U.PORTO

MESTRADO EM PSICOLOGIA
PSICOLOGIA

Saúde Sexual e Reprodutiva na Paralisia Cerebral: Um Estudo Qualitativo

Ana Beatriz Pinto Sousa

M

2026

Universidade do Porto

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA NA PARALISIA CEREBRAL: UM ESTUDO QUALITATIVO

Ana Beatriz Pinto Sousa

Outubro, 2026

Dissertação apresentada no Mestrado em Psicologia, na área de Psicologia Clínica e da Saúde, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pela Professora Doutora ***Ana Luísa de Matos Dias Quinta Gomes*** (FPCEUP).

AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta dissertação reflete as perspetivas, o trabalho e as interpretações da autora no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto concetuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, a autora declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. A autora declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

Sem prejuízo do disposto anteriormente, a autora declara que recorreu a ferramentas de Inteligência Artificial durante o processo de elaboração deste trabalho. Em particular, utilizou-se o ChatGPT para apoio à estruturação do texto. O recurso a estas ferramentas limitou-se aos usos descritos, mantendo-se as ideias, a análise, a interpretação dos resultados, a elaboração científica e a redação inicial da Dissertação integralmente da responsabilidade da autora.

Agradecimentos

Todo o percurso académico e pessoal que me fez chegar à realização deste trabalho não teria sido possível sem o apoio de diversas pessoas.

Antes de mais, gostaria de agradecer à minha orientadora, Doutora Ana Luísa Quinta Gomes, pela presença, disponibilidade e apoio ao longo de todo este processo. Agradeço as palavras de motivação, dedicação e todo o conhecimento partilhado. Fico profundamente grata pelas constantes sugestões que me desafiaram a ir mais longe. Um grande obrigada por me encorajar a integrar este projeto que tanto gosto me deu. Foi um privilégio conseguir aprender tanto com alguém com um gosto tão grande pelo tema da sexualidade.

À doutoranda Ana Pinho, agradeço a colaboração e apoio que foram essenciais para este trabalho, bem como pela quantidade imensurável de conhecimento que me transmitiu.

À minha mãe, obrigada pela constante motivação para ir sempre mais longe, pelas horas investidas comigo, tanto nos momentos de trabalho na dissertação como nos inúmeros momentos de lazer que tornaram os dias mais fáceis. Ao meu pai, obrigada por sempre me receberes com um sorriso e por procurares, de tantas formas, garantir o meu conforto. Obrigada a ambos pelo apoio incondicional e por me ajudarem a encontram soluções quando eu só via os problemas. À íris, a minha gata, um grande obrigada por seres exatamente como és e por me fazeres companhia ao longo de todo este processo. A tua presença é sempre importante.

À Marta, agradeço por toda a dedicação e pelo contacto constante, mesmo quando eu estava mais ausente a trabalhar na dissertação. És verdadeiramente um apoio indispensável desde sempre e para sempre. Obrigada pelos risos constantes, pelo cuidado e pelo carinho.

À tia Luísa e ao Zé, um obrigada enorme pois sem o vosso apoio eu não teria conseguido ser quem sou hoje. Obrigada por terem tornado este percurso mais fácil com as constantes boleias, refeições, conversas e afeto.

A todas as minhas amigas, obrigada por serem uma fonte constante de suporte e conforto ao longo destes 5 anos. Especialmente à Francisca e à Bia, caminhar ao vosso lado torna tudo mais especial.

Ao Filipe, agradeço por tão rápido te teres tornado tanto e por teres tornado este percurso mais leve. Obrigada pelo carinho e por todos os pequenos momentos, eles fizeram a diferença.

Quero deixar também um agradecimento especial à FAPPC e a todas as pessoas envolvidas neste projeto. Um obrigada ainda maior às pessoas participantes que se disponibilizaram a expressar a sua visão sobre o tema. Sem os vossos contributos tão ricos, nada disto teria sido possível.

Resumo

A Paralisia Cerebral (PC) é uma condição não progressiva permanente, caracterizada por alterações do movimento que podem influenciar diferentes dimensões do quotidiano, incluindo a sexualidade. Apesar do desejo em viver a sua sexualidade e aceder a cuidados de saúde reprodutiva, esta esfera encontra-se bastante condicionada nas pessoas com PC. Importa assim compreender as suas necessidades e os fatores que facilitam ou dificultam esse acesso. Este estudo pretende identificar as necessidades de saúde sexual e reprodutiva da pessoa com PC, compreendendo as suas vivências nos contextos em que se inserem.

Utilizou-se uma metodologia qualitativa com recurso a grupos focais, tendo por base um guião de entrevista semiestruturada co-construido com pessoas com PC. Participaram 44 pessoas em 8 momentos, sendo os dados posteriormente analisados através de uma análise temática reflexiva. A análise permitiu identificar 6 grandes temas: (1) Sexualidade: significados e vivências, (2) Perceção societal sobre a sexualidade da pessoa com PC, (3) Autodeterminação e (inter)dependência do outro: o desejo por autonomia, (4) Barreiras estruturais e globais/sistémicas, (5) Necessidades, e (6) Adaptações e recursos de auxílio à sexualidade. Os resultados evidenciaram que a sexualidade é considerada pelas pessoas com PC como uma dimensão importante, frequentemente desvalorizada, cuja vivência é dificultada pela falta de privacidade, superproteção, rejeição e desconhecimento. O acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva mostrou-se insuficiente sendo influenciado pelo estigma e ausência de recursos.

Conclui-se que este estudo poderá contribuir para a desmistificação e sensibilização em torno da sexualidade na PC, evidenciando lacunas que requerem investimento a nível científico, social, institucional e relacional.

Palavras-chave: Sexualidade; Saúde sexual; Saúde reprodutiva; Paralisia Cerebral; Portugal.

Abstract

Cerebral Palsy (CP) is a permanent, non-progressive condition characterized by movement impairments that can affect various aspects of daily life, including sexuality. Despite their desire to express their sexuality and access reproductive health care, this aspect of life is significantly limited for people with CP. It is therefore important to understand their needs and the factors that facilitate or hinder this access. This study aims to identify the sexual and reproductive health needs of people with CP, understanding their experiences within their respective contexts.

A qualitative methodology was used, employing focus groups based on a semi-structured interview guide co-developed with people with CP. 44 people participated across 8 sessions, and the data were subsequently analyzed using reflective thematic analysis. The analysis identified 6 major themes: (1) Sexuality: meanings and experiences, (2) Societal perceptions of the sexuality of people with CP, (3) Self-determination and (inter)dependence on others: the desire for autonomy, (4) Structural and global/systemic barriers, (5) Needs, and (6) Adaptations and assistive resources for sexuality. The results showed that people with CP view sexuality as an important dimension, one that is often undervalued, whose experience is hindered by a lack of privacy, overprotection, rejection, and lack of knowledge. Access to sexual and reproductive health services was found to be insufficient, influenced by stigma and a lack of resources.

It can be concluded that this study may contribute to demystifying and raising awareness about sexuality in PC, highlighting gaps that require investment at the scientific, social, institutional, and relational levels.

Keywords: Sexuality; Sexual health; Reproductive health; Cerebral Palsy; Portugal.

Índice

Introdução 1

1. A Paralisia Cerebral 1
2. A Vivência da Sexualidade da Pessoa com PC 2
3. Objetivo 5

Método 5

1. Desenho de investigação 5
2. Participantes 6
3. Procedimentos 6
4. Instrumentos 7

Questionário Sociodemográfico 7

Guião de grupo focal 8

5. Procedimento de análise dos dados 8

Análise e Discussão dos Resultados 9

1. Caracterização da Amostra 9
2. Apresentação e Discussão de Resultados 9

Tema 1. Sexualidade: significados e vivências 11

Tema 2. Perceção societal sobre a sexualidade da pessoa com PC 13

Tema 3. Autodeterminação e (inter)dependência do outro: o desejo por autonomia 16

Tema 4. Barreiras estruturais e globais/sistémicas 19

Tema 5. Necessidades 25

Tema 6. Adaptações e recursos de auxílio à sexualidade 29

Sugestões, Direções Futuras e Limitações 31

Conclusão 32

Referências 33

Anexo A. 38

Anexo B. 39

Anexo C. 41

Anexo D. 43

Anexo E. 44

Anexo F. 45

Introdução

1. A Paralisia Cerebral

O termo Paralisia Cerebral (PC) surge por volta dos anos 1860, cunhado por William Little, ortopedista, que associava estas alterações motoras a sequelas de hipóxia pós-parto. Atualmente, esta explicação considera-se redutora, visto apenas representar uma pequena fração das potenciais causas da PC (Duman, 2022; Rosenbaum et al., 2007).

Uma caracterização mais recente da PC, segundo Rosenbaum et al. (2007), remete para "um grupo de condições permanentes que afetam o desenvolvimento do movimento e da postura, causando uma limitação na atividade, e que são atribuídas a perturbações não progressivas que ocorreram no desenvolvimento do cérebro fetal ou do bebé" (p.9). Neste sentido, o termo PC não remete para uma doença, mas é usado como termo "guarda-chuva" abarcando diversas situações (Duman, 2022; Federação das Associações Portuguesas de Paralisia Cerebral [FAPPC], 2025; Newell et al., 2024).

A PC é das deficiências mais comuns na infância, com uma prevalência de 1.7 a 3.1 casos por 1000 nados-vivos (Duman, 2022). Embora não progressiva, é permanente e heterogénea (Duman, 2022; FAPPC, 2025). Ferramentas como o Sistema de Classificação da Função Motora Global (originalmente, *Gross Motor Function Classification System;* Rosenbaum et al., 2008), permitem avaliar o nível das alterações motoras, que podem variar de ligeiras a graves, afetando, significativamente, as atividades quotidianas em quadros mais sérios (FAPPC, 2025; Vitrikas et al., 2020). A PC pode ainda especificar-se pelo tipo alteração motora presente: espasticidade, discinesia, ataxia ou apresentação combinada (Rosenbaum et al., 2007; Straub & Obrzut, 2009; Vitrikas et al., 2020). As alterações da fala são uma comorbilidade comum à PC, sendo a disartria a mais frequente, podendo ser necessário recorrer a ferramentas de comunicação aumentativa e alternativa (CAA) (Pennington, 2012; Schölderle et al., 2016). Outras comorbilidades incluem dor, diversidade do funcionamento intelectual, limitações de locomoção, displasia da anca, epilepsia, incontinência, e perturbações de sono (Vitrikas et al., 2020). A intervenção requer, por isso, uma abordagem multidisciplinar, envolvendo a medicina, fisioterapia e psicologia, bem como cuidadores, assistentes sociais e pessoais, de forma a promover maior autonomia e competências motoras (Newell et al., 2024; Vitrikas et al., 2020).

Embora a PC continue, incorretamente, a ser designada como uma condição predominantemente pediátrica, esta perspetiva não reflete o consenso atual, uma vez que estas pessoas têm apresentado um aumento na longevidade (Newell et al., 2024; Normann et al., 2020; Wiegerink et al., 2008, 2010b).

2. A Vivência da Sexualidade da Pessoa com PC

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a sexualidade é reconhecida como uma dimensão integral da experiência humana, influenciada por fatores psicológicos, político e socioculturais (World Health Organization [WHO], 2026). Já a saúde sexual, toma-se como um estado de bem-estar global não sendo apenas a ausência de doença/disfunção (WHO, 2026). Assim sendo, qualquer pessoa com deficiência (PcD), deveria ter os mesmos direitos em termos de cuidados de saúde sexual e reprodutiva, que os seus pares sem deficiência. Contudo, verifica-se uma grande discrepância devido à reduzida inclusividade (World Association for Sexual Health [WAS], 2026).

Enquanto as pessoas sem PC guiam a sua vida sexual pelos seus valores, as pessoas com PC têm ainda de lidar com as exigências físicas do sexo e com a sua falha no cumprimento do que são as expectativas normativas do mesmo (e.g., espontaneidade, imperativo coital, corporalidade especifica, autonomia) (Czapla & Otrębski, 2017; Gordon et al., 2004).

Socialmente, prevalecem crenças negativas relativas à sexualidade da pessoa com PC, nomeadamente a ideia generalizada de que são "assexuais[1]", sendo infantilizadas e vistas como incapazes de sentir desejo e participar em situações sexuais (Esmail et al., 2010; Gordon et al., 2004; Gray et al., 2021; Secor-Turner et al., 2017) A infantilização é particularmente prevalente nas mulheres com deficiência, cuja capacidade de consentimento é frequentemente questionada mesmo na ausência de comprometimento intelectual (Rowen et al., 2015). Paralelamente, verifica-se uma dicotomia entre a visão da PcD como um ser sem sexualidade ou hipersexual (Brodwin & Frederick, 2010; Pereira et al., 2018). O artigo de Brodwin e Frederick (2010), com o objetivo de sensibilizar a comunidade para as questões envoltas na sexualidade da PcD, veio evidenciar a diversidade de mitos sobre a sexualidade na deficiência existentes na população geral. Estes podem estar na base de atitudes estigmatizantes face a qualquer manifestação de sexualidade na PcD. No que concerne a uma sexualidade satisfatória na PC, são fatores determinantes tanto as necessidades sexuais satisfeitas como a autoestima sexual (a

[1] Na literatura e no discurso corrente recorre-se frequentemente ao termo "assexuais", no entanto, este termo refere-se a uma orientação sexual, sendo incorretamente empregue. O que acontece é a dessexualização da pessoa com PC (termo utilizado mais à frente).

forma como alguém perceciona a sua vida sexual). O tratamento infantilizado, preconceituoso ou superprotetor, exercem efeito na forma como a pessoa com PC se perceciona enquanto ser sexual. Para além disso, alterações físicas e comunicacionais podem ser barreiras condicionantes à vivência da sexualidade. Estes fatores, a par de dimensões contextuais e relacionais podem contribuir para uma baixa satisfação ou mesmo impedir a sua vivência sexual (Czapla & Otrębski, 2017; Desousa, 2026; Esmail et al., 2010).

Aquando de interações sexuais, ao nível físico do sexo, são comuns dificuldades em posicionar o seu corpo, espasmos musculares, dor e anorgasmia. Para tentar ultrapassar estas barreiras, em casos mais severos, o auxílio externo necessário para a mobilidade, poderá condicionar a privacidade. Dificuldades emocionais marcam também presença, maioritariamente centrando-se em aspetos como a baixa autoestima sexual, a falta de satisfação e vergonha da sua imagem corporal (Newell et al., 2024; Normann et al., 2020; Wiegerink et al., 2008, 2010b).

Relativamente à perceção da pessoa com PC sobre a sua sexualidade, a literatura mostra referirem ter menos experiências românticas e sexuais em comparação com os seus pares sem PC, atribuindo essa redução à parca educação sexual recebida, ao ambiente protetor em que cresceram, e a uma perceção negativa quanto à sua condição e aparência (Lawlor et al., 2025; Normann et al., 2020; Wiegerink et al., 2008, 2010a, 2010b).

No contexto português, Costa Ribeiro Gomes (2019) identificou como principais barreiras à vivência da sexualidade na PC, o preconceito, a coabitação, a institucionalização e a consequente falta de autonomia, e como fatores facilitadores a vida independente, a estabilidade financeira, a educação sexual, o acesso à assistência sexual e a formação de profissionais. Este estudo reforçou os dados encontrados por Cachopo Veigas (2013) e Pereira et al. (2018).

Apesar destas barreiras, tem sido demonstrado que as pessoas com PC apresentam desejo de viver a sexualidade, aspeto este intrínseco à experiência humana, independentemente das limitações experienciadas (Newell et al., 2024). Paralelamente, as pessoas com PC podem receber mensagens contraditórias sobre vários aspetos da sexualidade, como a intimidade e o toque físico, enquanto a reduzida privacidade, condicionada pela presença de cuidadores, limita a sua exploração sexual. A dependência física que tendem a ter de outros, dificulta o desenvolvimento de papéis adultos e o início de relações românticas (Czapla & Otrębski, 2017; Newell et al., 2024; Wiegerink et al., 2010a, 2010b). As dinâmicas estabelecidas com cuidadores podem comprometer a definição de limites, afetar a vida independente e contribuir

para a perceção do desmerecimento das suas necessidades, o que pode afetar a forma como estes se vê, sexualmente (Desousa, 2026; Lawlor et al., 2025). Estas limitações tendem a acentuar-se no contexto institucional, pelas restrições da privacidade e controlo de relações íntimas. Estas atitudes, potencialmente levadas a cabo com o objetivo de proteção, acabam por poder privar a pessoa de viver o seu direito à sexualidade (Morand, 2025; WAS, 2026).

A escassez de comunicação sobre saúde sexual entre a pessoa com PC, os seus pais e profissionais reforça a perceção de incapacidade e limitação na vivência da mesma (Gordon et al., 2004; Porat et al., 2011; Rowen et al., 2015; Secor-Turner et al., 2017). O desconforto e reduzido conhecimento desta temática na deficiência por parte de outros, dificulta a partilha de informação, podendo gerar a negação e desvalorização dessa esfera da sua vida (Desousa, 2026; Esmail et al., 2010; Lawlor et al., 2025; Porat et al., 2011; Rowen et al., 2015). De forma generalizada, na PC, a falta de comunicação acerca da sexualidade é justificada pela priorização de outras preocupações e necessidades físicas (Secor-Turner et al., 2017). Esta conversa sobre sexualidade, quando existe, pode ainda assumir diversas formas mediante a presença, ou não, de um comprometimento da fala. A literatura sugere que quando a comunicação verbal está preservada, as conversas tendem a ser mais abrangentes. Já quando está comprometida, este diálogo parece mais restrito a questões como o controlo do comportamento sexual e cuidado pessoal (Walsh et al., 2025).

A sexualidade deve ser valorizada e integrada, independentemente da pessoa ser ou não PcD, pelo que é fundamental que todos os agentes envolvidos na prestação de cuidados integrem esta dimensão na sua prática de forma a minimizar o "two-way taboo", onde nem profissionais nem pacientes abordam assuntos relacionados com sexo (Graugaard, 2017). Dentro dos cuidados de saúde reprodutiva, verifica-se uma desconsideração da PcD como resultado da visão capacitista, e pela falta de sensibilização dos profissionais para as suas especificidades (Morand, 2025; Shah et al., 2022; WAS, 2026). Nas mulheres com PC as dificuldades traduzem-se na falta de acesso a exames e contracetivos, bem como pela falta de acessibilidade e privacidade nos consultórios. O comprometimento da fala e a dependência de terceiros podem dificultar ainda mais o acesso a estes cuidados (Gray et al., 2021).

Finalmente, as questões relativas à educação sexual são particularmente relevantes na PC. Estudos recentes demonstraram que as pessoas com PC a recebem, maioritariamente na escola, através de amigos ou da internet, focando-se tipicamente na reprodução, infeções sexualmente transmissíveis e contraceção, prevalecendo a falta de informação personalizada às suas especificidades (Coulter et al., 2023; Newell et al., 2024; Wiegerink et al., 2010b). Na

mulher com PC, verifica-se grandes lacunas no diálogo sobre o ciclo menstrual e gravidez (Gray et al., 2021).

Apesar da necessidade evidente de apoio e informação sobre a sexualidade no contexto da deficiência, persistem lacunas em termos de programas e recursos para fornecer literacia e apoio à vivência sexual satisfatória (Vivet et al., 2025). De forma a ir ao encontro de estratégias mais adequadas e efetivas para a promoção da saúde sexual e reprodutiva na PC, torna-se necessária a realização de estudos que se debrucem inicialmente sobre as necessidades sexuais não atendidas destas pessoas levando em consideração as suas perceções e vivências individuais.

3. Objetivo

Dada a escassez de literatura e as barreiras identificadas em torno da sexualidade na PC, este estudo tem como objetivo avaliar as necessidades de saúde sexual e reprodutiva na PC, respondendo à seguinte questão, "Quais são as necessidades de saúde sexual e reprodutiva de pessoas com PC e de que forma estas pessoas experienciam e vivenciam a sua sexualidade?". Pretende-se conhecer em profundidade as suas perceções quanto à vivência da sexualidade, as necessidades, as barreiras identificadas, o acesso a cuidados de saúde sexual e reprodutiva, bem como a forma como percecionam a receção do tema pelas pessoas que as rodeiam. Este estudo poderá ter importantes implicações clínicas e sociais visto poder vir a auxiliar a desmistificação da existência da sexualidade em pessoas com PC, e, paralelamente, contribuir para a expansão do conhecimento desta temática ao nível da investigação nacional, oferecendo um potencial contributo para o desenvolvimento de programas de cuidados e de promoção em saúde sexual especificamente direcionados para as suas necessidades.

Método

1. Desenho de investigação

O presente trabalho utilizou uma abordagem qualitativa, com recurso a grupos focais e a sua posterior análise. Esta análise potencia o acesso ao que são as necessidades sexuais da população de interesse sem barreiras. Foi utilizada a análise temática, segundo as recomendações de Braun e Clarke (2006; 2019; 2022) que permite identificar padrões de significado. Esta análise de cariz exploratório permite que se obtenha um entendimento global

em relação ao que são estas necessidades que se pretendem auscultar e, posteriormente, permite o aprofundamento sobre este tema.

2. Participantes

Este estudo contou com a participação de 52 pessoas com PC, com idades compreendidas entre os 21 e os 68 anos (M = 42.5; DP = 11.65), provenientes das diversas associadas que integram a Federação das Associações Portuguesas de Paralisia Cerebral (FAPPC), nomeadamente a Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra (APCC), APC Évora (APCE), APC Lisboa (APCL), APC Almada-Seixal (APCAS), APC Odemira (APCO), Associação do Porto de Paralisia Cerebral (APPC), APC Viseu (APCV), APC São Miguel (APCSM), Centro de Paralisia Cerebral de Beja (CPCB), APC Viana do Castelo (APCVC) e APC Braga (APCB).

Para efeitos de análise e tratamento de dados, foram consideradas apenas a participação de 44 pessoas (M = 40.7; DP = 11.75) que efetivamente participaram nos grupos focais, tendo as restantes 8 optado por participar através de entrevistas individuais. Esta decisão foi tomada pois verificou-se que as entrevistas não potenciaram a partilha e aprofundamento da discussão e não acrescentaram novas informações às obtidas nos grupos. Nesse sentido, optou-se por centrar a apresentação dos resultados nos dados provenientes apenas dos grupos focais.

3. Procedimentos

O presente trabalho surgiu no âmbito do projeto "SEXistimos: Promoção da Saúde e do Bem-Estar Sexual em Pessoas com Paralisia Cerebral", projeto financiado pelo Instituto Nacional para a Reabilitação (Refª INR 324, 2025) à FAPPC, que recebeu aprovação da Comissão de Ética da FPCEUP para a sua implementação (Refª: 2025-06-06b) (Anexo A).

O estudo foi divulgado junto de cada associação através de flyers e de informação transmitida pela equipa técnica. Aquando da divulgação do estudo e seleção de participantes foram definidos como critérios de inclusão que a pessoa com PC deveria ter: 1) idade mínima de 18 anos, 2) capacidade de dar o consentimento informado (CI), e 3) disponibilidade para discutir, em formato de grupo, temáticas relacionadas com a sexualidade. Já os critérios de exclusão compreendiam: 1) existência de compromisso cognitivo/intelectual, e 2) presença de psicopatologia atual moderada a grave. Este processo de triagem foi realizado pelas equipas técnicas das associações.

As pessoas que manifestaram interesse em participar no estudo foram convidadas para uma sessão individual prévia com a equipa de investigação, com o objetivo de confirmar a

elegibilidade e obter o CI. Este momento tinha ainda como objetivo estabelecer um primeiro contacto entre os potenciais participantes e a equipa de investigação e recolher informação para caracterização sociodemográfica. Das 74 manifestações de interesse, foram realizadas 58 sessões onde se verificaram 52 intenções de participação, dando estas o seu consentimento. Tendo em conta que algumas pessoas manifestaram interesse em participar no estudo através de entrevista individual, foi dada essa possibilidade, apesar desses dados não terem integrado a análise final.

Nas sessões iniciais realizadas em formato online, via *Zoom*, o consentimento foi obtido por via oral e gravado em formato áudio, com o acordo de todos os participantes, tendo por base um documento que lhes era lido e após o esclarecimento de eventuais dúvidas. Este mesmo documento seria também assinado pela pessoa tutora/representante legal, em casos onde o participante tivesse estatuto de maior acompanhado (Anexo B). De modo a garantir e manter o anonimato e a confidencialidade dos participantes, foi-lhes atribuído um código único de participação, definido de acordo com o número do grupo focal, o género, a idade e o número de ordem em que foi obtido o CI no grupo focal que integraram. Nos casos em que a pessoa participante solicitou apoio na comunicação, acrescentou-se a sigla "AC" ao final da sequência. Em caso de necessidade de se fazer acompanhar por um AC, a pessoa designada assinou uma declaração de sigilo relativa aos conteúdos abordados na sessão (Anexo C).

Dos 8 grupos focais realizados, 6 decorreram em formato presencial e 2 à distância via *Zoom,* entre outubro de 2025 e abril de 2026, tendo uma duração aproximada de 1 hora. Não foi oferecida qualquer compensação financeira aos participantes. Os momentos de recolha foram dinamizados por duas investigadoras auxiliadas por uma co-investigadora com PC. As gravações de áudio foram posteriormente destruídas após a respetiva transcrição integral utilizando o *software Cockatoo*, e a informação obtida foi armazenada em sistemas com acesso restrito, estando disponível apenas para as investigadoras. Os dados serão eliminados após a conclusão da investigação, em conformidade com o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD).

4. Instrumentos

Questionário Sociodemográfico

Foi utilizado um breve questionário sociodemográfico para caracterização da amostra, permitindo a recolha de dados relativos à idade, género, orientação sexual, escolaridade e estado relacional (Anexo D).

Guião de grupo focal

A técnica central de recolha de dados foram os grupos focais, que tiveram por base um guião de entrevista semiestruturada, constituído por questões formuladas pelas investigadoras (com e sem PC) em colaboração com a FAPPC (Anexo E). Este guião foi desenvolvido numa sessão conjunta, sendo a primeira versão refinada pela equipa de investigação. A versão final foi apresentada e discutida no grupo alargado, realizando-se ajustes finais.

5. Procedimento de análise dos dados

Os dados foram analisados através da análise temática reflexiva, seguindo as recomendações de Braun e Clarke (2006, 2019, 2021). Esta trata-se de uma abordagem qualitativa flexível que identifica padrões de significado (temas), integrando a subjetividade das investigadoras como instrumento ativo na produção de conhecimento (Ahmed et al., 2025; Braun & Clarke, 2006, 2021). Para tal, adotou-se uma orientação indutiva, derivando códigos e temas diretamente dos dados, sem grelhas teóricas prévias. Devido à baixa sensibilidade do *software Cockatoo* às particularidades da fala dos participantes, os áudios dos foram transcritos maioritariamente via manual. Em seguida, a análise decorreu orientada pelas seis fases propostas por Braun e Clarke (2006): (1) Familiarização com os dados, através da imersão no material, com a realização de leituras sucessivas e anotações iniciais; (2) Criação de códigos iniciais, onde os segmentos relevantes foram rotulados sistematicamente; (3) Construção de temas, com a aglomeração de códigos em padrões mais amplos e representativos. É de salientar que nesta abordagem os temas foram ativamente construídos para representar um organizador central, ideia que atravessa toda a análise (Braun & Clarke, 2006, 2019); (4) Revisão dos temas, onde se verificou se estes eram consistentes com os códigos e com a globalidade dos dados. Nesta etapa, o mapa temático foi produzido e refinado, através da junção, divisão e/ou exclusão de temas sem suporte empírico suficiente nas narrativas (Braun & Clarke, 2006, 2022); (5) Definição e nomeação dos temas, assegurando que os nomes atribuídos eram informativos e que capturavam a profundidade da análise; e (6) Produção do relatório, com apresentação dos temas, subtemas, códigos e excertos ilustrativos das narrativas que sustentam os resultados (Braun & Clarke, 2006).

Análise e Discussão dos Resultados

1. Caracterização da Amostra

Os 44 participantes que integraram grupos focais, tinham idades compreendidas entre os 21 e os 68 anos (M = 40.7 anos; DP = 11.75). Em termos de habilitações literárias, apenas 3 não frequentaram a escola, 4 concluíram o ensino primário, 4 o segundo ciclo, 14 o terceiro ciclo e 11 o secundário. Já em termos de ensino superior, 5 são licenciados e 3 têm grau de mestre. Destes 44, 19 autoidentificavam-se com o género feminino e 25 com o masculino. Em termos de orientação sexual, 38 reportaram ser heterossexuais, 3 bissexuais, 2 homossexuais e 1 referiu encontrar-se em questionamento. Por fim, foi ainda feita uma questão sobre o seu estado relacional onde 11 referiram nunca ter tido uma relação, 12 encontravam-se numa relação no momento da recolha e 21 não se encontravam numa relação, mas já tinham tido pelo menos uma relação no passado. Relativamente à utilização de CAA, 6 participantes utilizavam este sistema e 7 manifestaram querer fazer-se acompanhar por uma pessoa AC. Nem sempre as pessoas que pediam a presença do AC eram as pessoas que tinham como recurso a CAA, mas apresentavam algum grau de disartria. Esta informação está conforme ilustrado pela Tabela 1 (Anexo F).

2. Apresentação e Discussão de Resultados

Do processo de análise dos dados recolhidos nos grupos focais resultaram 6 temas: (1) Sexualidade: significados e vivências, (2) Perceção societal sobre a sexualidade da pessoa com PC, (3) Autodeterminação e (inter)dependência do outro: o desejo por autonomia, (4) Barreiras estruturais e globais/sistémicas, (5) Necessidades, e (6) Adaptações e recursos de auxílio à sexualidade. Cada um é constituído por códigos independentes entre si e também por subtemas que aglomeram códigos que refletem uma ideia mais específica relativamente ao tema. O mapa temático - representação visual dos resultados da análise -, apresenta a relação entre os temas, subtemas e códigos, bem como a relação destes com o organizador central (Emergência da Sexualidade). O organizador central consiste na ideia que atravessa toda a análise assumindo uma posição central no mapa temático (Figura 1). Serão partilhados seguidamente estes mesmos resultados, onde se recorre a citações diretas que servem como ilustração dos códigos, conferindo a presença destes, na narrativa dos participantes, como evidência. Cada participante está identificado por um código, tal como previamente referido. Os resultados e a discussão serão apresentados concomitantemente.

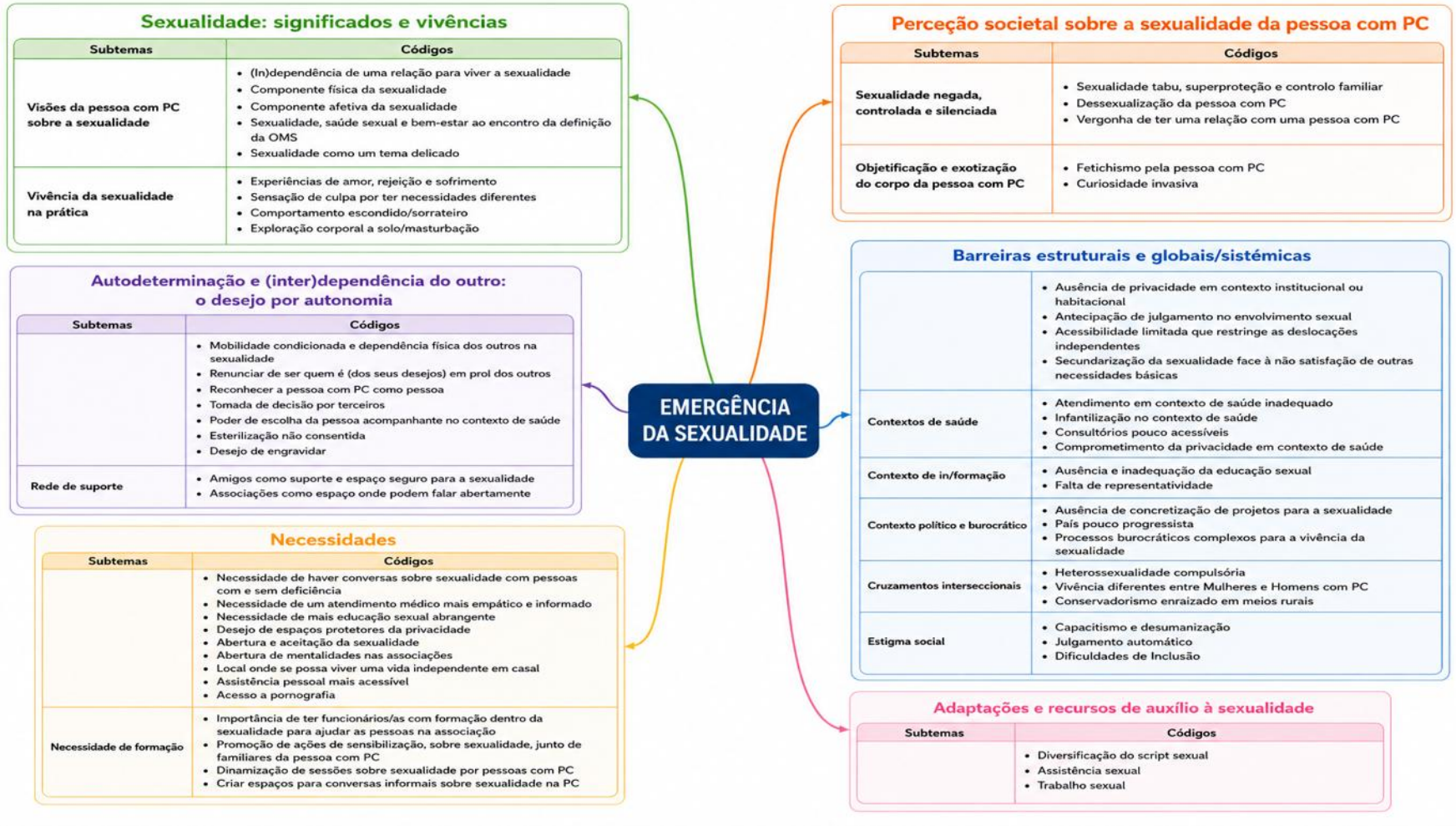


Figura 1. Mapa Temático da Análise dos Dados

Tema 1. Sexualidade: significados e vivências

O primeiro tema remete para o entendimento da pessoa com PC sobre a sexualidade, em todas as suas dimensões, bem como para o que são as experiências concretas relativas à sua sexualidade. Aqui, encontramos ainda os seguintes subtemas: Visões da pessoa com PC sobre a sexualidade e Vivência da sexualidade na prática.

1.1.Visões da pessoa com PC sobre a sexualidade

Neste subtema aglomeram-se o que são os pontos de vista e o entendimento que estes participantes fazem sobre o que consideram ser a sexualidade. Falam sobre questões mais descritivas, como o facto de envolver uma componente física "*tem a ver com sexo (...) tem a ver com o desejo, com a carne*" (1.F.35.8) a par de uma componente afetiva "*(...) a sexualidade é gostar de alguém, antes de realmente ter uma relação sexual.*" (2.F.48.1.AC). Alguns participantes referiram entender a sexualidade como algo que pode ser vivido independentemente de uma relação afetiva, como ilustrado por 1.F.35.8, "*É bom quando existe também carinho, mas para mim não tem necessariamente que existir uma coisa ao lado da outra*". Não obstante, a grande maioria era da opinião da obrigatoriedade de estar numa relação, com uma progressão faseada, para se envolverem sexualmente, quase como se a relação fosse uma condição necessária: "*Eu acho que a sexualidade é uma coisa importante, mas antes de haver o ato sexual, tem de haver o conhecimento, depois amizade e depois mais tarde é que se parte para algo mais íntimo.*" (4.M.49.1). Esta visão parece ser congruente com a evidência encontrada por Pereira et al. (2018), onde a PcD aparenta focar-se na vivência da sexualidade em casal, havendo pouca abertura para encontros casuais.

A questão de que a sexualidade se trata de um tema delicado e importante foi também referida, sendo reforçada a ideia de que as pessoas deveriam reconhecer que o tema é desvalorizado. Surge assim a questão de que esta temática é, de forma quase rotineira, discutida humoristicamente, o que lhe retira seriedade, quando essa é necessária "*Eu acho que muita gente leva a palavra sexo, ou sexualidade, de uma forma leviana, que é uma coisa sem importância*" (4.M.49.1), "*(...) é um tema para gozar, temos de ser mais sérios*" (2.M.32.3). Para abordar este tema tão íntimo o recurso ao humor poderá tornar o tema mais dizível, com o custo da descredibilização das conversas sérias sobre a sexualidade. Isto poderá agravar ainda

mais a ausência de conversas sobre o tema, dentro e fora da PC, tal como evidenciado por Tohit e Haque (2024) e Walsh et al. (2025).

1.2.Vivência da sexualidade na prática

Já o segundo subtema compreende o que são as suas experiências, e consequentes pensamentos, associadas à concretização da sexualidade. Os relatos dados pelos participantes recaíram, na sua maioria, sobre experiências de vivências negativas. A maior parte relatou o facto de que quando gostam de alguém, as pessoas acabam por vetar qualquer tipo de interação, referindo que "(...) *a pessoa não gostar da gente acontece muito. Uma pessoa pode gostar de outra, e a pessoa pode virar as costas e nem sequer ser amigo*" (5.F.47.1). Esta atitude parece ser percecionada como algo diretamente associada à sua condição o que explica o impacto particularmente negativo que sentem. Ip et al. (2022), verificaram, entre jovens adultos da Austrália e Hong Kong, uma grande relutância em relacionarem-se com PcD, especialmente se a deficiência for física, embora essa relutância reduza se a condição for leve a moderada.

Esta vivência de sofrimento foi, de acordo com alguns relatos, associada ao término de algumas experiências amorosas, causando dor, como no caso de 8.F.48.2.AC, que partilhou ter tido uma relação feliz, mas que "*Essa pessoa partiu, mas o amor não desapareceu. Porque, quando o amor é verdadeiro, ele permanece para sempre*". Dentro do que são estes relatos sobre momentos em casal, 3.F.25.2 exprimiu que "*(...) como era eu que tinha mais dificuldade na deslocação, era eu que precisava sempre de boleia. Uma pessoa tem a sensação que é sempre culpado*". Dentro de relacionamentos entre pessoas com e sem PC, muitas vezes, permanece uma dificuldade em gerir o equilíbrio entre estar numa relação ou depender do outro como cuidador (Desousa, 2026). Isto corrobora a manifestação de culpa pela presença de necessidades diferentes que afetam a dinâmica relacional.

Para além das questões que envolvem outras pessoas, foi também mencionada a pertinência de existirem episódios de exploração sexual a solo, particularmente a masturbação. Para a maioria das pessoas, foi consensual que para atingir a satisfação sexual, não é necessária a presença de um parceiro como partilhado por 6.M.58.2 que refere "*(...)se não houver uma parceira, pode ser masturbação. Dar-nos bem connosco mesmos*". Esta ideia, que surge como uma menção positiva dentro de um discurso marcado pela restrição, evidencia o seu conhecimento sobre a efetivação de comportamentos sexuais autónomos, entrando em consonância com o que foi relatado por Cachopo Veigas (2013) e Pereira et al. (2018), onde a PcD, apresenta uma noção de mecanismos alternativos para obter satisfação sexual.

Todas as experiências partilhadas sobre a atuação face ao seu desejo sexual, culminam num outro tópico que se mostrou familiar a grande parte dos participantes. A maioria dos participantes institucionalizados referiu que, segundo estes, devido às condições de baixa privacidade e ao ambiente limitante, é comum as pessoas adotarem comportamentos escondidos. Como mencionado por 1.F.39.7 "*As pessoas, neste mundo aqui na associação, não conseguem fazer em casa e vão para as casas de banho.*". Este comportamento poderá ser ainda um reflexo de como estes contextos podem, pela sua arquitetura e organização, marginalizar a expressão da sexualidade. A dificuldade de acesso a espaços com real privacidade condiciona a vivência mais privada da sexualidade nas instituições (Cachopo Veigas, 2013; Costa Ribeiro Gomes, 2019), e isso parece ser um dos fatores que motiva as pessoas a adotarem estes comportamentos num local mais público de uso comunitário.

Não de forma tão expressiva foram também contados relatos de casais dentro das associações onde a intimidade destes tinha de ser altamente secreta pois não era permitido o envolvimento sexual. A proibição direta e indireta, poderá atribuir à expressão da sexualidade uma conotação de clandestinidade, algo contrário ao que a sexualidade deve representar. Esta castração e desconforto por parte de cuidadores, e no contexto institucional é congruente com os relatos presentes nos trabalhos de Costa Ribeiro Gomes, (2019) e Atencia et al. (2026), onde as pessoas sentem-se despidas do seu direito à vivência da sexualidade: "*O (participante) foi namorado da (participante). Ele diz que às vezes as pessoas ajudavam a estar com a (participante), mas ninguém podia saber, não era permitido, era feito às escondidas"* (2.M.44.2.AC).

Tema 2. Perceção societal sobre a sexualidade da pessoa com PC

O segundo tema, reflete a perceção dos outros sobre a sexualidade da pessoa com PC, tendo sido encontrados os seguintes subtemas: Sexualidade negada, controlada e silenciada e Objetificação e exotização do corpo da pessoa com PC.

2.1. Sexualidade negada, controlada e silenciada

Um dos tópicos que causou uma coesão de opinião em todos os grupos foi a questão de que, para além da sexualidade na deficiência estar envolta de um enorme tabu, este é ainda mais expresso no contexto familiar. O tabu da sexualidade agrava-se na interseção entre a sexualidade e a deficiência. Apesar disso, participantes sublinham que o controlo familiar e a superproteção são altamente condicionantes à sua vivência da sexualidade. Referem haver uma

subestimação da pessoa com PC enquanto pessoa adulta, o que gera uma proteção exacerbada. Nesse sentido, relataram sentir-se sufocados pelo ambiente que os rodeia, dizendo viver, na maioria dos casos, "na ignorância" e no silêncio sobre esta dimensão tão importante da sua vida. Pontuam ainda que os familiares não falam sobre o assunto, sendo que, quando este emerge, é motivo para alarme por não saberem como lidar com esta questão. Globalmente, Wiegerink et al. (2006) afirmam que uma parte dos jovens adultos com PC relatam sentir os seus familiares como altamente protetores, tal como verificado neste conjunto de participantes. As tentativas de proteção (exagerada) por parte de familiares são altamente condicionantes ao que a pessoa com PC pode tentar viver da sua sexualidade (Desousa, 2026):

"*Mas há aqui um handicap que ainda ninguém referiu que é, certos pais de pessoas, com paralisia cerebral, tendem a pôr os filhos numa redoma, ou seja, não deixam viver o filho a sua sexualidade. Pensam pela cabeça do filho, porque pensam que o filho não tem capacidade para ser autossuficiente nesse tipo de temáticas. (...) a palavra sexualidade é um bocado descredibilizada, ou seja, quando nós falamos em sexualidade, as nossas famílias entram logo em pânico*" (4.M.49.1).

O recurso à expressão "redoma" aparenta não só refletir a superproteção, mas, concomitantemente a alienação a que estas pessoas estão sujeitas.

Estas atitudes negativas, muitas vezes, partem de uma assunção de que a pessoa com PC não tem sexualidade logo, assume-se que não há necessidade de a abordar, como dito por 5.F.43.2.AC "*A minha mãe nunca puxa assuntos em tal coisa, mas eu tenho uma cabeça boa e coiso e já entendo*". Parece que esta relutância em tocar no assunto, associado ao relatato de "pânico" das famílias, pode sugerir que há uma vergonha associada ao tema, mas também um receio de reconhecer a pessoa com PC como um adulto sexual. Esta dificuldade, corroborada pela evidência, cria défices ao nível da satisfação das suas necessidades sexuais (Pereira et al., 2018; Secor-Turner et al., 2017). Associada a esta questão, evidenciaram-se relatos onde, durante momentos de grande dor emocional, esta não foi tida como relevante pela sua associação a algo que eles nem reconhecem como sendo legítimo, como foi o caso de 8.F.48.2.AC "*Quando o meu namorado faleceu, eu não podia dizer abertamente que estava triste e que estava a chorar. Porque senão a família diminuía*". Este relato sugere que a negação e não reconhecimento da sexualidade acaba por ter efeitos mais disseminados e graves do que apenas a não experienciação sexual, propagando-se para outras dimensões, afetando-as. A literatura é concordante com esta dificuldade dos familiares em compreender porque é que a

pessoa com PC deseja estabelecer relações românticas (Pereira et al., 2018; Santos & Santos, 2018).

A dessexualização foi relatada como sendo um problema generalizado e constante, "*Há muita gente que pensa que nós não temos desejo ou prazer.*" (4.F.35.2.AC). Esta está ilustrada em estudos prévios como algo limitante a potenciais relacionamentos/encontros sexuais da pessoa com PC, tal como referido pelos participantes (Desousa, 2026; Esmail et al., 2010; Santos & Santos, 2018). Alguns participantes tocaram ainda no ponto da dicotomia de ser dessexualizado/hipersexualizado: "*Eu acho que tem que haver uma mudança de discurso, porque ainda se fala muito na pessoa com deficiência, como um ser hipersexualizado ou um ser que não tem sexualidade.*" (3.F.25.2). A dicotomia manifestada aparece na literatura como um dos diversos mitos em relação à sexualidade na deficiência, onde se assume que a pessoa poderá não ter desejo sexual ou manifestar-se hipersexual, com desejos incontroláveis que geram comportamentos impulsivos (Brodwin & Frederick, 2010; Pereira et al., 2018). Não obstante, esta dicotomia aparenta representar duas formas de olhar para estas pessoas como incapazes de expressarem a sua sexualidade de forma normativa, quer pela ausência quer pelo excesso.

Mencionaram ainda que, quando desejam relacionar-se com alguém (especificamente alguém sem deficiência), estes contrariam o interesse da pessoa com PC, (tendo isto sido referido por participantes com níveis diversos de dificuldades motoras) tal como relatado por 1.M.45.3 que disse "*Eu antes de namorar, não conseguia ter relações sexuais com uma pessoa normal, ela não queria. Algumas mulheres e homens têm vergonha*". Tal como referido previamente, as pessoas com algum tipo de deficiência física, estão sujeitas a este viés onde as pessoas sem deficiência não estão disponíveis para se relacionarem romanticamente com elas (Ip et al., 2022). Isso resulta em que acabem por ter menos experiências sexuais e românticas tal como relatado (Lawlor et al., 2025; Normann et al., 2020; Wiegerink et al., 2008).

2.2. Objetificação e exotização do corpo da pessoa com PC

O segundo subtema encontrado acaba por refletir o que são algumas das preocupações da pessoa com PC aquando da prospeção de um relacionamento, nomeadamente o receio de serem alvo de fetichismo: "*Quando alguém com paralisia cerebral se consegue envolver com alguém dito normal, passa sempre a ideia na cabeça, de "porque esta pessoa se está a envolver comigo?". Se é porque realmente está interessado, se é por fetichismo?*" (1.F.35.8). O

fetichismo, na literatura, parece surgir deste mesmo ponto de vista, onde causa desconforto e uma sensação de objetificação. No entanto, também aparece como uma forma de re-sexualização, pela sensação de re-atribuição da qualidade de seres sexuais (Santos & Santos, 2018).

A par disto foi surgindo uma questão à qual designamos de curiosidade invasiva. Os participantes relatam ser frequentemente sujeitos a perguntas invasivas. Apesar dessas questões poderem proceder de uma curiosidade genuína, isso não implica que a pessoa com PC deva estar disposta a responder às mesmas, pois a sua condição não anula o seu direto à privacidade, "*(...) há um campo aqui que as pessoas costumam invadir muito, que é o campo sentimental. Ou seja, estás muito exposto a comentários desagradáveis.*" (2.M.32.3). A falta de informação e mitos sobre a sexualidade da PcD parece fomentar estas perguntas (Brodwin & Frederick, 2010; Esmail et al., 2010).

Tema 3. Autodeterminação e (inter)dependência do outro: o desejo por autonomia

O terceiro tema engloba questões da capacidade de autodeterminação da pessoa com PC, que entram em conflito com as interações onde os outros impedem a sua independência. Não obstante, aborda ainda a ideia de que, há sempre relações onde a dependência do outro é positiva, como é o caso das amizades. Tendo isto em conta neste tema integramos o seguinte subtema: Rede de suporte.

De modo geral, os participantes não se focaram diretamente nas suas alterações na mobilidade, mas sim no que estas implicam na sua vida. Relatam que a sua restrição em termos da mobilidade afeta a sexualidade, "*(...) por exemplo, a espasticidade, (...) afeta muito a forma como nós sentimos a nossa sexualidade*" (3.F.25.2). A literatura sugere precisamente que estas dificuldades afetam a exploração sexual, sendo percecionadas como um impedimento (Desousa, 2026; Wiegerink et al., 2006). No entanto, a mobilidade não é percecionada como um obstáculo apenas físico, mas também como algo que afeta a sua experiência subjetiva da sexualidade. Não obstante, na sua visão, existem outras questões que acabam por ser mais restritivas à sua vivência da sexualidade, como é o caso da sua renúncia de ser quem são em prol dos outros: "*(...) agora não tenho uma namorada. Eu ia a casa dela e uma mulher que falava com a minha mãe apanhou-me. Decidi acabar, porque depois havia mais problemas*" (3.M.45.5). A autodeterminação da pessoa aparenta ser contestada de forma indireta pela

antecipação de potenciais conflitos. Um outro tópico prevalente foi a questão de não se sentirem vistos como pessoas independentes, "*Eu acho que a gente é igual a outra pessoa qualquer, simplesmente temos um entrave como uma bengala, cadeira de rodas, uma coisa dessas.*" (5.F.47.1). A par disso, elucidaram que demasiadas vezes a sua tomada de decisão é anulada e assumida por terceiros. Para além da sua opinião não ser escutada, o silenciamento ocorre pela interrupção da sua fala, precisamente num contexto onde a sua voz é essencial:

"*Mas a nossa opinião não é levada em conta (...) Por exemplo, já me aconteceu de eu ir a algumas consultas com o meu pai, (...) e eu digo assim "pai deixa-me falar a mim", porque os familiares têm a tendência de interromper o nosso raciocínio. Independentemente da dificuldade que tenhamos, ninguém tem o direito de pensar por nós porque nós temos, mesmo uma pessoa que não fala, tem vontade própria e tem a sua opinião*" (4.M.49.1).

A dependência de cuidadores é altamente explorada na literatura surgindo como um ponto de ambiguidade. Ela parece ser necessária, contudo, impera a obrigação de impor limites bem definidos de forma a preservar a autodeterminação da pessoa com PC, visto a não preservação da mesma poder afetar a sua vida social e romântica bem como a privacidade (Desousa, 2026; Lawlor et al., 2025; Newell et al., 2024).

Com um enfoque mais direcionado para as questões de saúde reprodutiva, onde a maioria do discurso foi tido por mulheres, verificaram-se algumas dificuldades derivadas desta mesma dependência. Uma das questões levantadas prende-se com o facto de que, quando vão a uma consulta de ginecologia (principalmente por ser um ambiente onde identificam uma maior necessidade de privacidade) sentem não ter grande opção de escolha em relação a quem as acompanha, "*Portanto, se nós não temos essa capacidade de ter voz e dizer, eu vou ao ginecologista e quero ir sozinha, ou quero ir com alguém que me acompanhe, mas que seja alguém que eu escolho.*" (3.F.25.2). A literatura relativa à saúde reprodutiva na PC destaca claramente as dificuldades de acesso a cuidados ginecológicos de qualidade. A seleção de um acompanhante da sua vontade, é uma delas. O apoio de pessoal médico especializado para esta função poderia promover um espaço mais privado e confortável (Gray et al., 2021; Rowen et al., 2015).

A temática da esterilização não consentida foi mencionada por 4.F.49.8, que disse "*(...) tive de fazer uma laqueação quando era mais nova. A minha mãe insistia então tive de fazer e aceitar*". A literatura evidencia-a como uma prática coerciva, que mesmo enquadrada numa perspetiva do "melhor interesse da pessoa" permanece o anulamento da decisão da própria,

violando-se os seus direitos à constituição de família e fertilidade (Rowlands & Amy, 2017). Este acontecimento ilustra o grau extremo a que a superproteção, do Tema 2, pode chegar, evidenciando-se uma linha ténue entre proteger e controlar. Uma outra participante tocou ainda na questão da gravidez, tema este que referiu ser um grande tabu. Falou-se sobre a questão de que, se a pessoa deseja engravidar, deverá ter a sua opinião ouvida, "*Quando eu falava com a minha mãe que gostava de ter um filho ela dizia para a adotar. Adotar não, ou é meu ou não é porque eu gostava de sentir na minha barriga*" (7.F.56.3). Esta narrativa evidencia que a pessoa com PC deseja viver experiências nas quais a autodeterminação sobre o seu corpo não deve ser descartada.

3.1. Rede de suporte

Este subtema ilustra o lado benéfico da interdependência, onde a relação parece ser mais simétrica. De um modo geral entende-se que os participantes identificam encontrar nos amigos um grande porto de abrigo. Estes são percecionados como um lugar para falar sem julgamento sobre a sexualidade, oferecendo um suporte positivo não invasivo, como relatado por 1.F.35.8 "*Com o grupo de amigos acabamos por conseguir estar muito mais à vontade para falar e partilhar experiências, dúvidas e preocupações"*. Estudos anteriores vão no mesmo sentido e destacam os benefícios desta disponibilidade para abordar temas dentro da sexualidade, gerando um ambiente de suporte (Wiegerink et al., 2008; 2010a). Para além disto, alguns participantes apontaram que a associação onde se encontram é um espaço onde se sentem bem para abordar a temática em causa, tal como dito por 4.F.43.4 "*Aqui eu sinto-me à vontade (...) não há tabus em relação a isso, aqui no centro*". As associações foram ainda apontadas como um local onde conseguem obter informações sobre sexualidade e esclarecer dúvidas:

"*(...) eu já estive a assistir a um podcast que a (pessoa técnica) fez com a instituição. E no final, nós tivemos uma discussão de ideias com a psicóloga (...) e eu perguntei-lhe como é que se poderia usar o preservativo no homem*" (3.M.25.1).

A dificuldade parece não assentar na falta de interesse no tema, mas na falta de acesso à informação. Apesar da presença destes relatos, a maioria dos participantes assume uma posição mais similar à verificada na evidência prévia, como a encontrada por Cachopo Veigas (2013) onde a preferência é de abordar o tema com amigos em detrimento de familiares ou instituições.

Tema 4. Barreiras estruturais e globais/sistémicas

O quarto tema aborda a forma como diversas dimensões do quotidiano afetam, negativamente, a vivência da sexualidade das pessoas com PC, sendo apontadas como barreiras, emergindo os seguintes subtemas: Contextos de saúde, Contexto de in/formação, Contexto político e burocrático, Cruzamentos interseccionais e Estigma social. Este tema, apesar de não se focar explicitamente na sexualidade, vem evidenciar situações que a afetam direta e indiretamente, devendo assim ser tidas como relevantes como forma de contextualização e enquadramento das suas experiências.

Ao nível da institucionalização, apareceram diversas queixas, sobre a ausência de privacidade: "*Até na casa de banho a gente não tem privacidade (...) entra tudo para dentro. A gente quer ter uma conversa assim, privada. Aqui não dá.*" (5.F.47.1). Esta afirmação parece estar de acordo com os trabalhos de Santos e Santos (2018) e Atencia et al. (2026) que evidenciam esta falta de privacidade nos contextos institucionais. A falta de privacidade é condicionante para quem neles permanece, mesmo que temporariamente, e deve ser alterada para uma vivência mais positiva. Isto vem reafirmar a impossibilidade de envolvimento sexual nestes contextos, como verificado no Tema 1.

Já relativamente a momentos de envolvimento sexual, alguns participantes relataram sentir receio de serem julgados pelos parceiros pelas alterações físicas que a condição acarreta. Estas questões parecem estar relacionadas com a sua autoperceção e autoestima algo relatado em estudos prévios como um fator que aparenta dificultar a vivência da sexualidade (Newell et al., 2024; Wiegerink et al., 2008; 2010b): "*Ao início era muita insegurança de mim para a outra pessoa porque é um momento mais íntimo, ou seja, aquele momento onde não dá para fugir.*" (7.F.24.1).

Um ponto muito relevante levantado pelos participantes prende-se com a ideia de que a sexualidade acaba por tomar um lugar de baixa prioridade em relação a outras necessidades. Fala-se assim da secundarização da sexualidade face à não satisfação de outras necessidades básicas, mesmo tendo em consideração que a sexualidade é algo importante: "*Na escola, toda a gente dizia que eu não podia aprender a ler ou a escrever (...) por estar numa cadeira de rodas. Como é que depois a gente chega à parte que está a falar (sexualidade).*" (5.F.47.1). Tal como evidenciado pelo discurso dos participantes, alguma literatura sugere que a sexualidade acaba por se tornar secundária a outras problemáticas, também básicas, que ainda não têm

resposta. As próprias atitudes das pessoas que as circunscrevem podem causar essa sensação de secundarização pela adoção de atitudes de desvalorização (Desousa, 2026; Esmail et al., 2010).

As barreiras arquitetónicas, apesar de pouco mencionadas, apareceram. Apesar de haver alguma acessibilidade, esta é inconsistente e imprevisível, não permitindo realizar deslocações de forma totalmente independente: "*Principalmente nos inter-regionais, que têm a escada muito larga, têm uma rampa para as pessoas com deficiência e com cadeira de rodas (...) E às vezes há rampas que as pessoas nem conseguem subir sozinhas e têm de pedir ajuda.*" (7.F.24.1). Estudos prévios evidenciam de igual modo que as barreiras físicas são grandes condicionantes à vida independente da pessoa com PC, pela baixa acessibilidade (Pereira et al., 2018; Wiegerink et al., 2006).

4.1. Contextos de saúde

Dentro do subtema dos contextos de saúde, um dos problemas mais prevalentes foi a inadequação do atendimento. Os participantes manifestaram a ausência do questionamento sobre a sua vida sexual (sendo a exceção aqueles participantes onde a deficiência não é imediatamente percebida) e que diversas questões sobre a adaptação do atendimento simplesmente não existem, o que afeta o acesso aos cuidados de saúde pela invisibilização da dimensão. A literatura sugere que frequentemente os profissionais de saúde não questionam a pessoa sobre a sua vida sexual devido a certas preconceções, sugerindo também que é imperativo que estejam devidamente informados de modo a propiciar um atendimento adequado à pessoa com PC, o que vai de acordo com as manifestações observadas (Pereira et al., 2018; Rowen et al., 2015): "*(...) depois existem todas as dificuldades até físicas que têm que ser abordadas. E que muitas vezes, até questões de dor (...) não são abordadas porque ou não há abertura, ou até não há acessibilidade nos consultórios.*" (3.F.25.2).

A par desta inadequação do atendimento, manifestaram a sua insatisfação com a abordagem repetidamente infantilizada. "*Agora o médico fala para mim, mas eu tinha uma médica que tinha um problema... falava para a minha mãe*." (4.F.43.4). Tal é reportado por Larivière-Bastien et al. (2011) e Friedman et al. (2014) que explicam que a pessoa com PC vivencia frequentemente situações onde os profissionais de saúde não falam diretamente consigo, infantilizando-as, gerando uma sensação de desrespeito.

Esta inadequação do atendimento, tem particular ênfase quando toca na saúde sexual e reprodutiva de pessoas com vulva. A necessidade iminente de acesso a uma ginecologista fica dificultada especialmente na realização de exames essenciais por falta de acessibilidade: "*E faz falta que o consultório de um ginecologista esteja adaptado para receber uma mulher com deficiência que não tem amplitude para abrir as pernas (...)*" (3.F.25.2). Mesmo com vontade de marcar presença nas consultas, ficam condicionadas por falta de acessibilidade física.

A falta de acessibilidade surgiu ainda na questão da ausência de sensibilização destes profissionais para as questões de alteração da fala da pessoa com PC. Isto poderá acabar por comprometer a privacidade pela presença de mais pessoas no consultório, tal como mencionado por 4.M.68.6, "*Aqui há tempos, precisei de ir a um psiquiatra, e o médico não me entendeu e teve de chamar outra pessoa para entender*".

A questão da acessibilidade nos consultórios, é algo que emerge em estudos anteriores como algo que necessita ser modificado prontamente de modo a proporcionar um ambiente mais inclusivo e concordante com as necessidades da pessoa com PC (Rowen et al., 2015). A literatura relata ainda que há circunstâncias em que existem recursos acessíveis, mas os profissionais não os sabem utilizar, e há ausência de pessoal com formação para lidar com as necessidades da PC, como questões de comunicação (Larivière-Bastien et al., 2011). Pessoas com vulva são as mais lesadas nestas circunstâncias visto ficarem sem acesso a exames essenciais para a manutenção da sua saúde reprodutiva (Shah et al., 2022).

4.2. Contexto de in/formação

Aqui estão incluídas a ausência de informação e formação sobre a temática da sexualidade. No que concerne à educação sexual, os participantes falam sobre uma ausência generalizada na sua obtenção, e que, quando ela existe, é altamente genérica: "*Será que foi tão falado para as pessoas em geral? Por que eu falei na escola, como todos nós, (...) eu acho que pouco se fala sobre isso de um modo geral*" (6.M.35.11), e que a sociedade também não está sensibilizada para a sexualidade da PcD: "*(...) a população não tem informação acerca da sexualidade na deficiência, pensam "uma mulher com deficiência não pode ter filhos" este e muitos outros exemplos, que já ouvi muitas vezes da população portuguesa, mostra que não têm conhecimento*" (8.M.33.4). Tal como relatado por Brodwin e Frederick (2010), a maioria da sociedade rege-se por mitos para tirar conclusões sobre a sexualidade na deficiência, o que potencia a propagação de crenças erróneas. Diversos estudos comprovam ainda a manifestação

da falha ao nível da educação sexual na globalidade (Coulter et al., 2023; Newell et al., 2024; Tohit & Haque, 2024).

Surgiu ainda outro assunto relativo à ausência de representatividade da pessoa com PC nos *media* sobre o que é a sexualidade. Isto acaba, segundo a perspetiva de alguns participantes, por criar expectativas erróneas sobre o seu potencial envolvimento sexual, não alinhadas com a sua realidade: "*(...) o problema de muitos jovens é que a referência que têm de sexualidade é o que veem nas novelas, o que veem não é a imagem real da sexualidade.*" (3.F.25.2). Efetivamente a representatividade da pessoa com PC é mínima. Em diversas fontes de *media* é raro encontrar uma PcD o que poderá causar expectativas irrealistas, não concordantes com o que é sua realidade (Brodwin & Frederick, 2010).

4.3. Contexto político e burocrático

Este subtema aborda questões políticas e processos burocráticos que impedem/dificultam a vivência da sexualidade na PC. O ponto mais abordado, e que gerou uma grande revolta por parte dos participantes, é a persistente ausência de concretização de projetos para a sexualidade. Fala-se sobre a possibilidade de desenvolver diversos projetos (para múltiplas áreas da vida da pessoa com PC) mas nunca se concretizam. Parece que a raiz da questão não está na falta de debate, mas sim na clara desvalorização e indiferença face ao tema: "*Agora tem de se passar à ação (...). Nem para a vida independente há um projeto. Fazer debate é muito fácil, toda a gente faz. Agora, na prática, as pessoas, como se diz, assobiam para o lado*" (2.M.51.5).

A par disto, surgiu uma reflexão sobre o facto de que o país tem uma grande lacuna no que toca à deficiência, sendo Portugal na visão destes, um país pouco progressista, tanto a nível de políticas como a nível social. Esta visão sugere que, para além da necessidade de legislar, o essencial será flexibilizar a mentalidade social:

"*O nosso país ainda tem anos para chegar a um ponto que tenha feito tudo para a pessoa que tem mais dificuldades. Lá fora há projetos com profissionais do sexo. Aqui não há e ainda não há possibilidade de fazer esse progresso (...) a mentalidade do país não está aberta para isso. Vai-se morrer e ainda não se vai fazer isso. Isto não adianta de nada enquanto a mentalidade do país não mudar.*" (2.M.51.5).

Como referido por Pereira et al. (2018) o progresso político será altamente importante no sentido de potenciar a sensibilização e conscientização, de modo a criar, fortalecer e financiar políticas em volta do tema em Portugal.

Particularmente no contexto institucional surgiram relatos sobre a grande dificuldade de pessoas com o comprometimento da fala em conseguirem envolver-se sexualmente com um parceiro por questões de consentimento. Existem processos para garantir a capacidade de dar consentimento, no entanto, estes tendem a ser altamente desumanizantes (similarmente ao observado no Tema 3) como se notou pelo desconforto demonstrado: "*A (participante) estava a dizer que o maior desafio são as burocracias. Isto porque, teve que passar por um processo de avaliação, para ver se é ou não capaz de avançar para uma relação sexual com o namorado.*" 2.F.48.1.AC. No que concerne a capacidade de dar consentimento, a literatura indica que a pessoa com PC o consegue dar. O tipo de comunicação de cada pessoa pode dificultar o processo, mas a capacidade de dar consentimento está preservada, devendo ser adotadas formas mais amigáveis da sua obtenção (Desousa, 2026; Rowen et al., 2015).

4.4. Cruzamentos interseccionais

Algumas barreiras emergem na interseção da PC com outras características/contextos. Uma dessas interseções é a da PC com não heteronormatividade:

"*(...) é mais a interseccionalidade, de ser sexualidade entre homem e mulher. E tudo o que vem depois disso, está aqui uma barreira. (...) durante todo o tempo anterior a eu ter uma relação, eu já sabia só que eu nunca comentei com ninguém e às vezes até fazia comentários, do género "ah aquele rapaz é mesmo giro". Por isso a minha mãe nunca sequer pensou... e quando descobriu foi o choque.*" (3.F.25.2).

O género também foi pontuado como um elemento diferenciador na vivência da sexualidade, onde se denota uma diferença entre o tratamento face à mulher em relação ao homem com PC: "*É que o homem com paralisia cerebral está mais sujeito a humilhação, e a mulher à violência. Por isso sim em termos de género é um bocadinho diferente.*" (1.M.26.5).

8.F.44.1 refere que "*(...) o meio pequeno tem uma mentalidade muito retrógrada*" e o conservadorismo associado a zonas mais rurais também surge como barreira. Esta perspetiva

foi abordada diretamente apenas por uma pessoa, no entanto, em diversos grupos tornou-se evidente que algumas pessoas partilhavam deste mesmo sentimento.

Tal como exposto pelos participantes, a pessoa com PC acaba por sofrer uma discriminação ainda mais acentuada quando associada a outras pertenças identitárias. No que concerne à identidade não heteronormativa, a literatura demonstra que a aceitação da não heterossexualidade é mais difícil. O mesmo verifica-se em meios culturais diferentes, onde pode haver uma menor abertura em relação à PcD (Lindsay & Cao, 2025). As questões de género também aparecem como algo que é agravado pela PC. Embora pessoas de ambos os géneros estejam vulneráveis à violência, observa-se que as mulheres com PC apresentam uma maior suscetibilidade a contextos de abuso sexual, o que suscita preocupações específicas (Rowen et al., 2015).

4.5. Estigma social

Por fim temos um subtema que, apesar de não ser focado na sexualidade, acaba por ter impacto. Durante a recolha dos dados verificou-se diversas narrativas focadas no que é a forma como estas pessoas são tratadas no seu quotidiano.

A maioria dos participantes expressou uma enorme revolta com o modo que a sociedade os trata, fornecendo relatos por vezes bastante dolorosos. O capacitismo e a desumanização marcaram presença em todos os grupos focais, notando-se o peso que têm nas suas vidas, tal como 5.F.43.2.AC contou: "*(...) chegou uma senhora e eu não a conhecia de lado nenhum, nunca a tinha visto. A senhora chega lá e diz com estas palavras "o que é que esta merda está aqui a fazer?". Eu nem tive reação*".

Os participantes referiram ainda que a visão capacitista acaba por condicionar a mentalidade das outras pessoas para o que deve ou não ser a existência da sua vida sexual e romântica:

"*(...) vivemos numa sociedade em que quando tu tens deficiência, praticamente ficas marcado. Ou tentam seguir essa ideologia, que eu acho um bocadinho capacitista que é o seguinte, só porque uma pessoa está numa cadeira de rodas, num andarilho, no estabilizador, não significa que eu tenha que ser "depravado" de uma vida amorosa ou de uma vida sexual.*" (1.M.26.5).

A par disso, entende-se que estão sujeitos a um julgamento automático constante que acaba por alimentar a dificuldade que sentem em serem incluídos: "*Não nos aceitam como nós somos. Queriam que fôssemos normais, que não tivéssemos nada. Nós estamos lá adonde estamos porque elas não nos dão coisas para fazer.*". Tal como reportado pelos participantes, as especificidades motoras, objetos de acessibilidade e dificuldades ao nível da comunicação geram atitudes negativas por parte do outro (Desousa, 2026). A população assume preconceitos rígidos sobre as competências da pessoa com PC e acaba por restringir as oportunidades das mesmas precisamente pelas assunções capacitistas, o que leva à discriminação e exclusão (Smith et al., 2025).

As narrativas e experiências dentro deste subtema eram mais intensas nas pessoas onde as dificuldades conferidas pela PC eram mais visíveis, comparativamente com as pessoas onde estas eram quase impercetíveis. Não obstante, a literatura diz ainda que uma das dificuldades mais acentuadas da deficiência invisível é explicar a existência da mesma a um parceiro, algo que não acontece quando a deficiência física é facilmente observável. Prevalecem assim experiências diferentes e desafiantes (Esmail et al., 2010).

Tema 5. Necessidades

O penúltimo tema fala sobre aquilo que as pessoas com PC identificam como sendo o que falta para conseguirem viver a sua sexualidade de forma plena. O subtema emergente foi o seguinte: Necessidade de formação.

Uma das necessidades mais urgentes, e considerada de grande relevância pelas pessoas com PC, foi a questão da abertura e aceitação da sexualidade por parte da sociedade. Prevalece um tema tabu, dentro e fora da deficiência, e há que ocorrer um movimento no sentido de tornar o tópico menos secreto e censurado: "*Eu penso que as mentes da sociedade em geral ainda estão muito fechadas a esta temática*" (4.M.49.1). A necessidade de abertura de mentalidades especificamente nas associações também se tornou aparente nos relatos dos participantes tal como dito por 2.F.48.1.AC "*Aqui a (participante) disse que o que falta é uma mente aberta nas instituições.*". Estes relatos parecem indicar que, mais do que recursos físicos, estes sentem que a necessidade fundamental é a da adoção de atitudes mais positivas. Entende-se que o diálogo aberto sobre a sexualidade, manifestado como uma necessidade pelos participantes, é algo essencial para a quebrar do tabu e desestigmatização. A promoção de diálogos abertos e sem

julgamento constitui-se como benéfico para todas as pessoas (Desousa, 2026; Tohit & Haque, 2024).

Tornou-se ainda evidente a necessidade imprescindível de que sejam criadas formas, por todo o país, onde o casal possa viver a sua vida independente:

"*Eu estou a pensar num apoio que acho muito importante. São umas casas para acompanhar os casais com deficiência. Então se houvesse mais dessas casas que tratassem de nós, e a gente pagava. As associações até podiam criar um hotel, porque nós não podemos estar em qualquer lado*" (7.F.56.3).

Para além de considerarem ser uma necessidade ter locais que promovam a vida independente em casal, também argumentaram a favor de uma maior acessibilidade à assistência pessoal visto ainda ser um serviço pouco alcançável. As pessoas sentem-se muito condicionadas naquilo que podem fazer no seu quotidiano, e assim, a assistência pessoal seria uma grande ajuda, tal como exposto por 7.F.56.3 "*Mesmo para viagens, nós até podemos ter dinheiro para viajar, mas não vamos porque não conseguimos (...) devia haver alguém que ajudava.*". A literatura é concordante com esta visão. As pessoas com PC manifestam um desejo de implementação de estruturas que permitam um melhor acesso a mecanismos que potenciem a vida independente (Pereira et al., 2018).

No que concerne a comunicação em torno da sexualidade, as pessoas com PC identificaram como uma grande necessidade a existência de educação sexual mais inclusiva: "*(...) nas escolas, no meu tempo, havia educação sexual, mas (...) não se falava de educação sexual de pessoas com deficiência.*" (8.M.33.4). A educação sexual na PC, deverá ter um grau de personalização ao que são as suas especificidades. Tal como sugerido por estudos prévios, a par das questões base abordadas na educação sexual, deve-se ter em conta as suas necessidades específicas, algo que ainda não ocorre (Coulter et al., 2023; Desousa, 2026; Newell et al., 2024).

Consideram ainda haver a necessidade de que as conversas sobre sexualidade na deficiência não sejam apenas tidas com as PcD, mas sim, num contexto onde pessoas com e sem deficiência consigam abordar o tema. Isto poderia diminuir os níveis de preconceito e estigma à volta do tema por parte da restante sociedade, visto a literatura incentivar à comunicação aberta e desprovida de preconceitos sobre a sexualidade em diversos contextos (Tohit & Haque, 2024): "*Lá na Alemanha teve uma coisa onde nós íamos às escolas e*

falávamos da nossa experiência, não digo da sexualidade, mas no geral (…) isto com pessoas com e sem deficiência." (8.M.40.4)

A necessidade de um atendimento médico mais empático e informado emergiu como algo que precisa ser alterado de modo a terem acesso aos cuidados de saúde a que têm direito. O pedido de um atendimento mais empático, respeitoso, informado e mais proativo dos profissionais de saúde é algo que a literatura aponta como uma manifestação feita pelas pessoas com PC, indo isto de acordo com o reportado pelos participantes (Larivière-Bastien et al., 2011; Pereira et al., 2018):

"*Aceitação, por parte da pessoa que vai praticar o ato, porque eu noto que os médicos ao lidarem com pessoas com (...) paralisia cerebral, quer em consultas de ginecologia, ou esta temática ligada com a sexualidade, (...) ainda têm um bocado de medo de abordar certos assuntos com o paciente*" (4.M.49.1).

Uma outra necessidade prende-se mais com o desejo manifestado por alguns participantes de ter formas de aceder a conteúdo pornográfico: "*(…) gostava de ver… eu já vi um filme e gostava de ver mais. Todos os dias não, mas de vez em quando.*" (5.M.34.4.AC). Esta necessidade foi mais prevalente em participantes com dificuldades de mobilidade mais acentuadas. Uma maior compreensão da temática, principalmente nas instituições, pode potenciar uma compreensão das necessidades sexuais na PC, o que poderá ajudar ao acesso à internet para acederem ao conteúdo desejado (Atencia et al., 2026).

5.1. Necessidade de formação

Este subtema prende-se, fundamentalmente, com a elucidação dos outros para a existência da sexualidade na PC.

No contexto institucional, sublinharam a importância de ter funcionários com formação dentro da sexualidade. Os participantes sentem que muitas vezes o pessoal técnico tem grandes reticências em tocar no tema, o que acaba por criar um ambiente pouco propício à exploração sexual, e estes acabam, involuntariamente, por se tornar mais uma barreira: "*Quem vive na vila, não deveria ter dificuldades nenhumas. Os casais lá, sejam funcionais, sejam o que for, deviam ter funcionários com uma formação mínima. A instituição é que tem de ter funcionários que não tem.*" (2.M.51.5). Os relatos obtidos são congruentes com a literatura, onde, segundo

Atencia et al. (2026) e Friedman et al. (2014), para além das pessoas que contactam com a pessoa com PC não estarem sensibilizadas para a temática, acabam por incorrer em comportamentos de julgamento imediato quando esta deseja envolver-se sexualmente no contexto institucional. Assim, há a necessidade de formar as pessoas de modo a providenciar uma melhor qualidade de vida às pessoas com PC.

Para além da necessidade de munir o pessoal técnico de competências para lidar com a sexualidade, surgiu a necessidade da promoção de ações de sensibilização, sobre sexualidade, junto de familiares da pessoa com PC. As famílias também iriam beneficiar de uma instrução sobre a temática de modo a não serem um obstáculo à vivência da sexualidade e entenderem a importância da mesma na vida da pessoa com PC (Atencia et al., 2026; Desousa, 2026). Isto foi algo consensual em todos os grupos por sentirem que merecem um apoio maior por parte de quem lhes é próximo: "*(...) devia haver um debate, tipo aquele que estamos a ter, mas não só com os nossos pais, com alguns familiares (...) que às vezes não têm a mente sensibilizada para a temática da sexualidade na pessoa com deficiência.*" (4.M.49.1).

Foi ainda solicitado que, no caso da produção e dinamização de sessões sobre sexualidade na PC, quem deve tomar o papel principal são as pessoas com PC. Não só porque se está a abordar um tema que as concerne, mas também porque estas devem ter voz para falar sobre o assunto de forma séria e informada:

"*(...) já estou a tirar o meu (curso), portanto, nós próprios, (...) se tivermos essas possibilidades, porque não devemos começar a explorar a esse nível? Se realmente achamos que nós devemos fazer essas formações, temos de estudar para isso, nem que seja só para ser formador*" (6.M.35.11)

Para além destes momentos de sensibilização, mas formais, foi surgindo a manifestação de que notam uma falha em momentos (tal como a recolha destes dados) onde conseguem falar abertamente sobre questões da saúde sexual e reprodutiva. Obtivemos (dentro dos grupos focais e informalmente) uma boa quantidade de feedback positivo que corrobora a necessidade de criar espaços para conversas informais sobre sexualidade na PC:

"*Com estes pequenos momentos, (...) recebe-se novos inputs, de certeza que saio daqui com questões diferentes. E depois, haver mais momentos, pois, outras pessoas, recebendo os*

nossos inputs, até podem perder um pouco aquele receio de ir para aqui, ir para ali" (6.M.35.11).

Entende-se que será altamente relevante permitir precisamente que as pessoas com PC se informem a si e aos outros, utilizando as suas vozes frequentemente desvalorizadas, para a sensibilização. A sua auto-advocacia neste sentido é congruente com a literatura prévia (Friedman et al., 2014). Este recurso à sua voz ancora-se ao que foi discutido no Tema 2 pela invisibilidade da opinião da pessoa com PC sobre si mesma.

Tema 6. Adaptações e recursos de auxílio à sexualidade

Finalmente, temos o sexto tema que engloba o que foi apontado como formas de potencializar a melhor vivência da sexualidade.

Em termos das adaptações que reconhecem poderem ser feitas por elas próprias temos a questão da diversificação do script sexual. Reconhecem que "*A mobilidade (é uma dificuldade). E nós temos de pensar que no ato há outras maneiras de ter satisfação*" (4.F.49.8.). Mesmo a sociedade não investindo na adaptação do ato sexual, por défices a nível de uma educação sexual personalizada, parece que a PcD acaba por, de forma autónoma, tentar descobrir mecanismos para ajustarem os momentos de intimidade às suas especificidades (Santos & Santos, 2018).

A assistência sexual é algo muito desejado, sendo o recurso mais mencionado. Fazem o paralelismo de que, se há a possibilidade de Portugal abarcar a profissão de assistente pessoal, também se poderia, com os devidos contornos éticos, adotar a assistência sexual que já é tão conhecida noutros países. As manifestações foram de uma vontade clara de que esses projetos cheguem a Portugal:

"*(...) como existem CAVIs e assistência pessoal para pessoas com deficiência, porque não, criar um CAVI com assistência sexual? Se há a autodeterminação da pessoa com deficiência, acho que a assistência sexual também podia ter o mesmo princípio da assistência pessoal"* (8.M.33.4).

De forma similar ao que foi relatado pelos participantes, no estudo de Pereira et al. (2018), que auscultou similarmente a PcD em Portugal, há um desejo claro de se avançar com

o estabelecimento da assistência sexual de modo a promover um acesso digno à sexualidade. Apesar de manifestações de interesse presentes ao longos os anos, ainda não há uma mobilização neste sentido.

Já o trabalho sexual, muito menos abordado pelos participantes, surgiu mais numa perspetiva de considerarem ser um recurso que deveria estar disponível, mas que não o pretendem usar. Esta visão acaba por ser concordante com algo previamente abordado no Tema 1 que é a questão de que estes participantes preferem viver a sexualidade em contexto de casal e não num contexto casual, ou, neste caso, com recurso a um profissional do sexo. Não obstante dizem achar que pode ser algo valioso para quem decidir que gostaria de ter essa experiência:

"*(...) eu sei de pessoas que já se resolveram pagando. Eu por acaso nunca fui por aí, porque também tenho um bocado aquela ideia de que tem de haver o mínimo de relação, mas, nada me diz que, se um dia me apetecer, não o possa fazer.*" (6.M.35.11).

Segundo relatos de trabalhadores sexuais em Portugal, há uma demanda dos seus serviços pela PcD, mesmo isso não se tendo refletido nos dados. São procurados para efeitos de sexo penetrativo e não penetrativo, havendo instâncias onde são procurados para momentos de afeto e comunicação. Não obstante, relatam não ter conhecimento suficiente para auxiliar adequadamente a PcD, emergindo a necessidade do seu treino para melhorar a experiência de ambas as partes (Pinho et al., 2020).

Aquando da reflexão sobre os recursos que os poderiam auxiliar, observou-se que a maioria dos participantes teve uma enorme dificuldade em saber a que gostavam de ter acesso. As pessoas acabam por não estar a par dos recursos que as podem auxiliar, e que são desenhados exatamente para as suas necessidades, como algum tipo de equipamento adaptado, como cadeiras ou almofadas para auxiliar com o posicionamento, ou a incorporação de brinquedos sexuais para auxílio da estimulação para pessoas com mobilidade reduzida dos membros superiores (Rowen et al., 2015). Esta falta de conhecimento parece ocorrer, não pela falta de necessidade destes recursos, mas como consequência do ambiente onde elas existem, que não promove o conhecimento deste tipo de acessibilidade, ao não reconhecer a sexualidade como uma parte central na vida das pessoas.

Sugestões, Direções Futuras e Limitações

Após o levantamento e avaliação das necessidades sexuais manifestas pelos participantes, foram formuladas algumas sugestões e direções futuras. Devido ao feedback bastante positivo que se obteve com os grupos focais, e com base nas próprias sugestões dos participantes, a promoção de conversas informais sobre sexualidade para pessoas com e sem PC é um elemento importante. De modo a aumentar a sensibilização, sugere-se o investimento na formação e treino da equipa técnica que contacta diretamente com as pessoas com PC, bem como na realização de sessões de sensibilização junto de familiares, cuidadores, e assistentes pessoais sobre a sexualidade na PC. Será muito relevante criar momentos de esclarecimento e formação para a pessoa com PC sobre a sua própria sexualidade (em grupo e individualmente), promovendo o autoconhecimento. Particularmente no contexto da pessoa institucionalizada, é importante promover a manutenção de espaços com privacidade bem como a cultura de privacidade. Para garantir um melhor acesso a cuidados de saúde sexual e reprodutiva (e na sua generalidade), propõem-se a elaboração do levantamento de contextos de saúde que sejam favoráveis à pessoa com PC para a realização de consultas (atendimento, equipamento específico) e articulação com estes mesmos contextos. Especificamente em relação aos recursos de auxílio à sexualidade recomenda-se um investimento em brinquedos sexuais adaptados, adereços e almofadas de apoio, e outros facilitadores à expressão da sexualidade, e ainda que se realizem workshops de co-construção de recursos adaptados.

Ao nível da produção científica, entende-se que deve haver um investimento da investigação na área, de forma a informar políticas públicas. A própria continuação deste projeto, com a recolha posterior de dados a um outro conjunto de participantes (familiares e pessoal técnico) poderá contribuir para maior evidência, através de lentes diferentes. A inclusão da auscultação de assistentes pessoais que atuem com pessoas com PC poderá ser algo benéfico pois estes assumem uma posição distinta que se dissocia do cuidado prestado por um familiar e por pessoal no contexto institucional.

Este estudo apresenta algumas limitações que podem ser levadas em consideração na realização de estudos futuros. Uma limitação prende-se com a heterogeneidade da amostra. O principal critério de participação era ter PC, não havendo distinção de tipo, grau, nem se a pessoa estava ou não institucionalizada. Apesar disto fornecer resultados ricos, os mesmos podem ser pouco específicos sobre os diferentes subgrupos. Dentro dos grupos focais, a presença da pessoa AC, apesar de ser do conhecimento de todos os participantes, poderá ter condicionado a expressão da opinião de algumas pessoas. Este recurso aos AC, ainda que útil,

cria sempre um grau de incerteza em relação à fidedignidade do que está a ser dito, podendo ou não ser exatamente o que a pessoa com PC quer manifestar. O facto da análise dos dados não ter sido feita em conjunto com pessoas com PC poderá ser uma limitação, no entanto, procurou-se minimizar a mesma através da procura do feedback destas numa sessão de devolução de resultados.

Conclusão

Este estudo veio dar voz às pessoas com PC em Portugal sobre o que é a sua vivência e experiência de uma dimensão básica da vida, a sexualidade. As manifestações recolhidas permitiram identificar 6 temas que de forma direta ou indireta afetam a sexualidade. Permitiram, assim, entender de que modos vivem a sua sexualidade, evidenciando-se que esta existe no meio de uma interseção entre o seu desejo e autodeterminação e as constantes barreiras impostas pelo contexto sociocultural e relacional onde se inserem, a par da inacessibilidade a cuidados de saúde dignos. Compreende-se ainda que estas limitações não existem necessariamente pelas suas especificidades, mas sobretudo pela sua dessexualização, superproteção, capacistimo e controlo da esfera da sexualidade. Consequentemente verifica-se a necessidade de formação, sensibilização, alteração de processos institucionais e desenvolvimento de recursos e políticas adequadas de modo a combater as barreiras. A pessoa com PC deverá passar a protagonista do discurso envolto na sexualidade, tendo a sua opinião considerada, para que a sua sexualidade passe a ser entendida como legítima, não vinculada ao tabu. Sublinha-se a necessidade de investimento a nível científico, social, institucional, político e relacional de modo a potenciar a experiência da sexualidade na PC.

Referências

Ahmed, S. K., Mohammed, R. A., Nashwan, A. J., Ibrahim, R. H., Abdalla, A. Q., Ameen, B. M. M., & Khidhir, R. M. (2025). Using thematic analysis in qualitative research. *Journal of Medicine Surgery and Public Health*, 100198. https://doi.org/10.1016/j.glmedi.2025.100198

Atencia, L., Rodriguez, M., Serrat, R., & Pinazo-Hernandis, S. (2026). A Qualitative Approach to Explore Barriers to the Sexual Lives of Individuals with Physical Disabilities Living in Nursing Homes. *Sexuality and Disability*, *44*(3). https://doi.org/10.1007/s11195-026-09950-0

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77–101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

Braun, V., & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport Exercise and Health*, *11*(4), 589–597. https://doi.org/10.1080/2159676x.2019.1628806

Braun, V., & Clarke, V. (2021). Can I use TA? Should I use TA? Should I not use TA? Comparing reflexive thematic analysis and other pattern-based qualitative analytic approaches. *Counselling and Psychotherapy Research*, *21*(1), 37–47. https://doi.org/10.1002/capr.12360

Brodwin, M. G., & Frederick, P. C. (2010). Sexuality and Societal Beliefs regarding Persons Living with Disabilities. *Journal of Rehabilitation*, *76*(4), 37. https://www.questia.com/library/journal/1G1-240913502/sexuality-and-societal-beliefs-regarding-persons-living

Cachopo Veigas, M.I. (2013) *A vivência da sexualidade da pessoa portadora de deficiência motora* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Évora, Escola de Ciências Sociais, Departamento de Psicologia]. Repositório da Universidade de Évora. http://hdl.handle.net/10174/9643

Coulter, D., Lynch, C., & Joosten, A. V. (2023). 'Exploring the perspectives of young adults with developmental disabilities about sexuality and sexual health education.' *Australian Occupational Therapy Journal*, *70*(3), 380–391. https://doi.org/10.1111/1440-1630.12862

Costa Ribeiro Gomes, M. M. (2019) *Sexualidade em adultos com paralisia cerebral* [Dissertação de Mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida]. ReCIL - Repositório Científico Lusófona. http://hdl.handle.net/10437/9786

Czapla, K., & Otrębski, W. (2017). Differences in Sexual Behavior of Teenagers and Young Adults with Cerebral Palsy: The Role of Sexual Needs and Sexual Esteem. *Sexuality and Disability*, *36*(1), 33–46. https://doi.org/10.1007/s11195-017-9512-x

Desousa, A. (2026). Sexual Issues in Cerebral Palsy: A Narrative Clinical review. *The Journal of Inclusion and Disability – Research Neuro Rehabilitation and Empowerment*, *2*(1), 49–55. https://doi.org/10.4103/jiad.jiad_14_26

Duman, K. (2022). Cerebral Palsy: An Overview. *Hamidiye Medical Journal*, *3*(1), 1–6. https://doi.org/10.4274/hamidiyemedj.galenos.2021.72792

Esmail, S., Dary, K., Walter, A., & Knupp, H. (2010). Attitudes and perceptions towards disability and sexuality. *Disability and Rehabilitation*, *32*(14), 1148–1155. https://doi.org/10.3109/09638280903419277

Federação das Associações Portuguesas de Paralisia Cerebral (2025, April 25) *O que é a paralisia cerebral?* https://www.fappc.pt/paralisia-cerebral

Friedman, C., Arnold, C. K., Owen, A. L., & Sandman, L. (2014). "Remember Our Voices are Our Tools:" Sexual Self-advocacy as Defined by People with Intellectual and Developmental Disabilities. *Sexuality and Disability*, *32*(4), 515–532. https://doi.org/10.1007/s11195-014-9377-1

Gordon, P. A., Tschopp, M. K., & Feldman, D. (2004). Addressing Issues of Sexuality with Adolescents with Disabilities. *Child and Adolescent Social Work Journal*, *21*(5), 513–527. https://doi.org/10.1023/b:casw.0000043362.62986.6f

Graugaard, C. (2017). Sexuality as a health-promoting factor — theoretical and clinical considerations. *Nature Reviews Urology*, *14*(10), 577–578. https://doi.org/10.1038/nrurol.2017.117

Gray, S. H., Byrne, R., Christensen, S., Williams, D., Wylie, M., Fowler, E., Gaebler-Spira, D., Marciniak, C., & Glader, L. (2021). Women with cerebral palsy: A qualitative study about their experiences with sexual and reproductive health education and services. *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine*, *14*(2), 285–293. https://doi.org/10.3233/prm-210020

Ip, I. M. H., Honey, A., & McGrath, M. (2022). Attitudes Toward Dating People with Disability Amongst Young People in Australia and Hong Kong. *Sexuality and Disability*, *40*(2), 233–244. https://doi.org/10.1007/s11195-022-09734-2

Larivière-Bastien, D., Majnemer, A., Shevell, M., & Racine, E. (2011). Perspectives of Adolescents and Young Adults with Cerebral Palsy on the Ethical and Social Challenges Encountered in Healthcare Services. *Narrative Inquiry in Bioethics*, *1*(1), 43–54. https://doi.org/10.1353/nib.2011.0001

Lawlor, G., Ryan, A., Battault, O., Brown, L., Peppard, D., Mockler, D., & Spirtos, M. (2025). The Transition to Adulthood From the perspectives of young people with cerebral palsy and their caregivers: A systematic literature review. *Child Care Health and Development*, *51*(2). https://doi.org/10.1111/cch.70036

Lindsay, S., & Cao, P. (2025). Navigating the Impact of Discrimination: Exploring the Experiences of Sex/Gender Minoritised Youth With Disabilities. *Child Care Health and Development, 51*(2). https://doi.org/10.1111/cch.70067

Morand, N. (2025). *Sexual justice for people with disabilities: Challenges and actions for equality* [Poster presentation]. World Sexual Health Assembly, Porto, Portugal. Association Les dévalideuses; Association Le labo de vie.

Newell, A., Liang, N., Moskowitz, J., Lee, N., Pan, X. N., & Kim, H. (2024). Exploring the sexual experiences and challenges of individuals with cerebral palsy. *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine*, *17*(1), 35–45. https://doi.org/10.3233/prm-240006

Normann, G., Boisen, K. A., Uldall, P., & Brødsgaard, A. (2020). Navigating being a young adult with cerebral palsy: a qualitative study. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, *34*(4), 187–195. https://doi.org/10.1515/ijamh-2020-0039

Pennington, L. (2012). Speech and communication in cerebral palsy. *Eastern Journal of Medicine, 17*(4), 171–177.

Pereira, R., Teixeira, P. M., & Nobre, P. J. (2018). Perspectives of Portuguese People with Physical Disabilities Regarding Their Sexual Health: A Focus Group Study. *Sexuality and Disability*, *36*(4), 389–406. https://doi.org/10.1007/s11195-018-9538-8

Pinho, A. R., De Oliveira, J. M., & Nogueira, C. (2020). Sex workers' narratives about clients with disabilities: can training improve sexual health in Portugal? *Saúde E Sociedade*, *29*(3). https://doi.org/10.1590/s0104-12902020180992

Porat, O., Heruti, R., Navon-Porat, H., & Hardoff, D. (2011). Counseling Young People with Physical Disabilities Regarding Relationships and Sexuality Issues: Utilization of a Novel Service. *Sexuality and Disability*, *30*(3), 311–317. https://doi.org/10.1007/s11195-011-9241-5

Rosenbaum, P., Paneth, N., Leviton, A., Goldstein, M., Bax, M., Damiano, D., Dan, B., & Jacobsson, B. (2007). A report: the definition and classification of cerebral palsy April

2006. *Developmental Medicine & Child Neurology*, *49*, 8–14. https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2007.tb12610.x

Rosenbaum, P. L., Palisano, R. J., Bartlett, D. J., Galuppi, B. E., & Russell, D. J. (2008). Development of the Gross Motor Function Classification System for cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, *50*(4), 249–253. https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2008.02045.x

Rowen, T. S., Stein, S., & Tepper, M. (2015). Sexual Health Care for People with Physical Disabilities. *The Journal of Sexual Medicine*, *12*(3), 584–589. https://doi.org/10.1111/jsm.12810

Rowlands, S., & Amy, J. (2017). Sterilization of those with intellectual disability: Evolution from non-consensual interventions to strict safeguards. *Journal of Intellectual Disabilities*, *23*(2), 233–249. https://doi.org/10.1177/1744629517747162

Santos, A. C., & Santos, A. L. (2018). Yes, we fuck! Challenging the misfit sexual body through disabled women's narratives. *Sexualities,* *21*(3), 303–318. https://doi.org/10.1177/1363460716688680

Schölderle, T., Staiger, A., Lampe, R., Strecker, K., & Ziegler, W. (2016). Dysarthria in Adults with Cerebral Palsy: Clinical presentation and impacts on communication. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, *59*(2), 216–229. https://doi.org/10.1044/2015_jslhr-s-15-0086

Secor-Turner, M., McMorris, B. J., & Scal, P. (2017). Improving the sexual health of young people with mobility impairments: Challenges and recommendations. *Journal of Pediatric Health Care*, *31*(5), 578–587. https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2017.03.002

Shah, S., Taylor, J., & Bradbury-Jones, C. (2022). Access to and utilisation of sexual and reproductive healthcare for women and girls with cerebral palsy: a scoping review. *Disability & Society*, *39*(1), 105–125. https://doi.org/10.1080/09687599.2022.2060802

Smith, K. J., Burke, J., Lawrence, R., Oputa, E., & Bailey, R. (2025). The experience of cerebral palsy stigma amongst adults living in the UK and Ireland: A qualitative co-designed project. *PLoS ONE*, *20*(9), e0331562. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0331562

Straub, K., & Obrzut, J. E. (2009). Effects of cerebral palsy on neuropsychological function. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, *21*(2), 153–167. https://doi.org/10.1007/s10882-009-9130-3

Tohit, N. F. M., & Haque, M. (2024). Forbidden Conversations: A comprehensive exploration of taboos in sexual and reproductive health. *Cureus*, *16*(8), e66723. https://doi.org/10.7759/cureus.66723

Vitrikas, K., Dalton, H., & Breish, D. (2020). Cerebral Palsy: An Overview. *American family physician*, *101*(4), 213–220.

Vivet, N., De La Rochebrochard, E., & Martin, P. (2025). Young people with disabilities and their sexual health: a descriptive review of needs, recommendations and interventions. *BMC Public Health*, *25*(1), 930. https://doi.org/10.1186/s12889-025-21927-w

Walsh, M., Sawyer, S. M., Watson, J. M., O'Shea, A., Cranko, G., Pacheco, C. M., Pennacchia, J., & Anderson, K. L. M. (2025). Communication about sexuality for adolescents with cerebral palsy and complex communication needs: A scoping review with framework synthesis. *Developmental Medicine & Child Neurology*, *68*(1), 49–63. https://doi.org/10.1111/dmcn.16479

Wiegerink, D. J., Roebroeck, M. E., Donkervoort, M., Stam, H. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2006). Social and sexual relationships of adolescents and young adults with cerebral palsy: a review. *Clinical Rehabilitation*, *20*(12), 1023–1031. https://doi.org/10.1177/0269215506071275

Wiegerink, D., Roebroeck, M., Donkervoort, M., Cohen-Kettenis, P., & Stam, H. (2008). Social, intimate and sexual relationships of adolescents with cerebral palsy compared with able-bodied age-mates. *Acta Dermato Venereologica*, *40*(2), 112–118. https://doi.org/10.2340/16501977-0137

Wiegerink, D. J., Roebroeck, M. E., Van Der Slot, W. M., Stam, H. J., & Cohen-kettenis, P. T. (2010a). Importance of peers and dating in the development of romantic relationships and sexual activity of young adults with cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, *52*(6), 576–582. https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2010.03620.x

Wiegerink, D., Roebroeck, M., Bender, J., Stam, H., & Cohen-Kettenis, P. (2010b). Sexuality of Young Adults with Cerebral Palsy: Experienced Limitations and Needs. *Sexuality and Disability*, *29*(2), 119–128. https://doi.org/10.1007/s11195-010-9180-6

World Association for Sexual Health. (2026, August 10) *"Every Body" in Disability Pride Month: Sexual Health for People with Disabilities.* https://www.worldsexualhealth.net/post/sexual-health-and-disability-pride-month-every-body

World Health Organization. (2026, August 10) *Sexual health.* https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2

Anexo A.
Parecer Favorável da Comissão de ética

U.PORTO
FACULDADE DE PSICOLOGIA
E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE DO PORTO

COMISSÃO DE ÉTICA

PARECER (Ref.ª 2025-06-06b)

A Comissão de Ética (CdE) da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, tendo reapreciado os documentos do projeto de investigação denominado **"SEXISTIMOS: Promoção da saúde e do bem-estar sexual em pessoas com paralisia cerebral"**, submetidos para apreciação ética por **Ana Luísa de Matos Dias Quinta Gomes,** na reunião nº 08/CdE/2025, de 10 e 17 de setembro, emitiu um **Parecer Favorável** à realização da pesquisa.

Parecer favorável
A CdE é favorável à realização do projeto tal como apresentado.

FPCEUP, 30 de setembro de 2025

Pel'o Presidente da CdE,

Prof. Doutor Rui Alexandre Alves

Rua Alfredo Allen – 4200-135 – Porto – Portugal - TEL.: 351 226079700 – FAX: 351 226079725 –URL: www.fpce.up.pt

Anexo B.
Consentimento Informado do Participante

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E COMPROMISSO DE CONFIDENCIALIDADE

O presente estudo está a ser desenvolvido no âmbito de um projeto de investigação designado *SEXISTIMOS: Promoção da saúde e do bem-estar sexual em pessoas com paralisia cerebral*, a decorrer na _____ (instituição) em colaboração com a Federação das Associações Portuguesas de Paralisia Cerebral (FAPPC) e com o Grupo de Investigação em Sexualidade e Género do Centro de Psicologia da Universidade do Porto (CPUP-FPCEUP).

Esta primeira fase do projeto prevê a realização de grupos de discussão focalizada que serão dinamizados por duas pessoas da equipa de investigação (uma pessoa investigadora do CPUP-FPCEUP auxiliada por uma pessoa co-investigadora com paralisia cerebral). Para a realização destes grupos serão convidadas pessoas com paralisia cerebral de forma a se conhecerem as necessidades de saúde sexual das pessoas com PC (experiências e desafios na vivência da sexualidade, acesso a cuidados de saúde especializados em saúde sexual e reprodutiva). Na eventualidade de não ser possível ou viável a realização destes grupos de discussão, será realizada uma entrevista individual, em alternativa.

A participação neste estudo não contempla nenhuma contrapartida financeira ou de outra natureza e não implica quaisquer custos para a pessoa participante. A participação é voluntária, sendo que poderá escolher livremente se pretende participar ou não participar. Se optar por participar, tem a possibilidade de interromper a participação em qualquer momento, se assim o desejar, sem ter de prestar qualquer justificação ou incorrer em qualquer tipo de penalização. A discussão em grupo (ou entrevista) será gravada, transcrita e analisada pela equipa de investigação, sendo que será atribuído a cada participante um código de forma a impedir a sua identificação e garantir a confidencialidade. Os dados do áudio serão destruídos após a transcrição. Todos os dados recolhidos, incluindo os dados demográficos, serão anonimizados antes de serem arquivados numa base de dados protegida por palavra-passe. Apenas um número restrito de investigadores/as terá acesso a esta senha de acesso. Todas as pessoas com acesso aos dados pessoais de participantes estão obrigadas ao sigilo profissional e à confidencialidade. Os dados recolhidos serão arquivados e mantidos durante pelo menos 5 anos e até um máximo de 25 anos, servindo apenas para os fins da presente investigação, após o qual serão destruídos. A privacidade e a proteção dos dados estão de acordo com o Regulamento Geral de Proteção de Dados da UE.

Caso sejam identificados riscos que se considerem prejudiciais à saúde e bem-estar das pessoas participantes ou terceiras, poderá haver a necessidade de comunicar esta informação a entidades competentes, preservando, sempre que possível, a não identificação da pessoa participante.

Esta investigação não envolve qualquer risco para as pessoas participantes. Caso a sua participação neste estudo resulte em algum desconforto ou mal-estar, será oferecida uma sessão de follow-up do estudo com um/a profissional de Psicologia. Poderá também aceder aos seguintes recursos, em alternativa: Serviço de aconselhamento psicológico no SNS 24 (gratuito; contacto: 808 24 24 24, selecionar opção 4 - aconselhamento psicológico) ou Sexualidade em Linha (gratuito; Contacto: 800 22 20 03); Serviço de Consulta Psicológica – serviço de intervenção psicológica especializada à comunidade, com atendimento presencial na Rua Alfredo Allen, Porto. Contacto: 220 40 06 00 | 220 42 89 22).

Para qualquer esclarecimento adicional ou para conhecer os resultados da investigação, deverá enviar um e-mail para: anagomes@fpce.up.pt (responsável da equipa de investigação.

Obrigada pela sua colaboração!

Declaro que tenho mais de 18 anos e estou de acordo em participar no presente estudo. Foi-me prestada a informação necessária acerca da natureza e objetivos deste estudo e concedida a possibilidade de esclarecer todas as questões que me parecem pertinentes. Sei que sou livre de abandonar a minha participação no estudo, se for esse o meu desejo, e tomei conhecimento que a minha identidade jamais será revelada e os meus dados permanecerão confidenciais.

☐ Sim, confirmo a informação declarada anteriormente, pretendo prosseguir e participar neste estudo.

☐ Não pretendo participar neste estudo.

Assinatura Participante: _____

Assinatura Tutor/a ou Representante legal (se aplicável): _____

Assinatura Pessoa Acompanhante (se aplicável): _____

Assinatura do/a Investigador/a: _____

Data: _____/_____/_____

Anexo C.
Declaração de Sigilo

DECLARAÇÃO DE SIGILO

O presente estudo está a ser desenvolvido no âmbito de um projeto de investigação designado *SEXISTIMOS: Promoção da saúde e do bem-estar sexual em pessoas com paralisia cerebral*, a decorrer na _____ (instituição) em colaboração com a Federação das Associações Portuguesas de Paralisia Cerebral (FAPPC) e com o Grupo de Investigação em Sexualidade e Género do Centro de Psicologia da Universidade do Porto (CPUP-FPCEUP).

Esta primeira fase do projeto prevê a realização de grupos de discussão focalizada que serão dinamizados por duas pessoas da equipa de investigação (uma pessoa investigadora do CPUP-FPCEUP auxiliada por uma pessoa co-investigadora com paralisia cerebral). Para a realização destes grupos serão convidadas pessoas com paralisia cerebral, de forma a se conhecerem as necessidades de saúde sexual das pessoas com PC (experiências e desafios na vivência da sexualidade, acesso a cuidados de saúde especializados em saúde sexual e reprodutiva). Na eventualidade de não ser possível ou viável a realização destes grupos de discussão, será realizada uma entrevista individual, em alternativa.

A sua participação na sessão, como apoio à comunicação de _____ (nome da pessoa que acompanha), é voluntária, não contempla nenhuma contrapartida financeira ou de outra natureza, não implica quaisquer custos e **requer o compromisso de sigilo**, garantindo a **confidencialidade** de todas as informações discutida e o **anonimato** das pessoas participantes na sessão. A discussão em grupo (ou entrevista) será gravada, transcrita e analisada pela equipa de investigação, sendo que será atribuído a cada participante um código de forma a impedir a sua identificação e garantir a confidencialidade. Os dados do áudio serão destruídos após a transcrição. Todos os dados recolhidos, incluindo os dados demográficos, serão anonimizados antes de serem arquivados numa base de dados protegida por palavra-passe. Apenas um número restrito de investigadores/as terá acesso a esta senha de acesso. Todas as pessoas com acesso aos dados pessoais de participantes estão obrigadas ao sigilo profissional e à confidencialidade. Os dados recolhidos serão arquivados e mantidos durante pelo menos 5 anos e até um máximo de 25 anos, servindo apenas para os fins da presente investigação, após o qual serão destruídos. A privacidade e a proteção dos dados estão de acordo com o Regulamento Geral de Proteção de Dados da UE.

Para qualquer esclarecimento adicional ou para conhecer os resultados da investigação, deverá enviar um e-mail para: anagomes@fpce.up.pt (responsável da equipa de investigação).

Obrigada pela sua colaboração!

Eu, _____ (nome), portador/a do cartão de cidadão nº _____ declaro que compreendi as condições requeridas para participar nos grupos focais, com o papel exclusivo de apoiar a comunicação da pessoa com PC que acompanho e comprometo-me a garantir a confidencialidade de todas as informações discutidas durante a sessão, bem como o anonimato das pessoas participantes. A minha participação é voluntária e tenho conhecimento que o grupo focal será gravado em formato áudio, sendo posteriormente transcrito, anonimizado e os dados utilizados apenas para fins de investigação científica desde que asseguradas todas as condições de confidencialidade e anonimato, de acordo com o Regulamento Geral de Proteção de Dados da EU.

Assinatura: _____

Assinatura do/a Investigador/a: _____

Data: _____/_____/_____

Anexo D.
Questionário Sociodemográfico

Idade: _____ anos

Habilitações Literárias:

• 1º ciclo (até ao 4º ano)

• 2º ciclo (até ao 6º ano)

• 3º ciclo (até ao 9º ano)

• Secundário (até ao 12º ano)

• Licenciatura/Mestrado Integrado

• Doutoramento

Género:

• Masculino

• Feminino

• Não binário

• Prefiro não dizer

• Outro: _____

Orientação sexual:

• Heterossexual

• Homossexual

• Bissexual

• Prefiro não dizer

• Outro: _____

Estado relacional:

• Atualmente estou numa relação

• Não estou numa relação, mas já estive

• Nunca estive numa relação

Anexo E.

Guião de Entrevista Semiestruturada dos Grupos Focais

Pessoas com PC

1. Na vossa opinião, o que é a sexualidade? Qual a sua importância?

2. Quais os maiores desafios na vivência da sexualidade de pessoas com PC?

3. Quais as necessidades existentes para uma vivência satisfatória da sexualidade/afetividade?

4. Quais as principais necessidades ao nível de cuidados de saúde e de informação em saúde sexual e reprodutiva?

5. Como sentem que profissionais, com quem contactam, lidam com o tema da sexualidade? E outras pessoas (e.g. familiares, pessoas significativas)?

6. O que consideram que pode ser feito para responder às necessidades existentes (para poderem ter uma sexualidade saudável e gratificante)?

7. Quais os recursos que poderiam contribuir para uma melhor vivência da sexualidade de pessoas com PC (e.g. acesso a assistência sexual, pornografia, brinquedos sexuais, programas de educação sexual ...)

8. Há algum ponto que gostassem de acrescentar e que não abordamos?

Anexo F.
Caracterização sociodemográfica

Tabela 1

Características sociodemográficas de participantes (N = 44)

	Grupo Focal	**(**n = 44)
Idade		
M	40.7	
DP	11.75	
Intervalo	21 - 68	
	n	*%*
Género		
Feminino	19	43.2
Masculino	25	56.8
Outro	0	0
Habilitações Literárias		
Não frequentou a escola	3	6.8
1º ano - 4º ano	4	9.1
5º ano - 6º ano	4	9.1
7º ano - 9º ano	14	31.8
10º ano - 12º ano	11	25
Licenciatura	5	11.4
Mestrado	3	6.8

Orientação sexual		
Heterossexual	38	86.4
Homossexual	2	4.5
Bissexual	3	6.8
Questionamento	1	2.3
Estado relacional		
Nunca teve uma relação	11	25
Solteiro/a, mas já teve pelo menos uma relação	21	47.7
Atualmente numa relação	12	27.3
Recurso a CAA		
Sim	6	13.6
Não	38	86.4

FACULDADE DE **PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**