação não deve ser feita no sentido de normatização, conforme descreveram Santos e Osório (2010), mas de autonomia, pois no conceito de sexualidade está implícita a ideia de inclusão de diferenças, respeitando a diversidade de identidades e formas de expressão ao pressupor consenso, livre coerção e, principalmente, segurança e consciência (WAS, 2008).

Como parte desse desafio, surge a necessidade de critérios mensuráveis para avaliar a adequação desses comportamentos. Não se trata de parâmetros diagnósticos de comportamentos normais ou patológicos, mas um

formato de mapeamento em dimensões que por ventura estejam prejudicadas e necessitam de intervenções. Com o objetivo de contribuir com essa necessidade, este estudo avaliou a estrutura de uma escala destinada para a verificação da adequação de comportamentos sexuais em pessoas com deficiências intelectuais. Trata-se de um estudo retrospectivo de aplicações dessa escala em pais e responsáveis por pessoas com DI.

Método

Participantes

Para constituir a amostra, foram consideradas as aplicações da escala armazenadas em um arquivo permanente de uma clínica e consultoria de psicologia especializada em sexualidade no interior do estado de São Paulo. As aplicações foram realizadas no ano de 2012 em pais de indivíduos com DI. Das aplicações identificadas, a amostra por conveniência ficou constituída por 98 parentais, 80% mulheres, cujas idades variam entre 33 e 74 anos ($M=48,24$; $DP=10,87$), com escolaridade em 35% dos casos até o ensino fundamental e em 65% até o ensino médio. Esses pais eram responsáveis por pessoas com DI: 75% homens, com idades entre 11 e 35 anos ($M=19,77$; $DP=5,99$) e com ausência de ensino formal em 54% dos casos. Não foram encontradas informações a respeito do grau da deficiência, comorbidades psiquiátricas e uso de medicação.

Instrumento

O instrumento denominado “Escala para avaliação da adequação de comportamentos sexuais em pessoas com deficiências intelectuais” foi desenvolvido previamente a esse estudo para mapeamento de comportamentos sexuais inadequados, a convite de instituições especializadas no atendimento, prevenção e inclusão de pessoas com DI. É composto por 31 itens que avaliam a adequação de comportamentos, como “masturba-se (autoerotiza-se) em local

privado/protegido”, mensurados em Likert de quatro pontos nas categorias “nunca”, “às vezes”, “moderadamente”, “sempre”, “ocorreu uma vez”. A mensuração dos itens varia de 0 (nunca) a 3 (sempre) pontos, quanto mais próximo a três (3), mais adequado é o comportamento. Há inversões das pontuações nos itens 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 11, 13, 14, 17, 18, 23, 24, 25, 28, 29, 30 e 31. Respeitando essa inversão, considera-se sempre a pontuação máxima para a categoria “ocorreu uma vez”, interpretada como ocorrência que fez parte do desenvolvimento do indivíduo na adequação do comportamento. Teve duração média de aplicação em 15 minutos e pôde ser utilizado individualmente ou coletivamente em pais e/ou responsáveis por pessoas com DI.

Procedimentos

O acesso ao arquivo permanente e a manipulação das aplicações respeitaram os critérios éticos exigidos em pesquisa. Os dados coletados foram mantidos em sigilo, tanto dos participantes que responderam o instrumento quanto para as instituições que participaram das aplicações na época. Para a tabulação, as informações foram transformadas em variáveis nominais e ordinais, e as respostas na escala foram quantificadas.

Resultados

Regularmente utilizadas para verificação da adequação da amostra (PESTANA; GAGEIRO, 2003), não compuseram as análises iniciais a prova estatística Kaiser-Meyer-Olkin e o teste de esfericidade de Bartlett. Justifica-se essa condição devido à quantidade de itens/sujeitos, insuficientes para obter um coeficiente significativo nessas análises. Como método alternativo para verificação da adequação foi realizada uma inspeção visual da matriz de correlação. Essa análise identificou correlações significativas em 75% dos itens, além da ausência de variância do item 6, que foi excluído.

Dessa forma, procedeu-se a análise fatorial exploratória com extração dos fatores por análise

de componentes principais e rotação varimax. Os critérios de retenção estipulados foram o gráfico de sedimentação, o autovalor >1,5 e a retenção de três itens com cargas iguais ou superiores a 0,3, conforme orientações de Thompson e Daniel (1996). Inicialmente, a análise extraiu onze fatores que explicaram aproximadamente 88% da variância total, entretanto essa estrutura não cumpriu os critérios estabelecidos. Os itens foram submetidos a novas análises, porém, desta vez, por extração de dois a quatro fatores.

As novas análises revelam itens inadequados nos fatores extraídos em duas condições: o não agrupamento em nenhum dos

fatores e a distribuição semelhante de cargas entre os fatores. Optou-se nesses casos por aumentar a importância da carga fatorial para 0,4 e excluir os itens não agrupados (05, 07, 08, 11, 17, 24, 25, 26 e 30). Após análises nessas condições, a extração por três fatores foi a que cumpriu os critérios estabelecidos. O autovalor correspondeu em 5,3 para primeira dimensão, 3,3 para segunda e 3,1 para a terceira. As três dimensões explicaram 56% da variância total, atribuída para primeira 25%, segunda 16% e a terceira 15%. O resultado da rotação por varimax para a distribuição das associações dos itens com fatores foram organizados na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos itens por extração de três fatores rotacionados e comunalidades da escala.

Itens	Comunalidades	Fatores extraídos		
		1	2	3
31	0,87	0,90		
29	0,79	0,85		
03	0,74	0,75		
04	0,78	0,69	-0,55	
18	0,45	0,67		
02	0,74	0,64		-0,42
14	0,32	0,47		
28	0,76	0,46	-0,72	
27	0,76	0,46	0,72	
16	0,48		0,66	
15	0,41		0,62	
22	0,36		0,59	
23	0,30		0,54	
20	0,55		0,53	0,48
13	0,64			-0,77
12	0,64			0,77
01	0,45			0,72
09	0,44			0,62
10	0,53			0,58
19	0,42			0,51
21	0,24			0,46

As novas análises revelam itens inadequados nos fatores extraídos em duas condições: o não agrupamento em nenhum dos fatores e a distribuição semelhante de cargas entre os fatores. Optou-se nesses casos por aumentar a importância da carga fatorial para 0,4 e excluir os itens não agrupados (05, 07, 08, 11, 17, 24, 25, 26

e 30). Após análises nessas condições, a extração por três fatores foi a que cumpriu os critérios estabelecidos. O autovalor correspondeu em 5,3 para primeira dimensão, 3,3 para segunda e 3,1 para a terceira. As três dimensões explicaram 56% da variância total, atribuída para primeira 25%, segunda 16% e a terceira 15%. O resultado da rotação por

varimax para a distribuição das associações dos itens com fatores foram organizados na Tabela 1.

Observou-se que a rotação distribui os itens de maneira semelhante entre os fatores (sete itens por fator). Os itens 02, 04, 28 e 27 carregaram em dois fatores, todavia com cargas opostas; com exceção do item 20, que carregou em dois fatores, mas com cargas positivas. Na correlação entre os fatores, o fator 1 associou-se positivamente e moderada com o fator 3 ($r=,48$; $p<0,01$), e o fator 2 não apresentou nenhuma associação com os fatores, todavia associou-se forte e positivamente

com a escala total ($r=,81$; $p<0,01$). Por fim, a precisão por alfa de Cronbach dos fatores extraídos correspondeu em 0,80 para o fator 1, 0,70 para o fator 2 e 0,71 para o fator 3. Ao considerar a escala total, a precisão ficou estimada em 0,62.

Após a análise da estrutura fatorial, a análise descritiva dos itens indicou respostas na categoria “nunca” em 75% da amostra nos itens 31, 29, 03, 04, 02, 28, 27, 15, 13 e 12. Para o restante, a amostra respondeu de maneira variada entre as outras categorias de resposta (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição das categorias por itens, segundo resposta da amostra.

Itens	Categorias de resposta				
	nunca (n=%)	às vezes (n=%)	moderadamente (n=%)	sempre (n=%)	
Fator 1	31	92	-	8	-
	29	88	12	-	-
	03	88	8	-	4
	04	77	19	4	-
	18	65	23	-	12
	02	85	12	-	4
	14	65	19	-	15
Fator 2	28	96	4	-	-
	27	96	4	-	-
	16	54	27	4	15
	15	77	19	4	-
	22	42	15	8	35
	23	31	27	-	42
Fator 3	20	23	31	4	42
	13	96	4	-	-
	12	96	4	-	-
	01	27	27	15	31
	09	42	31	8	19
	10	42	31	4	23
	19	23	12	-	65
21	46	31	4	19	

Na soma dos itens segundo os fatores extraídos, a análise descritiva apresentou para a amostra a média de 18,8 pontos (DP=3,4; mín=5; máx=21) no fator 1; 8,5 pontos (DP=3,9; mín=3; máx=17) no fator 2; e 9,7 (DP=4,1; mín=3; máx=18) no fator 3. Na escala total, a média da pontuação foi de 37 pontos (DP=6,31 mín=25; máx=50). Segundo

as variáveis sociodemográficas, verificam-se diferenças estatísticas significantes nas pontuações entre os sujeitos. O fator 2 apresentou diferenças nas pontuações em quatro variáveis, já o fator 3 e a escala total apresentaram em duas. As diferenças das pontuações foram organizadas na Tabela 3.

Tabela 3. Testes estatísticos utilizados para comparação das médias das pontuações dos sujeitos na escala, segundo variáveis da amostra.

	Variáveis da Amostra				Teste Estatístico	Significância
					<i>t</i>	<i>p</i>
Sexo do Aluno						
	Masculino (n=74)		Feminino (n=24)			
	M	DP	M	DP		
Fator 1	18,95	3,71	19,00	2,12	0,06	0,95
Fator 2	7,65	3,59	11,20	3,96	4,10	0,00
Fator 3	9,70	4,66	9,60	1,52	0,10	0,92
Escala	36,30	6,78	39,80	4,21	2,38	0,02
Sexo do Cuidador						
	Masculino (n=19)		Feminino (n=79)			
	M	DP	M	DP		
Fator 1	19,40	1,14	18,67	3,79	0,83	0,41
Fator 2	10,40	3,13	8,19	3,99	2,26	0,03
Fator 3	11,40	5,77	9,24	3,67	2,03	0,05
Escala	41,20	8,23	36,00	5,54	3,31	0,00
Aluno possui Escolaridade						
	Sim (n=45)		Não (n=53)			
	M	DP	M	DP		
Fator 1	18,20	3,42	17,50	6,19	0,68	0,50
Fator 2	10,00	4,74	7,33	3,50	3,20	0,00
Fator 3	8,00	2,92	10,50	4,23	3,35	0,00
Escala	36,20	5,22	35,33	6,12	0,75	0,46
Escolaridade do Cuidador						
	Até Fundamental (n=34)		A partir de Ensino Médio (n=64)			
	M	DP	M	DP		
Fator 1	18,00	5,42	19,00	2,27	1,28	0,20
Fator 2	7,00	3,93	9,53	3,91	3,05	0,00
Fator 3	10,13	4,79	9,07	3,88	1,18	0,24
Escala	35,13	6,81	37,60	6,20	1,81	0,07

Discussão

É critério fundamental na avaliação de dados a verificação dos coeficientes estatísticos para assegurar a qualidade dos resultados das análises. Certamente que os coeficientes estimados nas análises dos resultados foram significativos na medida do caráter exploratório da estrutura da escala. Numa situação fora dessa condição, os resultados encontrados seriam classificados como imprecisos e insuficientes. Um exemplo dessa insuficiência foi a impossibilidade de assegurar a adequação da amostra na prova estatística Kaiser-

Meyer-Olkin e o teste de esfericidade de Bartlett ou a aceitação da flutuação de 23% dos itens da escala em dois fatores.

Justificada essa condição, a escala correspondeu satisfatoriamente segundo os coeficientes encontrados. A extração inicial de onze fatores estruturou pequenas dimensões de itens que significaram possibilidades específicas para avaliar a adequação de comportamentos sexuais em deficientes intelectuais. Observou-se que essas dimensões seriam válidas caso houvesse mais itens para compor sua avaliação. Frente a esse resultado, a escolha foi procurar dimensões mais

abrangentes desses comportamentos, além de interpretáveis, com o cumprimento de coeficientes estatísticos.

A estrutura fatorial em três dimensões seguiu o direcionamento proposto. Além de garantir os critérios sugeridos, a rotação dos fatores organizou os itens de maneira interpretável nas dimensões. O fator 1 agrupou itens relacionados a aspectos de adequação de comportamentos sexuais, como: a interação de corpos com estranhos/terceiros, utilização de quaisquer objetos em práticas sexuais, a manipulação de genitais em ambientes públicos e a ocorrência de problemas genitais.

Já o fator 2 agrupou itens relacionados à orientação e à autonomia do indivíduo sobre sua sexualidade na orientação familiar ou institucional, no direcionamento das suas dúvidas a conhecidos ou estranhos, na percepção de um toque indesejado e no manejo do próprio corpo. E o fator 3 agrupou itens relacionados à discriminação de aspectos públicos e privados para práticas sexuais em locais protegidos, a utilização de palavras sexuais nesses contextos, a possibilidade de privacidade e a capacidade da interrupção de um toque indesejado.

As constatações desses fatores baseiam-se, inicialmente, no pressuposto da proteção, justificado pela maior vulnerabilidade que a população com deficiências intelectuais sofre em relação a abusos sexuais (CHAMBERLAIN; RAUH *et al.*, 1984; SERVAIS; JACQUES *et al.*, 2002; GUST; WANG *et al.*, 2003; DUKES; MCGUIRE, 2009). No caso do fator 1, ele avalia o risco de exposição do indivíduo e a adequação do seu comportamento, já que ela evitaria a possibilidade de um eventual abuso. O fator 2 diz respeito à proteção do indivíduo pela orientação e educação por fontes seguras, qualificando o vínculo com os respectivos cuidadores, além de proporcionar autonomia no manejo do seu corpo, independente da presença desses cuidadores. O fator 3 auxilia o indivíduo na contextualização de seus comportamentos, principalmente na prática de comportamentos sexuais, ao buscar locais protegidos e seguros

para essas práticas e discriminação dos contextos públicos e privados.

Outro pressuposto está relacionado ao bem-estar do indivíduo e de seus responsáveis/cuidadores. Ainda hoje, situações de constrangimento social e confinamento de indivíduos com deficiências mentais são realidades vividas pela população (KIM; LARSON *et al.*, 2001). Parte dessa realidade é influenciada pelo preconceito e pela falta de informação (WILKINSON; DREYFUS *et al.*, 2012). Os fatores 1 e 3 apontam para uma possível necessidade de intervenção na inadequação de comportamentos sexuais. Para o fator 2, a ausência de informação e esclarecimento ajudaria manter essa condição de retraimento social e restrição de certas atividades que proporcionariam bem-estar a essa população e seus responsáveis. Nesse sentido a inclusão social desse indivíduo também foi considerada como um dos pressupostos.

E por fim, o último pressuposto está relacionado à Declaração dos Direitos Sexuais proposta pela Associação Mundial para a Saúde Sexual (WAS, 2008). No caso, as dimensões avaliariam, então, condições favoráveis para o acesso e a garantia desses direitos. O fator 1 e 3, por exemplo, avaliariam condições para autonomia sexual, a integridade sexual e a segurança do corpo sexual, ao fazer o indivíduo perceber sua inadequação e ter autonomia para regulá-la, além de proporcionar o acesso ao direito de prazer e expressão sexual de maneira contextualizada e privativa. Já o fator 2 avaliaria condições de direito a uma educação sexual compreensiva, com base no conhecimento científico, e suas consequências seriam: uma maior liberdade, igualdade e saúde sexual.

Ainda na interpretação desses fatores, segundo os resultados de suas associações, a significativa associação entre o fator 1 e 3 foi correspondente com a explanação dos pressupostos. Conforme proposto por Couwenhoven (2007), isso demonstrou que auxiliar um indivíduo a

discriminar contextos públicos e privados favorece sua autonomia na regulação de comportamentos sexuais inadequados. No fator 2, não era esperado que ele se associasse especificamente com nenhum dos outros fatores, uma vez que o acesso à educação e à informação é um facilitador no processo de adequação do comportamento, não um determinante (ANNON, 1974). No entanto, era esperada sua associação com a escala total, situação observada nos resultados.

A respeito das pontuações da amostra estimadas pela escala, em primazia, a categoria “nunca” foi a mais assinalada. Situação favorável nos itens 02, 03, 04, 13, 27, 28 e 31, que dizem respeito a inadequações em interação de corpos com estranhos/terceiros, utilização de quaisquer objetos em práticas sexuais, a manipulação de genitais em ambientes públicos e direcionamento de dúvidas a conhecidos ou estranhos (KREUTNER, 1981; WINGFIELD; HEALY *et al.*, 1994; DIEDERTCH; GREACE, 1996). Por outro lado, desfavorável no item 15 relativo a orientações sobre questões sexuais na escola e outras instituições. Essa mesma ausência de orientação, desta vez por familiares, foi observada no item 16 em que a mesma categoria foi assinalada por 54% da amostra (SWANGO-WILSON, 2011).

Ainda para as pontuações dos itens no sentido desfavorável, tanto para desenvolvimento da sexualidade quanto para manutenção de comportamentos inadequados (LESSELIERS; VAN HOVE, 2002), o item 19 – relativo à possibilidade de privacidade – apresentou em quase metade da amostra a impossibilidade de obtê-la pelas categorias “nunca” e “às vezes”. No item 22 e 23, há uma contraposição no estabelecimento da autonomia e da privacidade no momento da higiene no banho, condição também desfavorável no sentido do desenvolvimento, conforme Couwenhoven (2007). Ainda com relação à higiene voltada para o aspecto da saúde, foi a ocorrência nas categorias “às vezes” e “sempre” no item 14 – que diz respeito a problemas na região genital

(RODGERS; LIPSCOMBE, 2005).

Para as influências das variáveis sociodemográficas na soma das pontuações dos itens, o resultado encontrado é favorável para as dimensões extraídas e, conseqüentemente, para a qualificação da escala. De alguma forma, a escala apresentou diferenças nas médias das pontuações no fator 2 – relativo à orientação e autonomia do indivíduo e no fator 3 – relativo à discriminação de aspectos públicos e privados –, além da escala total. Essas diferenças provocaram um aumento nas pontuações quando o indivíduo era do sexo feminino ou quando o cuidador/responsável era do sexo masculino, identificando possíveis influências na formação de gênero em favorecimento da adequação dos comportamentos sexuais (FISCHER; KRAJICEK, 1974; WOLF; ZARFAS, 1982).

A escolaridade também provocou aumento nas médias, indicando que quanto maior seu nível para o cuidador/responsável, maior a pontuação nos aspectos de educação e orientação (fator 2). Ou quanto menor seu nível para um indivíduo deficiente, melhor ele perceberá aspectos relacionados ao público e privado (fator 3). Para esse último dado, apesar de parecer contrário ao analisar os itens que agruparam nesse fator, seguramente se um indivíduo só tiver vivências no privado, ele não apresentará inadequações nessa dimensão, pois ela é bem específica na maior parte dos seus itens em aspectos privados.

Conclusão

Este estudo foi desenvolvido em caráter exploratório com o objetivo de investigar a estrutura de uma escala para avaliação da adequação de comportamentos sexuais em pessoas com DI. A escala foi desenvolvida previamente ao estudo pelo autor para mapeamento de comportamentos inadequados a convite de instituições especializadas no atendimento, prevenção e inclusão de indivíduos com essa deficiência.

As análises realizadas forneceram a escala “evidências significativas de funcionamento”, qualificando-a como um possível instrumento de avaliação a ser aprimorado na busca por evidências de validade. As dimensões extraídas foram denominadas adequação de comportamentos sexuais (fator 1), orientação e autonomia (fator 2) e discriminação de público e privado (fator 3), interpretados com base na literatura especializada ao considerar e relacionar os pressupostos de proteção, bem-estar, inclusão social, e direitos sexuais. Para os dados apresentados, o instrumento e as dimensões foram capazes de discriminar características da amostra a respeito do sexo e da escolaridade.

Ponderam-se limitações principalmente quanto ao tamanho da amostra e ao delineamento retrospectivo. Cabem futuras pesquisas que esclareçam os dados demonstrados neste trabalho. Apesar dessas limitações, os resultados foram favoráveis à busca de evidências de validade da escala, assim como seu aprimoramento. Destacou-se sua importância como um instrumento útil na avaliação da adequação de comportamentos sexuais em pessoas com deficiência intelectual.

ANEXO

Escala para Avaliação da Adequação de Comportamentos Sexuais em Deficientes Intelectuais:

Fator 1. Adequação de comportamentos sexuais

- 31. Interage em brincadeiras corporais com estranhos (professores, vizinhos e outros).
- 29. Interage em brincadeiras corporais com os amigos/colegas.
- 03. Utiliza objetos (almofadas, cadeiras etc.) para experiências sexuais.
- 04. Agarra ou faz gestos sexuais em conhecidos (familiares, amigos).
- 02. Manipula seus genitais em locais públicos (escola, shopping centers etc.).

18. Ao conversar, têm o costume de tocar nas outras pessoas.

14. Têm problemas com higiene na região genital.

Fator 2. Orientação e autonomia

- 27. Faz perguntas sobre sexo e/ou sexualidade para conhecidos.
- 28. Faz perguntas sobre sexo e/ou sexualidade para estranhos.
- 15. É orientado sobre questões sexuais na escola e outras instituições.
- 16. É orientado sobre questões sexuais por familiares.
- 22. Toma banho sozinho(a).
- 23. Toma banho acompanhado.
- 20. Respeita o NÃO da outra pessoa quando ele(a) a toca.

Fator 3. Discriminação de público e privado

- 01. Manipula seus genitais em locais privados (casa, banheiro, quarto etc.).
- 12. Fala palavras de cunho sexual em locais privados (casa, banheiro, quarto etc.).
- 13. Fala palavras de cunho sexual em locais públicos (escola, shopping centers etc.).
- 09. Masturba-se (autoerotiza-se) em local privado/ protegido (banheiro, quarto).
- 10. Sem se importar, tira a roupa em locais privados (casa, banheiro, quarto etc.).
- 19. Tem privacidade para ficar sozinho(a) quando quer.
- 21. Diz NÃO a outra pessoa quando é tocado por ela.

Excluídos – Itens fora da Análise

- 05. Agarra ou faz gestos sexuais em estranhos (professores, vizinhos e outros).
- 06. Utiliza serviços de profissionais do sexo (prostitutas, outros).
- 07. Explora o próprio corpo em qualquer circunstância.
- 08. Explora o corpo do outro em qualquer circunstância.

- 11. Sem se importar, tira a roupa em locais públicos (escola, shopping centers etc.).
- 17. É orientado sobre questões sexuais por estranhos.
- 24. Vê familiares nus em casa.
- 25. Vê estranhos (vizinhos, amigos, outros) nus em outro lugar.
- 26. Tem acesso a materiais pornográficos (revista, catálogos, internet, televisão e outros).
- 30. Interage em brincadeiras corporais com familiares.

Referências

ABRAMSON, P. R.; PARKER *et al.* Sexual Expression of Mentally Retarded People: Educational and Legal Implications. **American Journal on Mental Retardation**, v. 93, p. 328-334, 1988.

ADAMS, G. L.; TALLON *et al.* Attitudes toward the sexuality of mentally retarded and non retarded person. **Education and Training of the Mentally Retarded**, v. 17, p. 307-312, 1982.

ANNON, J. S. **The Behavioural Treatment of Sexual Problems: Volume I: Brief Therapy** Honolulu: Kapiolani Health Services, 1974.

ASSUMPÇÃO JR., F. B.; SPROVIERI, M. H. **Deficiência mental, família e sexualidade**. São Paulo: Memnon, 1993.

BLASINGAME, G. D. **Developmentally Disabled Persons With Sexual Behavior Problems: Treatment, Management Supervision**. Brandon: Safer Society Press, 2005.

BRANTLINGER, E. A. Mildly Mentally retarded secondary students' information about and attitudes toward sexuality and sexuality education. **Education and Training of the Mentally Retarded**, v. 20, n. 2, p. 99-108, 1985.

CHAMBERLAIN, A.; RAUH *et al.* Issues in fertility control for mentally retarded female adolescents: I. sexual activity, sexual abuse, and contraception. **Pediatrics**, v. 73, n. 4, p. 445-450, 1984.

CONOD, L.; SERVAIS, L. Sexual life in subjects with intellectual disability. **Salud Pública de México**, v. 50, p. 230-238, 2008.

COUWENHOVEN, T. **Teaching Children with Down Syndrome about their bodies, boundaries, and sexuality : a guide for parents and professionals**. Bethesda woodbine House, 2007.

CUSKELLY, M.; BRYDE, R. Attitudes towards the sexuality of adults with an intellectual disability: parents, support staff, and a community sample. **Journal of Intellectual and Developmental Disability**, v. 29, n. 3, p. 255-264, 2004.

DIEDERTCH, N.; GREACE, T. Enquête sur la sexualité et la prévention du sida chez les adultes handicapés mentaux en Ile de France. **Revue Européenne du Handicap Mental**, v. 3, n. 9, p. 20-32, 1996.

DUKES, E.; MCGUIRE, B. E. Enhancing capacity to make sexuality-related decisions in people with an intellectual disability. **Journal of Intellectual Disability Research**, v. 53, n. 8, p. 727-734, 2009.

FISCHER, H. L.; KRAJICEK, M. J. Sexual development of the moderately retarded child: Level of information and parental attitudes. **American Journal on Mental Retardation**, v. 12, n. 3, p. 28-30, 1974.

GALEA, J.; BUTLER *et al.* The assessment of sexual knowledge in people with intellectual disability. **Journal of Intellectual and Developmental Disability**, v. 29, n. 4, p. 350-365, 2004.

GIAMI, A. **O Anjo e a Fera: sexualidade,**

- deficiência mental, instituição.** Tradução de MACEDO, L.; VASCONCELLOS, D. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- GLAT, R.; FREITAS, R. C. **Sexualidade e deficiência mental: pesquisando, refletindo e debatendo sobre o tema.** Rio de Janeiro: Sete Letras, 1996. (Questões Atuais em Educação Especial).
- GUST, D. A.; WANG *et al.* National Survey of Sexual Behavior and Sexual Behavior Policies in Facilities for Individuals With Mental Retardation/ Developmental Disabilities. **Mental Retardation**, v. 41, n. 5, p. 365-373, 2003.
- HESHUSIUS, L. Sexuality, intimacy and persons we label. Mentally retarded: What they think – What we think. **American Journal on Mental Retardation**, v. 20, n. 4, p. 164-168, 1982.
- HORNER-JOHNSON, W.; DRUM, C. E. Prevalence of maltreatment of people with intellectual disabilities: a review of recently published research. **Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews**, v. 12, n. 1, p. 57-69, 2006.
- ISLER, A.; TAS *et al.* Sexuality in adolescents with intellectual disabilities. **Sexuality and Disability**, v. 27, n. 1, p. 27-34, 2009.
- KIM, S.; LARSON *et al.* Behavioural outcomes of deinstitutionalisation for people with intellectual disability: a review of US studies conducted between 1980 and 1999. **Journal of Intellectual Disability Research**, v. 26, n. 1, p. 35-50, 2001.
- KREUTNER, A. K. Sexuality, fertility, and the problems of menstruation in mentally retarded adolescents. **Pediatric Clinics of North America**, v. 28, n. 2, p. 475-480, 1981.
- LAMBRICK, F.; GLASER, W. Sex Offenders With an Intellectual Disability. **Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment**, v. 16, n. 4, p. 381-392, out. 1, 2004.
- LESSELIERS, J.; VAN HOVE, G. Barriers to the development of intimate relationships and the expression of sexuality among people with developmental disabilities: Their perceptions. **Research and Practice for Persons with Severe Disabilities** v. 27, p. 69-81, 2002.
- LINDSAY, W. R. *et al.* Women with intellectual disability who have offended: characteristics and outcome. **Journal of Intellectual Disability Research**, v. 48, n. 6, p. 580-590, 2004.
- MCCABE, M. P. Sexual knowledge, experience and feelings among people with disability. **Sexuality and Disability**, v. 17, n. 2, p. 157-170, 1999.
- MCCARTHY, M. Going through the menopause: perceptions and experiences of women with intellectual disability. **Journal of Intellectual and Developmental Disability**, v. 27, n. 4, p. 281-295, 2002.
- MCCLENNEN, S. Sexuality and students with mental retardation. **American Journal on Teaching Exceptional Children**, v. 20, n. 4, p. 59-61, 1988.
- MOREIRA, L. M. A. Sexualidade do Deficiente Mental: Um Mito em Questão. **Sexus**, v. 2, p. 14-15, 1990.
- MURPHY, G. H.; O'CALLAGHAN, A. Capacity of adults with intellectual disabilities to consent to sexual relationships. **Psychological Medicine**, v. 34, n. 7, p. 1347-1357, 2004.
- OUELLETTE-KUNTZ, H. BURGE; *et al.* Attitudes of senior psychiatry residents toward persons with intellectual disabilities. **Canadian Journal of Psychiatry**, v. 48, n. 8, p. 538-545, 2003.

PESTANA, M. H.; GAGEIRO, J. N. **Análise de dados para ciências sociais**. Lisboa: Sílabo, 2003.

RODGERS, J.; LIPSCOMBE, J. The nature and extent of help given to women with intellectual disabilities to manage menstruation. **Journal of Intellectual and Developmental Disability**, v. 30, n. 1, 2005.

SANTOS, M. W. B.; OSÓRIO, A. C. N. Sexualidade anormal? O que dizem as pesquisas sobre a sexualidade da pessoa com deficiência mental. In: ANACHE, A. A.; OSÓRIO, A. C. N. (Ed.). **Da educação especial à educação na diversidade: escolarização, práticas e processos**. Campo Grande: UFMS, 2010. p. 289-306.

SERVAIS, L. Sexual health care in persons with ID. **Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews**, v. 1, p. 48-56, 2006.

SERVAIS, L.; JACQUES *et al.* Contraception of women with intellectual disability: prevalence and determinants. **Journal of Intellectual Disability Research**, v. 46, n. 2, p. 108-119, 2002.

SWANGO-WILSON, A. Meaningful sex education programs for individuals with intellectual/developmental disabilities. **Sexuality and Disability**, v. 29, n. 2, p. 113-118, 2011.

THOMPSON, B.; DANIEL, L. G. Factor Analytic Evidence for the Construct Validity of Scores: A Historical Overview and Some Guidelines. **Educational and Psychological Measurement**, v. 56, n. 2, p. 197-208, 1996.

WAS. **Sexual Health for the Millennium. A Declaration and Technical Document**. Minneapolis: Associação Mundial para a Saúde Sexual, 2008.

WHITEHOUSE, M.A.; MCCABE, M.P. Sex education programs for people with intellectual disability: How effective are they? **Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities**, v. 32, n. 3, p. 229-240, 1997.

WILKINSON, J. E.; DREYFUS, *et al.* Sometimes I feel overwhelmed: educational needs of family physicians caring for people with intellectual disability. **Journal of Intellectual and Developmental Disability**, v. 50, n. 3, p. 243-250, 2012.

WINGFIELD, M.; HEALY, *et al.* Gynaecological Care for Women with Intellectual Disability. **Medical Journal of Australia**, v. 160, n. 9, p. 536-538, 1994.

WOLF, L.; ZARFAS, D. E. Parent's attitudes toward sterilization of their mentally retarded children. **American Journal on Mental Retardation**, v. 87, n. 2, p. 122-129, 1982.