

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

FACULDADE DE CIÊNCIAS

Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem

Ana Carla Vieira

**SEXUALIDADE E TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: RELATOS DE  
FAMILIARES**

BAURU  
2016

Ana Carla Vieira

SEXUALIDADE E TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: RELATOS DE  
FAMILIARES

Dissertação apresentada como requisito à obtenção do título de Mestre à Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Programa de Pós Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, sob a orientação da Profª Drª Ana Cláudia Bortolozzi Maia.

BAURU  
2016

Vieira, Ana Carla.

Sexualidade e Transtorno do Espectro Autista :  
relatos de familiares / Ana Carla Vieira, 2016  
164 f.

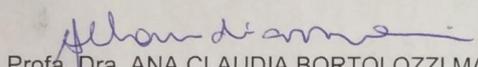
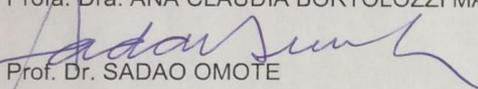
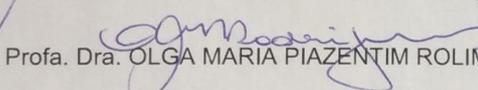
Orientador: Ana Cláudia Bortolozzi Maia

Dissertação (Mestrado)-Universidade Estadual  
Paulista. Faculdade de Ciências, Bauru, 2016

1. Transtorno do Espectro Autista. 2. Síndrome de  
Asperger. 3. Sexualidade. I. Universidade Estadual  
Paulista. Faculdade de Ciências. II. Título.

**ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE Mestrado de ANA CARLA VIEIRA, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM, DA FACULDADE DE CIÊNCIAS.**

Aos 12 dias do mês de julho do ano de 2016, às 09:00 horas, no(a) Anfiteatro da Pós-Graduação da Faculdade de Ciências - UNESP/Bauru, reuniu-se a Comissão Examinadora da Defesa Pública, composta pelos seguintes membros: Profa. Dra. ANA CLAUDIA BORTOLOZZI MAIA - Orientador(a) do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências - UNESP/Bauru, Prof. Dr. SADA OMOTE do(a) Departamento de Educação Especial / Faculdade de Filosofia e Ciências - UNESP/Marília, Profa. Dra. OLGA MARIA PIAZENTIM ROLIM RODRIGUES do(a) Depto. de Psicologia / Faculdade de Ciências - UNESP/Bauru, sob a presidência do primeiro, a fim de proceder a arguição pública da DISSERTAÇÃO DE Mestrado de ANA CARLA VIEIRA, intitulada **SEXUALIDADE E TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: RELATOS DE FAMILIARES**. Após a exposição, a discente foi arguida oralmente pelos membros da Comissão Examinadora, tendo recebido o conceito final: APROVADA. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelos membros da Comissão Examinadora.

  
Profa. Dra. ANA CLAUDIA BORTOLOZZI MAIA  
Prof. Dr. SADA OMOTE  
Profa. Dra. OLGA MARIA PIAZENTIM ROLIM RODRIGUES

## **AGRADECIMENTOS**

Encerrar uma pesquisa consiste em revisitar sua trajetória e reconhecer a coletividade de sua construção. Foram inúmeras as pessoas que contribuíram direta ou indiretamente de forma pessoal e acadêmica para que este trabalho fosse desenvolvido e que o ciclo do mestrado se concluísse com experiências memoráveis, as quais me deixam em estado de gratidão e me fazem citar ao menos algumas delas.

Agradeço primeiramente à minha adorável família, que além da segurança e suporte, me presenteou com incentivo, apoio e afeto constantes. À minha mãe, que dentre muitos ensinamentos ao longo da nossa caminhada juntas me mostrou a importância de lutar por direitos, de ter empatia e de olhar para o outro com humanidade. Sua maneira de ver a vida, tão doce, me contagia todos os dias. Agradeço à minha irmã Aninha, em quem tantas vezes me espelhei e com quem aprendi a dividir, ouvir, falar e respeitar. Seu colo e suas palavras são o abrigo mais zeloso do mundo. Ao meu padrasto Lino, que nos acompanha há tanto e que divide cada momento com compreensão e amor incondicionais.

Gratidão à minha orientadora, que além de excelente pesquisadora e professora é uma generosa compartilhadora de conhecimento e ideias. Os aprendizados são incontáveis e seu apoio pode ser visto em cada página desse trabalho – além de muitas da vida. Ensinou-me sobre ciência, docência e sobre a importância de pensar “fora da caixa” para fazer a diferença. Às suas filhas, Bruna e Beá, parceirinhas de momentos doces e de lembranças queridas.

Agradeço à professora Olga Rodrigues, que além de todas as contribuições diretas nesse estudo, me inseriu na psicologia infantil e me ensinou a importância do trabalho com as famílias, principais personagens na luta e vivência da inclusão educacional. Ao professor Sadao Omote, cuja leitura e escutas tão atenciosas sobre a pesquisa oportunizaram aprendizados valiosos. Sua paixão pela atenção à inclusão e à produção

de conhecimento representam incentivos constantes para minha prática profissional. Agradeço ainda à professora Lucia Pereira Leite pela paciência e dedicação em momentos cruciais de minha formação acadêmica.

Aos inúmeros amigos e colegas que tive o prazer de conhecer na universidade, agradeço pelos momentos alegres e pelas tantas acolhidas - em especial minhas amigas Bárbara, Anelisa, Fernanda e Kaira, pessoas muito queridas e profissionais admiráveis. Agradeço aos que conheci no Centro Acadêmico (CAPSI) em anos de luta e descobertas; na Empresa Júnior de Psicologia (Interage) onde desenvolvi repertórios que levarei como herança para sempre; nas comissões organizadoras da Jornada de Análise do Comportamento e nos estágios. Agradeço especialmente aos meus amigos Luiz (Gordinho) e Lucas (Lucão) por terem aberto diversas portas do mundo acadêmico e possibilitado acesso a espaços que foram muito importantes para mim. À Karina, Estefânia (Fanta), Thiago e Ingrid que mesmo distantes continuam significando segurança e carinho.

Ao longo destes anos, vivenciando viagens semanais entre São Carlos e Bauru, tive a alegria de me aproximar e conviver com amigos que compartilharam além da estrada, inúmeros dias de risada, choro, ideias e pores do sol: Renan, Heitor, Ana Luiza (Zi), Ana Paula e Breno: muito obrigada!

Agradeço àqueles que me acompanham desde a infância e adolescência. O apoio, torcida e participação deles na minha formação de valores e ideais de vida foram essenciais: Luiza, Camila, Dani, Julia, Aline e Carol; Ygor, Flávia, Tayse e Marcelo, carregue-os comigo por onde for.

Aos meus companheiros de estudo e reflexão semanais, com quem aprendo tanto continuamente: Guilherme, Sofia, Claudio, dona Nice. Acolheram-me como se eu fosse da família e é exatamente assim que me sinto, obrigada por tudo!

Obrigada a toda a equipe da APAE Bauru, que além de colaboradora do projeto, me recebeu em seu time de técnicos com ternura, compreendendo a necessidade de dedicação concomitante e incentivando a interação entre pesquisa e comunidade. Em especial às amigas do Centro de Apoio à Inclusão Escolar (CAIE): Helen, Simone, Nachale, Ghiedree, Mariana, Gabriella, Camila, Francine, Thaís, Val, Linda e à Salete. Vocês representam para mim inspiração para fazer um trabalho de qualidade e aprender continuamente sobre atendimento à pessoa com deficiência. Muita gratidão!

Agradeço ao Programa de Pós Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, que além de proporcionar aprimoramento em aspectos acadêmicos, me acolheu enquanto representante discente e cuidou para que fosse ouvida. Ao Programa e à CAPES agradeço pelo financiamento por meio da bolsa de mestrado, que possibilitou dedicação à pesquisa e a atividades relacionadas.

Agradeço à Gethiely, excelente profissional que me apoiou em diversas situações, e à Faculdade de Ciências especialmente por proporcionar meios de recursos como a biblioteca, o Laboratório de Sexualidade e Educação (Lasex) e o auxílio financeiro para participação em eventos. Agradeço, ainda, ao Centro de Psicologia Aplicada (CPA) pelo apoio devido à utilização de seu espaço físico para coleta de dados.

Ao longo da trajetória de mestrado, tive contato com mulheres estudiosas e fortes que me ensinaram muito sobre assuntos relacionados à temática da sexualidade: gratidão à professora Larissa Pelúcio e os membros de seu grupo de estudo Transgressões; às meninas do Coletivo Marias e Amélias de Mulheres Analistas do Comportamento, em especial Ana Arantes, Amanda Moraes, Marcela Ortolan, Izadora Perkoski e Aline Couto.

Ainda sobre pessoas importantes na construção de conhecimentos agradeço aos amigos membros do Grupo de Estudo e Pesquisa em Sexualidade, Educação e Cultura

(GPESEC): Marcela, Raquel, Junior, Flor, Alekssey, Verônica, Patrícia, Amanda – sinto permanentemente que tenho muito a aprender e vivenciar com vocês!

Agradeço ao Instituto Municipal de Ensino Superior (IMES) de São Manuel, por ter me recebido e me apresentado à docência. Foram experiências memoráveis e essenciais. Muito obrigada especialmente à querida “patotinha”: Afonso, Natália, Marcela, Tom e Marina.

À Giovana, excelente profissional que auxiliou revisando e incentivando continuamente esse trabalho e ao Vicente, pequena fonte de alento em sua vida e, conseqüentemente, na de todos que os rodeiam.

Ao meu companheiro Lucas, que paciente e carinhosamente acompanhou grande parte do trabalho, valorizando cada momento e sendo um incentivador incansável, gratidão. Seu acalento e companhia tornaram os passos mais leves e alegres, cheios de música e cores. À sua família, que me abraçou com ternura e esteve sempre tão presente, obrigada!

Agradeço, por fim, imensamente àquelas que possibilitaram a existência desse projeto; que compartilharam seus relatos, anseios e experiências com gentileza e honestidade. Às mães participantes dessa pesquisa: conhecê-las e ouvi-las foi um grande presente e uma lição de humildade inesquecível para mim. Obrigada!

## RESUMO

A educação sexual é um processo contínuo por meio do qual se aprende sobre aspectos da sexualidade; uma dimensão ampla e complexa que se desenvolve ao longo da vida das pessoas em suas interações com elementos sociais, culturais, econômicos, históricos e biológicos. Pessoas com deficiências como o Transtorno do Espectro Autista ou Síndrome de Asperger (TEA/SA) são comumente infantilizadas e a expressão de sua sexualidade é permeada de mitos. Além disso, geralmente não recebem educação sexual, resultando em falta de conhecimento sobre o assunto, vivências afetivas e sexuais limitadas e situações de vulnerabilidade. Mas como os familiares assumem a educação sexual de seus filhos com TEA/SA? O que pensam sobre a sexualidade deles? Para responder essas questões, a presente pesquisa, do tipo qualitativa-descritiva, teve por objetivo investigar as opiniões e ações de sete mães sobre a sexualidade de seus filhos com TEA/SA com idades entre 10 e 22 anos. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas realizadas a partir de um roteiro, gravadas e transcritas na íntegra para posterior análise a partir da organização de categorias temáticas. Os resultados indicaram que quase não há educação sexual por parte das mães: algumas se utilizam de explicações metafóricas, outras recorrem a psicólogos ou não falam sobre o assunto. Afirmaram não ter acesso a materiais que pudessem auxiliá-las nesta educação sexual, e que os profissionais da saúde e da educação de seu entorno não conversaram ou colaboraram neste sentido. A infantilização dos filhos foi um aspecto importante desvelado nos relatos. Também acreditavam que os desejos sexuais de pessoas com TEA/SA seriam parecidos com os de pessoas neurotípicas, mas que os déficits em habilidades sociais relacionados ao transtorno prejudicavam imensamente seus relacionamentos sociais, afetivos e sexuais. A maioria delas viu o filho se masturbando, evidenciando déficits na discriminação entre comportamentos públicos e privados, e

relataram dependência por parte deles para atividades de autocuidados diários. Uma mãe citou que o filho se envolveu em situações de risco por não compreender as regras sociais. Os dados coletados retificam os encontrados na literatura especialmente com relação à falta de intervenções sobre o assunto e às dificuldades sentidas pelas famílias para tratá-lo. Além disso, os dados convergem com estudos que indicam as características associadas ao TEA/SA como obstáculos para o desenvolvimento sexual, como déficits em habilidades sociais e comunicação. Conclui-se que a orientação por parte de profissionais voltada às famílias de pessoas com TEA/SA pode contribuir para a viabilização de uma educação sexual emancipatória, assim como o treino de habilidades sociais para os jovens pode potencializar seu desenvolvimento. É preciso reconhecer o direito das pessoas com TEA/SA de expressarem sua sexualidade na sociedade inclusiva e, portanto, deve-se garantir o acesso à educação sexual ao longo de todo seu desenvolvimento humano.

**Palavras-chave:** Transtorno do Espectro Autista, Síndrome de Asperger, Educação Sexual, Sexualidade.

## **ABSTRACT**

Sexual education is an ongoing process through which is learned about sexuality aspects; a wide and complex dimension that develops over the people's lives in their interactions with social, cultural, economic, historical and biological elements. People with disabilities such as Autism Spectrum Disorder or Asperger Syndrome (TEA/SA) are commonly childlike and the expression of their sexuality is fraught with myths. Also, they do not generally receive sexual education, resulting in lack of knowledge about the subject, limited emotional and sexual experiences and situations of vulnerability. But how does the family take the sexual education of their children with TEA/SA? What do they think about their sexuality? To answer these questions, this qualitative-descriptive research, aimed to investigate the opinions and actions of seven mothers on the sexuality of their children with TEA/SA aged between 10 and 22 years. The data were collected through interviews guided from a script, recorded and fully transcribed for further analysis from the organization of thematic categories. The results indicated that there is almost no sexual education by mothers: some of them make use of metaphorical explanation, other ones turn to psychologists or does not talk about it. They said they did not have access to materials that could assist them on this sexual education, and that health and education professionals of their surroundings does not talk or collaborate in this direction. The infantilization of children was an important aspect unveiled in the reports. Also they believed that the sexual desires of people with TEA/SA would be similar to the neurotypical people, but that deficits in social skills related to the disorder greatly harm their on the social, emotional and sexual relationships. Most of them saw their sons masturbating, showing deficits in discrimination between public and private behaviors, and reported dependence on their part to daily self-care activities. A mother mentioned that her son was involved in risky

situations because he does not understand social rules. The finding data rectifies those found in the literature especially regarding the lack of intervention on the matter and the difficulties experienced by families to treat it. Furthermore, the data converges with studies that indicate characteristics associated with TEA/SA as obstacles to the sexual development such as deficits on social and communication skills. It is concluded that the guidance by professionals directed to the families of people with TEA/SA can contribute to the viability of an emancipatory sexual education as well as social skills training for young people can enhance their development. It must be recognized the right of people with TEA/SA to express their sexuality in an inclusive society and, therefore, it should guaranteed the access to sexual education throughout their human development.

**Keywords:** Autism Spectrum Disorders, Asperger's Syndrome, Sexual Education, Sexuality.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABA: *Applied Behavior Analysis* ou Análise Aplicada do Comportamento

AMA: Associação de Amigos do Autista

CDPD: Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiências

DSM: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* ou Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

DST: Doenças Sexualmente Transmissíveis

HIV: *Human Immunodeficiency Virus* ou Vírus da Imunodeficiência Humana

LBI: Lei Brasileira de Inclusão

ONU: Organização das Nações Unidas

PCN: Parâmetros Curriculares Nacionais

PEI: Plano de Ensino Individualizado

QI: Quociente de Inteligência

SA: Síndrome de Asperger

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TEACCH: *Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children* ou Tratamento e Educação para Autistas e Crianças com Déficits Relacionados à Educação

TOC: Transtorno Obsessivo Compulsivo

TDAH: Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade

TEA: Transtorno do Espectro Autista

TEA/SA: Transtorno do Espectro Autista/Síndrome de Asperger

TTT: *Tackling Teenage Training* ou Treinamento para Enfrentamento da Adolescência

UNESCO: *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* ou  
Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 - Declaração dos Direitos Sexuais.....	43
Quadro 2 – Caracterização geral das participantes.....	80
Quadro 3 – Caracterização geral dos filhos das participantes.....	81
Quadro 4 - Eixos, objetivos e questões do roteiro de entrevista “Relatos de Familiares sobre a sexualidade de filhos com TEA/SA”.....	82

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>16</b>
1.1 Transtorno do Espectro Autista (TEA) e Síndrome de Asperger (SA).....	16
1.1.1 Aspectos históricos e descrição diagnóstica do TEA.....	16
1.1.2 Características específicas do TEA/SA.....	20
1.2 A inclusão na atualidade.....	23
1.3 Sexualidade e educação sexual.....	31
1.4 A sexualidade de pessoas com deficiência e de pessoas com TEA/SA.....	35
1.4.1 Sexualidade de pessoas com deficiência.....	36
1.4.2 Direitos sexuais para pessoas com deficiência.....	42
1.4.3 A sexualidade de pessoas com TEA/SA.....	46
1.4.4 Propostas de intervenção e materiais didáticos para educação sexual de pessoas com TEA/SA.....	70
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	<b>79</b>
2.1 Gerais.....	79
2.2 Específicos.....	79
<b>3. MÉTODO</b> .....	<b>80</b>
3.1 Participantes.....	80
3.2 Instrumentos.....	81
3.2.1 Ficha de caracterização do filho com TEA/SA.....	81
3.2.2 Roteiro de entrevista “Relatos de Familiares sobre sexualidade de adolescentes e jovens com TEA/SA”.....	82
3.3 Procedimento de coleta de dados.....	83
3.4 Procedimento de análise de dados.....	85
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>86</b>
4.1 Caracterização da amostra.....	86
4.2 Categorias de análise.....	88
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>139</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>147</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>156</b>

## APRESENTAÇÃO

A sexualidade é uma dimensão inerente aos seres humanos e, portanto, presente na história de todos nós. Quando eu era pequena, perguntei à minha mãe o que era sexo e depois de ficar vermelha, rir descontroladamente e gaguejar, ela disse: “Ah, você sabe!”. Eu sabia mesmo, tinha recém-descoberto lendo as colunas de conselhos amorosos de uma revista de horóscopo, mas ainda assim queria ouvir o que ela tinha a dizer.

Quando já estava na faculdade, em 2012, cursando o terceiro ano de graduação em Psicologia, recontamos essa história e rimos da lembrança, minha mãe falou sobre como se sentia constrangida e perdida nessas situações e que suas próprias descobertas tinham sido desastrosas. Comecei me questionar se as crianças, naquele momento, ainda aprendiam sobre sexualidade como nós. Pensei que, com as reformas pedagógicas entre as décadas de 1990 e 2000, as escolas, provavelmente, haviam assumido a função de ensinar este conteúdo, ao menos com relação a aspectos biológicos.

Estes questionamentos me proporcionaram uma parceria valiosa e querida com a professora Ana Cláudia Bortolozzi Maia, que viria a ser minha orientadora durante os dois anos seguintes de iniciação científica. Além de me inserir em seu grupo de estudos e pesquisas (GPESEC), onde pude conhecer pesquisadores e amigos prezados, foi ela quem me apoiou nestes primeiros passos e me ajudou na tentativa de responder se, afinal, as escolas estavam ou não promovendo a educação sexual das crianças.

Nosso projeto foi desenhado de modo que pudemos conversar com educadoras, diretoras, coordenadoras e aprender imensamente com elas, ouvindo sobre as dificuldades que sentiam em falar sobre sexualidade, sobre sua formação acadêmica deficitária e sobre os obstáculos cotidianos do ensino público brasileiro. Descobrimos que a educação sexual escolar era promovida essencialmente de maneira informal, por

meio de conversas, regras e comentários frequentemente perpassados por crenças e conceitos pessoais das educadoras. Os únicos espaços formalmente reservados para ensino sobre sexualidade eram as aulas de ciências, mas os conteúdos eram restritos a aspectos biológicos como reprodução e doenças sexualmente transmissíveis, excluindo aspectos históricos, culturais e sociais.

Nesta coleta de dados observamos, também, a inserção de alunos com deficiência nas salas de aula, e percebemos que quando o assunto era sexualidade as educadoras sempre tinham algo a dizer sobre eles. Acreditavam que havia sexualidade demais em alguns e que não havia sexualidade em outros, descrevendo situações cotidianas de estigmatização.

Tive a oportunidade de trabalhar sobre este mesmo assunto no último ano de graduação, quando fiz estágio em uma instituição de reabilitação para pessoas com deficiência e acompanhei atendimentos de crianças diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista. Elas apresentavam dúvidas e questões sobre sexualidade como com relação ao funcionamento do corpo, gravidez e parto, masturbação e demonstrações de afeto e desejo.

A partir dessas necessidades demonstradas pelas crianças, busquei na literatura apoio para estruturar as intervenções educativas, mas não encontrei materiais acessíveis. Felizmente tive apoio da professora Lucia Pereira Leite, então supervisora do estágio, e da minha orientadora, que já havia estudado e produzido sobre sexualidade e deficiência, de forma que essas questões pontuais foram trabalhadas.

Nesta mesma época fiz estágio em psicologia clínica infantil com a professora Olga Piazzentin Rolim Rodrigues, momento no qual conheci e me apaixonei pela área de trabalho com crianças e suas famílias. Além das questões teóricas e de manejo comportamental, aprendi que os familiares são personagens principais no

desenvolvimento dos filhos, e que acolhê-los e orientá-los é tão importante quanto o trabalho direto com os mesmos.

O ciclo de graduação foi encerrado em 2013, com o fechamento da iniciação científica e dos estágios curriculares. O desejo de continuar trabalhando com pessoas com TEA permanecia intenso, assim como as inquietações sobre a falta de atenção e de materiais acerca de sua sexualidade. Unindo isto à oportunidade de continuar as atividades de pesquisa por meio da pós-graduação, ainda com a professora Ana Claudia, nasceu um novo problema de pesquisa: como seria promovida a educação sexual das pessoas com TEA?

Este problema, obviamente composto por muito mais perguntas que um projeto de mestrado se atreveria a responder, exigiu que tomássemos decisões. Optamos pelo estudo de pessoas incluídas no nível mais leve do espectro do TEA, antigamente denominado Síndrome de Asperger, pois seria difícil e confuso estudar diversos graus ao mesmo tempo. Além disso, decidimos pelo foco nos relatos dos familiares destas pessoas, muito provavelmente os primeiros e principais agentes de sua educação sexual.

Após alguns anos de trabalho, nasceu essa dissertação, que será aqui apresentada da seguinte forma: Inicialmente, explicaremos sobre o que é Transtorno do Espectro Autista, sua complexa história e as características diagnósticas atuais e, então, teceremos reflexões sobre o processo de inclusão de pessoas com deficiência em nossa sociedade para compreensão do lugar ocupado por elas neste momento histórico. Apresentaremos, depois, definições sobre sexualidade e educação sexual e um panorama da sexualidade de pessoas com deficiência em geral. O último tópico teórico é composto por uma revisão bibliográfica ampla sobre a sexualidade e educação sexual de pessoas com Transtorno do Espectro Autista e Síndrome de Asperger, seguido dos objetivos deste trabalho, método de pesquisa, dos resultados e discussões dos mesmos.

## **1 INTRODUÇÃO**

### **1.1 Transtorno do Espectro Autista (TEA) e Síndrome de Asperger (SA)**

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) e a Síndrome de Asperger (SA) fazem parte de discussões acadêmicas e psiquiátricas intensas. Tanto suas nomenclaturas quanto suas classificações diagnósticas sofreram muitas alterações ao longo do tempo e a compreensão desta história é importante para que a população de interesse do presente estudo seja descrita apropriadamente.

#### **1.1.1 Aspectos históricos e descrição diagnóstica do TEA**

O primeiro registro do termo “autismo” data de 1906 e foi feito pelo psiquiatra Plouller, que estudava pacientes com demência. Em seguida, no ano de 1911, Eugen Bleuler se apropriou do termo freudiano “autoerotismo”, subtraiu a parte “eros” e descreveu o autismo como uma ruptura entre a pessoa e o mundo exterior. Depois disso, em 1942, o médico Leo Kanner publicou nos Estados Unidos a obra *Os distúrbios autísticos de contato afetivo* baseada na análise de onze casos clínicos caracterizados pelo isolamento e resistência em estabelecer contatos sociais. Coincidentemente, em 1943, o médico vienense Hans Asperger publicou sua tese de livre docência, na qual descreve a Psicopatia Autística Infantil (DIAS, 2015).

A psicopatia descrita por Asperger era caracterizada pela dificuldade de integração social, mas diferentemente das crianças de Kanner, com um nível satisfatório de inteligência e linguagem. O objetivo do médico era reforçar as reivindicações de um tratamento educativo apropriado para seres humanos com necessidades específicas. Seu trabalho infelizmente ficou restrito à língua alemã por muito tempo, provavelmente devido à Segunda Guerra Mundial, e foi traduzido para o russo e para o inglês somente em 1975 (DIAS, 2015).

No início da década de 1990, a psiquiatra inglesa Lorna Wing foi responsável pela articulação dos trabalhos de Asperger e Kanner, e concluiu que suas descrições eram variedades da mesma entidade, graus de duas extremidades de uma patologia que poderia ser descrita pela tríade: déficit em comunicação ou linguagem; déficit em interação social e déficit em pensamento e imaginação (DIAS, 2015).

Quanto aos manuais psiquiátricos, o autismo foi incluído em 1968 no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais<sup>1</sup> (DSM-II) na categoria de esquizofrenia de início da infância, mas a partir da década de 1980 foi retirado da classificação das psicoses e incluído no DSM-III como distúrbio invasivo do desenvolvimento (DIAS, 2015). Já no DSM-IV, em 1994, o autismo passou a ser considerado parte dos distúrbios globais do desenvolvimento, juntamente com outros como a Síndrome de Asperger e a Síndrome de Rett (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2005) e esta foi a classificação que durou mais tempo até então.

Denominado Transtorno Autista, o autismo era descrito no DSM-IV pela tríade: a) prejuízos na área de interação social; b) dificuldades associadas à comunicação; c) frequente apresentação de padrões restritos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades, além da possibilidade de transtornos associados, como a deficiência intelectual. Já a Síndrome de Asperger era descrita como um transtorno semelhante que incluía a apresentação de repertórios de interesses e atividades restritos, estereotipados e repetitivos, mas diferenciava-se pela ausência de deficiência de linguagem ou cognitiva (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2005).

Tanto o Transtorno Autista quanto o Autismo de Alto Funcionamento, o Autismo Atípico, o Transtorno Desintegrativo da Infância e a Síndrome de Asperger tinham características tão similares que começou a ser elaborada uma maneira de

---

<sup>1</sup> O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), publicado pela Associação Americana de Psiquiatria, lista transtornos denominados mentais e seus critérios diagnósticos.

abordar todos eles de forma ampla, por isso surgiu a nomenclatura Transtorno do Espectro Autista (TEA). O TEA foi incorporado à versão mais recente do DSM substituindo todos estes nomes e vem sendo utilizado pela comunidade médica e acadêmica (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O diagnóstico atual do TEA, portanto, é estabelecido a partir de dois aspectos centrais: a) déficits persistentes na comunicação e na interação social em múltiplos contextos, como dificuldade para iniciar ou responder a interações sociais; déficits nos comportamentos comunicativos não verbais usados para interação social; problemas para desenvolver, manter e compreender relacionamentos; b) padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, exemplificados por movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos; insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento; hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

No entanto, para serem caracterizados como transtorno, deve ser observado se esses sintomas prejudicam o funcionamento social, profissional ou de outras áreas importantes da vida da pessoa no momento presente (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Uma peculiaridade importante do TEA é que os indivíduos manifestam os sintomas de maneiras radicalmente diferentes entre si (LAMPREIA, 2008), e para organizar seus diagnósticos, há três níveis possíveis: exigindo apoio muito substancial; exigindo apoio substancial ou exigindo apoio (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O diagnóstico é obtido pela observação clínica associada ao relato da história de vida oferecida pelos pais ou responsáveis. As origens e etimologia do TEA ainda não são consenso na literatura. Camargos Jr. (2013a) salienta que no momento de análise

diagnóstica é importante observar aspectos individuais como condições de desenvolvimento, história familiar, genética, gestacional e de parto. O profissional responsável é usualmente um médico psiquiatra, pediatra ou neurologista, embora o ideal seja uma equipe de saúde complexa auxiliando no processo. Dados do DSM-V ressaltam que o TEA é diagnosticado quatro vezes mais frequentemente no sexo masculino que no feminino (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Os números de prevalência na população ainda são incipientes devido às mudanças constantes dos critérios diagnósticos e à possibilidade de adultos não diagnosticados. Ainda assim, pesquisas recentes do Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDCP) norte-americano indicam que a prevalência de crianças com TEA na população é de aproximadamente uma a cada cinquenta. Dados publicados pela Organização das Nações Unidas consideram a possibilidade de existência de, em média, 70 milhões de pessoas com TEA no mundo (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2013; ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2010).

Esse aumento no número de pessoas diagnosticadas tem sido popularmente denominado de “epidemia de autismo”. Segundo Rios et al. (2015), o aumento vertiginoso no número de casos, em um curto período de tempo, pode ser atribuído a diversos fatores. O primeiro deles seria as mudanças de critérios diagnósticos de modo que a psiquiatria passou a descrever e classificar uma série de comportamentos que a população já apresentava anteriormente, o que fez expandir as classificações sob esse nome. Em seguida, pode-se dizer que há influência das mudanças na rede de cuidados dessa população, com profissionais mais formados para identificação e visibilidade do TEA, bem como alterações em diagnósticos alternativos como o “retardo mental”, incluindo no transtorno pessoas que antes eram classificadas em outras deficiências. Eyal (2010) sintetiza essas ideias ao afirmar que “não foi a epidemia que fez o autismo

visível, mas a visibilidade do autismo que fez a epidemia” (EYAL, 2010, p. 2). De qualquer forma, são números que necessitam de atenção e investimentos.

O foco do presente estudo foi em pessoas diagnosticadas com Síndrome de Asperger (SA), atualmente referida como Transtorno do Espectro Autista (TEA). Por não haver consenso na literatura sobre as nomenclaturas, optou-se pela criação do termo “TEA/SA” e por seu uso ao longo do texto quando referente a essa condição específica – Transtorno do Espectro Autista na variação antigamente denominada Síndrome de Asperger. A sigla TEA foi incorporada devido à concordância quanto à concepção de espectro incluída no DSM-V e a SA foi mantida porque era o nome ainda utilizado pelo público-alvo do estudo, diagnosticado antes das mudanças nos manuais psiquiátricos. No caso da citação de pesquisas cujos participantes fossem incluídos em outros níveis do espectro, utilizou-se ao longo do texto somente a sigla “TEA”.

### **1.1.2 Características específicas do TEA/SA**

Dentre as inúmeras pesquisas e publicações que descrevem as características do TEA/SA, é fundamental que haja espaço para aquelas realizadas por autores que vivenciam o transtorno da maneira mais próxima possível: enquanto diagnosticados. Camargos Jr. (2013a) lembra que Mary Temple Grandin<sup>2</sup>, uma das principais referências a falar sobre TEA/SA a partir dessa perspectiva, descreveu que seu pensamento e raciocínio ocorriam por imagens, como em revistas em quadrinhos, resultando, por exemplo, na dificuldade para compreender algumas palavras.

---

<sup>2</sup> Mary Temple Grandin, nascida nos EUA em 1947, bacharel em Psicologia, mestre e Ph.D em Zootecnia foi diagnosticada ainda jovem com Síndrome de Asperger e ficou famosa especialmente pela criação da “máquina do abraço” para pressioná-la e acalmá-la durante ataques de pânico. Ela utilizou a mesma técnica em uma construção para animais bovinos e tornou-se muito bem sucedida no ramo do manejo pecuário. Produz artigos, livros e entrevistas sobre TEA/SA, tem uma auto-biografia publicada, um filme baseado em sua história e um site para divulgação de seus trabalhos bem como para contato com pessoas diagnosticadas e seus familiares (<http://www.templegrandin.com>).

Segar (2008), também incluído no TEA/SA, ressaltou que a principal característica do transtorno é a questão do convívio social, pois as pessoas típicas conseguem compreender ironias, expressões faciais e linguagem corporal, interpretam a emoção das outras, contudo ele não, dificultando a convivência em grupo. Sua inabilidade em expressar os próprios sentimentos e opiniões, e em como interpretar o que era ou não bem aceito socialmente, fez, segundo ele, com que, muitas vezes, parecesse grosseiro, e para diminuir estes prejuízos, o autor ressaltou a necessidade de investimentos no aprendizado sobre interação social de maneira mais clara e lógica, como em matemática, ao invés de ensinar de forma intuitiva.

Outro ponto importante tocado por Segar (2008) é que devido ao fato de não conseguir enganar e mentir ou identificar isso nas outras pessoas, ele era muito inocente e tinha pouca malícia. Os conflitos ficavam mais difíceis de resolver por conta da menor habilidade em compreender o ponto de vista alheio, e a pouca noção de como confortar alguém em situações difíceis passava más impressões. Muitas vezes, ele também não conseguia reconhecer quando estava sendo enfadonho e, por ser menos afetado pelas pressões dos pares, podia prezar mais pelo conforto que pela aparência, especialmente com relação às vestimentas e higiene.

Cita-se também uma necessidade de corrigir erros, mesmo quando cometidos por autoridades que poderia fazê-lo parecer ofensivo. Sintetizando estas ideias, Segar (2008) comentou ser comum que a pessoa com TEA/SA seja considerada egoísta, insensível ou egocêntrica, todavia essas críticas são injustas, já que há neurologicamente menor capacidade de compreensão das emoções alheias.

Camargos Jr. (2013c) descreveu características do repertório dessas pessoas: o olhar nos olhos pouco frequente; a interação social de menor qualidade; a presença de “amigos-âncora”, ou seja, a criança brincar somente com um ou dois amigos e quando

esses estão ausentes, ficar sozinha; dificuldades para interação social intensas. Seu comportamento verbal costuma ser fluente e as argumentações bastante racionais, transmitindo, dessa forma, a impressão de falar com um adulto ou idoso quando a pessoa ainda é uma criança. As conversas ocorrem, mais comumente, quando há necessidade de algo, quando o assunto é de seu interesse ou quando há obrigatoriedade de respostas - normalmente lacônicas e monossilábicas. Conversas sem objetivos comunicativos, ou bate-papos, parecem ser difíceis para esse grupo.

O autor citou que o uso de poucos gestos é uma particularidade marcante, bem como as maiores dificuldades escolares em português que em matemática; a falta de iniciativa e as habilidades “fantásticas”, como ótima memória visual ou boa localização espacial. Elas podem também ter déficits para lidar com o inesperado ou com novidades, apresentar estereotípias ou rituais e serem diagnosticadas com o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) do subtipo desatento em comorbidade com o TEA/SA (CAMARGOS JR., 2013c).

Sobre o desenvolvimento cognitivo, Brito, Neto e Amaral (2013) afirmaram que frequentemente essas pessoas alcançam pontuações médias ou acima da média no teste de QI e Camargos Jr. (2013c) ressaltou que ainda assim é comum que tirem notas insatisfatórias. Conforme explicou Segar (2008), na escola, podem ser considerados muito inteligentes, inclusive por ultrapassarem o desempenho dos colegas, porém existe uma grande desmotivação para fazer as tarefas propostas.

Socialmente, podem ser prejudicados por sua hiper-sinceridade (CAMARGOS JR., 2013c). Brito, Neto e Amaral (2013) explicam que pode ser frequente o isolamento social, mas que não necessariamente com inibição perto de outras pessoas, tipicamente ocorrem aproximações de formas inapropriadas ou excêntricas.

Um aspecto essencial descrito por Klin (2006) é o acúmulo de grande quantidade de informações sobre um tópico, que pode se alterar de tempos em tempos. Na maior parte das vezes, grandes quantidades de informações são aprendidas sobre assuntos muito circunscritos como cobras, nomes de estrelas, guias de programação da TV ou informações sobre o tempo, sem uma genuína compreensão dos fenômenos mais amplos envolvidos. Segar (2008) considerou que há casos, nos quais os interesses duram a vida toda e outros, nos quais vão se alterando e que a boa memória fica evidente quando falam sobre esses temas.

Com relação ao desempenho motor, Klin (2006) pontuou que o histórico de habilidades dessas pessoas pode ser atrasado, frequentemente têm dificuldade e/ou demoram a aprender a andar de bicicleta, jogar bola ou brincar no parquinho. Eles podem ser considerados “desajeitados” e exibirem padrões de andar incomuns, como arqueado. O autor pediu atenção para o potencial de desenvolvimento de ansiedade e depressão dessas pessoas, especialmente na adolescência e no início da vida adulta. Brito, Neto e Amaral (2013) recomendaram que a criança deve saber de seu diagnóstico para evitar comparações e cobranças como um fator de proteção.

Acerca de prognósticos, há dificuldades para fazer previsões devido à imensa variabilidade de manifestações e características do TEA/SA, por isso estudos como o de Brito, Neto e Amaral (2013) indicam que o curso de vida depende muito das condições de desenvolvimento propiciadas. Se bem acompanhadas, muitas dessas pessoas podem frequentar escolas regulares e desenvolver habilidades cotidianas importantes, entretanto tudo isso depende também de como a inclusão foi promovida ao longo de suas vidas.

## **1.2 A inclusão na atualidade**

A relação estabelecida entre a sociedade e as pessoas com deficiência sofreu alterações importantes ao longo da história, e, ainda hoje, constitui um processo em movimento. Aranha (2001) cita épocas na Idade Antiga e Idade Média, nas quais as pessoas com deficiências eram demonizadas e torturadas, e outras, nas quais eram internadas em instituições, ficando completamente segregadas da comunidade. O percurso entre essa institucionalização e o início de um processo inclusivo mais humanizado foi longo e marcado por avanços e retrocessos.

Com relação a dados da história recente, Omote (1999) pontuou que a década de 1950 foi caracterizada por práticas do movimento de “normalização”. O principal pressuposto deste movimento era de que as pessoas com deficiência deveriam ter acesso a condições de vida o mais próximo possível de pessoas comuns. As práticas resultantes desse conjunto de ideias, denominadas “integração”, foram compostas por ações como a inserção em salas de aula regulares ainda despreparadas. Desta forma, ao longo da década de 1970 e 1980, as discussões voltaram a se intensificar a partir da constatação de que, apesar de novas propostas, a segregação continuava presente.

Aranha (2001) também comenta sobre este momento histórico denominando-o “Paradigma de Serviços” e aponta que essas ações localizavam no indivíduo as mudanças necessárias. Era imprescindível, portanto, rever o papel da sociedade enquanto meio, que em interação com o indivíduo, também fazia parte da constituição de sua deficiência. Deu-se início, gradativamente, a um novo movimento chamado “Paradigma de Suporte”, segundo o qual o foco de intervenções deveria ser ampliado para a promoção do acesso às pessoas com deficiência aos direitos, espaços e recursos da comunidade. Os suportes necessários para que esse acesso fosse facilitado poderiam ser de diferentes tipos: econômicos, sociais, instrumentais, arquitetônicos etc.

Tem-se, portanto, um modelo inclusivo no qual as intervenções seriam voltadas tanto para a esfera social quanto para o desenvolvimento do indivíduo em si. Embora o “Paradigma de Suporte” - ou a inclusão - seja almejado como possibilidade para melhorar a vida das pessoas com deficiência, temos, ainda hoje, obstáculos práticos e atitudinais que dificultam a sua implementação.

A mudança de olhar do Paradigma de Serviços para o Paradigma de Suportes, ou da Normalização/Integração para a Inclusão, parece ocorrer especialmente a partir da constatação de que a deficiência é também um fenômeno social. O conceito de deficiência sofreu alterações inúmeras ao longo da história, mas o atualmente adotado pela lei brasileira e proposto na Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência de Nova York em 2007 representa bem esse novo olhar:

[pessoa com deficiência é] aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2016).

Embora esse movimento inclusivo tenha raízes na década de 1980, ainda há muito por ser conquistado. Devido às negligências e segregações nos diversos espaços sociais, fez-se necessário a criação de uma lei específica para pessoas com deficiência. A Lei Brasileira de Inclusão, aprovada no ano de 2015, entrou em vigor em janeiro de 2016 e também incluiu como definição de pessoa com deficiência a anteriormente citada. A avaliação para estabelecimento de deficiência deve ser, segundo a lei, biopsicossocial e considerar: os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo; os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais; a limitação no desempenho de atividades e a restrição de participação (BRASIL, 2015).

A partir do conceito sobre a caracterização da pessoa com deficiência, é possível concluir que aquelas com TEA seriam contempladas, já que os déficits em comunicação social e interesses ou comportamentos restritos dificultam sua inclusão escolar, sua

autonomia na vida adulta, inclusão no mercado de trabalho etc. Há, ainda, uma reafirmação na lei brasileira n. 12764/2012, segundo a qual “A pessoa com transtorno do espectro autista é considerada pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais” (BRASIL, 2012) sendo necessário oferecer a ela, assim como aos outros abarcados na definição, os instrumentos necessários para sua inclusão social.

Exemplificando um dos obstáculos encontrados pelas famílias de pessoas com deficiência, pode-se citar o espaço escolar. O modelo pedagógico vigente, em grande parte das escolas brasileiras, é baseado nas seriações e na divisão de disciplinas, salas de ensino coletivo e currículos generalizados. Desta forma, as características e necessidades individuais não são levadas em consideração e prejuízos escolares começam a se desenvolver não somente para alunos com deficiências, mas também para quaisquer outras diferenças distantes do padrão desejado, como um ritmo mais lento de trabalho. Por isso, uma escola que adote os preceitos do Paradigma de Suporte/Inclusão requer inovações curriculares e pedagógicas, porque ensinar todos os alunos tem a ver com atender suas diferenças e adotar práticas baseadas nelas (MOREIRA, 2007).

Para Miskolci (2010) os indivíduos não são “estranhos” em si mesmos, são nomeados pelos outros como o sendo, e marcar uma pessoa é estar em defesa da manutenção violenta de normas sociais. Segundo Vencato (2014), o processo de socialização, que ocorre desde o nascimento até a morte, promove formação da identidade e da diferença, o aprendizado sobre valores e experiências culturais e a incorporação das normas sociais. Portanto, para realizar um debate sobre diferenças, é necessário reconhecer que elas são produzidas nas interações dos indivíduos com a vida social, na identificação com os modelos e práticas ou rejeição das mesmas.

Nesse sentido, as mudanças devem ocorrer não somente nas práticas cotidianas, mas também nos paradigmas culturais. Como dizem Omote et al. (2005):

[...] é preciso consolidar uma prática social que encoraje toda a comunidade escolar, incluindo os alunos e suas famílias, a rever suas velhas crenças e comportamentos em relação a alunos e professores, ao ensino e aprendizagem, às funções da escola e a outras questões da vida escolar comunitária. É necessário, acima de tudo, construir uma cultura inclusiva no interior das nossas escolas e comunidades em geral (OMOTE et al., 2005).

Camargos Jr. (2013c) exemplificou algumas dessas adaptações cotidianas comumente necessárias para alunos com TEA/SA e citou o uso de textos que contenham a matéria da aula para ler em casa devido à dificuldade em prestar atenção no momento escolar. Camargos Jr. e Teixeira (2013) falaram sobre a importância de investir no ensino de habilidades que pareçam bastante naturais para crianças neurotípicas, como o caso de regras sociais implícitas e habilidades sociais.

Embora a realidade escolar brasileira seja marcada por déficits diversos e a inclusão ainda esteja brotando em grande parte das escolas, Nunes, Azevedo e Schimidt (2013) expuseram que a presença de alunos diagnosticados com TEA, em salas de aula regulares, aumentou significativamente nos últimos anos, especialmente após a queda do número de escolas especiais. Os autores investigaram os discursos de professores e familiares e identificaram desconfiças com relação ao quanto conseguiriam fazer na prática sobre a inclusão. Muitos profissionais relataram desconhecimento sobre o TEA e sobre práticas pedagógicas adaptadas, todavia possibilidades interessantes e promissoras despontam atualmente como o uso de tecnologias assistivas, adaptações curriculares, Planos de Ensino Individualizado (PEI) e relatórios de avaliação.

Os dados encontrados por Pucetti (2013) corroboram com a afirmação de que grande parte das crianças e adolescentes diagnosticados com TEA têm frequentado escolas de ensino regular, mas é dada ênfase para o fato de que isso não significa que a instituição esteja preparada para de fato incluí-las e promover o aprendizado delas. É necessário ainda investir na formação dos educadores e em intervenções com a escola como um todo. As mães participantes da pesquisa de Smeha e Cezar (2011), por

exemplo, citaram que um dos principais contextos nos quais o preconceito ocorria era no momento de procurar uma escola para seu filho com TEA, pois a negação de matrícula e outros obstáculos encontrados traziam desconforto e sofrimento.

Com relação aos tratamentos, a escassez de investimentos nos serviços públicos de saúde e educação resulta na insuficiência de apoio às pessoas com TEA/SA e suas famílias, sendo que, em algumas regiões do país, os suportes ainda são inexistentes. Camargos Jr. (2013b) lembra que a maioria das pessoas diagnosticadas com TEA precisa de múltiplos tratamentos para que seu desenvolvimento seja positivo, e que essa ausência pode prejudicar seus potenciais.

Camargos Jr. (2013c) relata também que para a população com TEA/SA os tratamentos mais comuns são a psicoterapia, o treinamento de pais, as intervenções inclusivas nas escolas, a fonoterapia, a terapia ocupacional e psicofarmacologia. A Risperidona vem sendo a medicação mais comumente administrada para atuar nos distúrbios de pensamento e inflexibilidade, e os psicoestimulantes receitados para a desatenção, impulsividade e inquietação motora.

Embora existam serviços de apoio em alguns locais, oferecidos especialmente por instituições especializadas, a maior responsabilidade pelos cuidados e desenvolvimento das pessoas com TEA/SA é da família. Smeha e Cezar (2011) obtiveram em seu estudo relatos de mães em que contaram que os cuidados de seus filhos diagnosticados eram a prioridade de suas rotinas, que lhes parecia árdua, cansativa e difícil. O investimento na carreira foi marginalizado, assim como algumas relações sociais e afetivas, e as redes de apoio eram indicadas como importantes para que pudessem vivenciar melhor essa maternidade - suas famílias foram apontadas como a principal fonte de ajuda nas adversidades que surgiam em decorrência dos filhos.

Essas mães afirmaram também que os profissionais envolvidos nos tratamentos trabalhavam de forma isolada, não multidisciplinar. Ao longo do desenvolvimento e com as melhoras progressivas dos filhos a partir dos tratamentos, algumas mães disseram conseguir planejar a retomada da vida profissional e de aspectos da vida pessoal, mas outras vislumbraram cuidar exclusivamente dos filhos pelo resto de suas vidas (SMEHEZA; CEZAR, 2011).

Segundo Andrade e Teodoro (2013), as famílias sentiam dificuldades e desafios com relação à educação especial, às necessidades médicas, aos recursos necessários e ao planejamento financeiro. Ter um filho com TEA pode alterar diversos aspectos familiares, como as atividades cotidianas, o estresse conjugal, os passeios e as férias. Camargos Jr. (2013a) observou que vários tipos de condutas podiam ser encontrados nos familiares, desde a inserção total e extensão do tratamento para casa, até a negação ou contradição com relação às programações terapêuticas.

É comum também que um dos pais se sinta mais responsável pelo acompanhamento do filho em tratamentos. Intervenções dirigidas somente ao indivíduo podem ser ineficazes e é necessário envolver o entorno destas pessoas, o que significa dar atenção às necessidades familiares (CAMARGOS JR., 2013a). Para potencializar a participação da família no processo inclusivo, é necessário identificar os estressores presentes e auxiliá-los neste sentido (ANDRADE; TEODORO, 2013).

Dentre as ações voltadas para atenção aos familiares, pode-se citar o caso de Mary e Jerry Newport, um casal norte-americano que escreveu um guia para pais e jovens com a intenção de oferecer informações a partir de uma perspectiva mais acurada, já que ambos foram diagnosticados com TEA/SA (NEWPORT; NEWPORT, 2002). Esse tipo de material é muito interessante para que as pessoas envolvidas no

processo de inclusão consigam compreender melhor como é e como se sente uma pessoa diagnosticada.

Eles comentaram, por exemplo, que para muitos pais e professores era cômodo e mais fácil deixar a criança e o adolescente em seus próprios mundos, porém que essa bolha de super-estimulação, na qual eles viviam, poderia impedir alguns aspectos do desenvolvimento deles. O encorajamento de atividade social trazendo amigos para brincar em casa, por exemplo, poderia ser muito interessante, desde com mediação: não existiria uma “osmose” na educação social. Os pais precisavam, em suas opiniões, encontrar *hobbies* e interesses da criança, o que poderia significar sentar-se com elas e conversar sobre desenhos, dinossauros e o que mais elas quisessem e, nessa relação, ensinar a compreensão de habilidades sociais e propor modelos de comportamento (NEWPORT; NEWPORT, 2002).

Com relação à adolescência, os autores afirmaram ser necessário que as famílias ficassem atentas à verificação de como o adolescente se sentia e auxiliá-lo na melhora de sua autoestima. Seria importante ajudá-lo encontrar grupos de interesse, como música, fotografia, arte, jogos, bandas, e fazer exercícios, pois isso os auxiliaria a lidar com múltiplos estímulos, ficar mais seguros e focados (NEWPORT; NEWPORT, 2002).

É necessário refletir também sobre como são as vivências de familiares de pessoas com TEA/SA. Andrade e Teodoro (2013) indicaram que familiares de crianças diagnosticadas com TEA tiveram piores resultados em testes de saúde, como níveis de estresse mais altos, e as mães possuíam níveis de ansiedade maiores que os pais. As famílias apresentavam variados tipos de enfrentamento: evitação ativa; religiosidade passiva; negação; aquisição de suporte social; enfrentamento emocional. Em geral, foi relacionada às mães a maior responsabilidade pelo cuidado dos filhos.

Smeha e Cezar (2011) investigaram a vivência de maternidade das mães de crianças com TEA e concluíram:

[...] as mães de crianças com autismo dedicam a vida aos cuidados com o filho, não encontrando tempo para exercer outra atividade, e que a vivência da maternidade é uma experiência difícil, já que envolve uma sobrecarga de responsabilidades para estas mulheres. [...] A qualidade do suporte advindo das redes de apoio torna a vivência da maternidade uma experiência menos sofrida, e quanto mais eficaz for o auxílio a estas mulheres, mais confiantes elas ficarão quanto aos cuidados com o filho autista. Salienta-se ainda que a ajuda, tanto emocional como financeira, recebida da família nuclear e ampliada, constitui a rede de apoio mais eficaz para estas mães (SMEHA; CEZAR, 2011, p.49).

Aylaz, Yilmaz e Plat (2012) realizaram uma pesquisa na Turquia com a intenção de investigar como os familiares experienciavam ter filhos com TEA e as influências disso em seus relacionamentos por meio de uma entrevista semiestruturada com os pais de 12 crianças autistas. Eles concluíram que havia dificuldades nas esferas econômica e social, no enfrentamento de comportamentos problemáticos e suas vidas sexuais, e que a maior parte das responsabilidades sobre os filhos também era das mães.

Percebe-se, portanto, que os desafios com relação à criação de filhos com TEA são inúmeros, e dentre eles, localiza-se a questão da independência, que pode ser delicada, porque envolve assuntos como a sexualidade, o trabalho e a realização de tarefas autônomas. Para Amaral (2009) muitos pais têm dificuldades em reconhecer a adolescência dos filhos com TEA e isso pode resultar, por exemplo, na falta de atenção à sua saúde sexual ou na perpetuação de conhecimentos baseados em mitos e crenças que prejudicarão seu desenvolvimento. Desta forma, embora representem um tabu social e necessitem de apoio intensivo para lidar com o assunto, é necessário tecer discussões acerca da sexualidade e da educação sexual dessas pessoas.

### **1.3 Sexualidade e educação sexual**

Figueiró (2006) descreveu a sexualidade como uma dimensão que inclui o sexo, a afetividade, o carinho, o prazer, o amor, os valores e normas morais que cada cultura

elabora sobre o comportamento sexual. Newport e Newport (2002) citaram também a identidade, a autoestima, a imagem corporal e consciência, o desenvolvimento emocional e o comportamento social, assim como envolvimento em expressões físicas de amor, afeição e desejo. Para Miskolci (2010), sexualidade

[...] se refere às elaborações culturais sobre os prazeres e os intercâmbios sociais e corporais que compreendem desde o erotismo, o desejo e o afeto até o exercício do poder na sociedade. As definições atuais de sexualidade abarcam significados, ideais, desejos, sensações, emoções, experiências, condutas, proibições, modelos e fantasias que são configuradas de modos diversos em diferentes contextos sociais e períodos históricos (MISKOLCI, 2010, p. 98).

Parte-se da premissa, portanto, de que a sexualidade deve ser vista como um conceito amplo e complexo que envolve aspectos biológicos, culturais e históricos a ser compreendida em sua dimensão biopsicossocial (MAIA, 2010; NATALE; OLIVEIRA, 2013), referindo-se não somente a atos sexuais, mas expandindo-se para maneira como as pessoas se relacionam, amam, desejam e organizam parte de suas vidas (MISKOLCI, 2010).

O aprendizado sobre a sexualidade, seja esse intencional, planejado e organizado com essa finalidade, como em programas de intervenção ou aulas e cursos, seja não-intencional, como os valores, regras e concepções que existem nos discursos familiares, religiosos, midiáticos etc, consiste no processo denominado educação sexual (WEREBE, 1981; MAIA, 2011).

Sobre a caracterização da educação sexual, Maia (2011) ponderou:

Todos os componentes da sexualidade humana, se a considerarmos no seu sentido amplo, englobando o genital, o emocional e o psicossocial, se constituem mediados pelas experiências interpessoais ao longo do nosso desenvolvimento. Dizendo de outro modo, nossa sexualidade é modelada em grande medida pelos padrões existentes na cultura numa determinada época, e tais padrões são aprendidos durante a socialização. [...] nem sempre são aprendidos de forma explícita e refletidos; na maior parte das vezes eles são subentendidos. Encontra-se em modos de falar, em gestos sutis e em condutas que não são problematizadas por fazerem parte do cotidiano, fazem parte do processo de educação intencional e não intencional que estamos expostos em toda a vida (MAIA, 2011, p. 32).

Percebe-se, dessa maneira, que a educação sexual se constitui como um processo contínuo, muitas vezes, irrefletido que educa sobre alguma dimensão da sexualidade. Para Werebe et al. (1981) esse processo pode ocorrer de duas maneiras: pela educação sexual informal, ou seja, por um processo global, não intencional, que conglera toda ação exercida sobre o indivíduo no seu cotidiano, desde o nascimento, com repercussão direta ou indireta sobre sua vida sexual; ou pela educação formal, que seria deliberada, institucionalizada, feita dentro ou fora da escola.

Além disso, a educação sexual pode advir de informações, regras e valores morais, meios de comunicação de massas, experiências pessoais relacionadas ao desejo, etc. (MAIA, 2010). Sendo assim, o ser humano é educado para a sexualidade em diferentes ambientes dos quais faz parte, e por meio de diversas estratégias. Essa educação sexual informa valores e condutas de acordo com seu tempo histórico e isso significa que ela vai se alterar continuamente.

Ribeiro (2004) analisou dados históricos brasileiros e identificou diferentes momentos da educação sexual. No Brasil-Colônia, por exemplo, o primeiro período da educação sexual foi marcado, no caso dos homens brancos, pelo encorajamento a ter relações com as escravas e, no caso das mulheres brancas, pelo incentivo do comportamento submisso reservado ao casamento – tudo regulado por regras da Igreja. Com a urbanização do século XIX iniciou-se um segundo momento, no qual o discurso médico se consolidou substituindo o religioso e a sexualidade passou a ser assunto da saúde, o que incluiu preocupações maiores com doenças e taxas de natalidade, exames e observações.

O terceiro momento foi caracterizado pelo início do século XX com o surgimento da sexologia enquanto campo de estudo produtor de materiais médicos, religiosos e educacionais sobre sexualidade. Na década de 1960, com as mudanças

políticas e culturais intensas, grandes cidades como Rio de Janeiro e São Paulo começaram a introduzir a sexualidade nos currículos escolares, no entanto isso foi interrompido pelo regime militar. Em 1978 houve a abertura política e os projetos foram retomados. Houve, com essa ação início ao quinto momento, quando órgãos públicos começaram a articular algumas ações para regular a educação sexual nas escolas.

Em 1996 a Lei de Diretrizes e Bases foi aprovada estabelecendo os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) como norte para a educação sexual, evidenciando a necessidade de tratar sobre o assunto no cotidiano escolar. Embora ainda hoje os PCN representem documentos importantes para a educação brasileira, o fato de indicarem a educação sexual como tema transversal, infelizmente não garante por si só a inserção na prática cotidiana dos educadores – assim como não assegura que, caso o assunto seja tratado, isso seja feito de maneira adequada e laica.

O modo como a educação sexual deve ser promovida não é consenso entre os educadores, mas Nunes e Silva (2006) apresentaram uma proposta interessante de educação sexual emancipatória, um modelo de intervenção voltado para a compreensão plena, integral, histórica, ética e estética das potencialidades sexuais. O objetivo seria construir saberes, habilidades e atitudes voltadas à emancipação e à libertação humana, possibilitando a ampliação de horizontes para a realização plena, e mostrando as potencialidades do sexo para além da reprodução humana, não reduzindo a sexualidade às genitálias (BONFIM, 2009). Entretanto, estudos indicaram que as propostas de educação sexual intencionais na escola são escassas ou ainda restritas aos aspectos biológicos da sexualidade (FIGUEIRÓ, 2006; NUNES; SILVA, 2006).

A quem deve ser atribuída a responsabilidade pela promoção da educação sexual das pessoas, também é uma questão em discussão, mas Boarini (2004) considera:

Ao se entender que a sexualidade não é apenas um estado de natureza, pois, além do aspecto biológico, outras questões contribuem para esta construção, tais como a identidade de gênero e a orientação sexual; ao se entender que

neste processo os valores e costumes são definidos *a priori* pela cultura em que se vive, evidencia-se que no desenrolar deste processo todos os adultos são modelos para o adolescente. Neste sentido, não há razão para atribuir apenas à família ou à escola ou a profissionais autônomos (médicos, psicólogos, etc.) a responsabilidade desta tarefa (BOARINI, 2004, p. 195).

Além da educação sexual mediada por adultos, como professores, familiares e profissionais da saúde, o processo de aprendizado também pode ocorrer no contato com a internet, televisão, revistas, vídeos, conversas informais com colegas, fóruns *online* etc. Boarini (2004) afirmou que, embora exista a impressão de que as informações são intermináveis e disponíveis, o acesso a elas não significa necessariamente uma formação adequada quanto à sexualidade, um saber maior. Pode haver a tentação de concluir que a juventude está suficientemente esclarecida, já que os meios de comunicação fornecem liberdade, mas os dados de conhecimentos insuficientes, elevadas taxas de gravidezes na adolescência e mortes por abortos ilegais, além de infecção pelo vírus HIV e aumento de estupros, deram sentido à hipótese de que essa conclusão seria equivocada.

Se com relação aos alunos sem deficiência é possível dizer que a educação sexual continua insatisfatória, com os alunos com deficiência, sobre os quais há inúmeras crenças e mitos acerca da sexualidade, esse processo fica ainda mais defasado. A partir do relato de educadoras no ambiente escolar, Vieira e Maia (2013) identificaram concepções de que os alunos com deficiência seriam sexualmente exacerbados; precocemente desenvolvidos e que sua educação sexual deveria ser realizada pelas instituições de educação especial ou tratamentos alternativos. Em outros contextos, como na família, os mitos e crenças acerca da sexualidade também são observados (MAIA; RIBEIRO, 2010) e essa desconstrução é necessária para a promoção de uma sexualidade libertária para as pessoas com deficiência.

#### **1.4 A sexualidade de pessoas com deficiência e de pessoas com TEA/SA**

### 1.4.1 A sexualidade de pessoas com deficiência

Pesquisas brasileiras focadas no estudo da relação entre sexualidade e deficiências têm sido realizadas há algum tempo (BEZERRA; PAGLIUCA, 2010; FRANÇA-RIBEIRO, 2001; FRÓES, 2000, MAIA, 2001; MAIA; RIBEIRO, 2010). Uma questão de concordância em grande parte delas é que para discutir essa relação, deve-se pensar a visão sobre as pessoas com deficiência na sociedade. Para Maia (2009b) falar sobre este assunto envolve

[...] um duplo tabu, numa área em que o preconceito é muito comum e se manifesta, por exemplo, na generalização das incapacidades e limites existentes ao longo do desenvolvimento das pessoas com deficiência para a dimensão afetiva e sexual inerente a todo ser humano (MAIA, 2009b, p.141).

O espaço comumente atribuído às pessoas com deficiência é o da infantilização, do foco em suas limitações e dependências, do destaque às características da deficiência em detrimento de aspectos pessoais individuais ou da fase do desenvolvimento. Como consequência, é frequente que esse assunto seja pouco discutido ou que, quando em pauta, esteja envolvido por mitos e preconceitos (FRANÇA-RIBEIRO, 2004). Dantas, Silva e Carvalho (2014) também consideraram que a frequente associação dessas pessoas ao rótulo incapacitante, resultaria na invisibilidade de sua sexualidade. Segundo Maia e Ribeiro (2010)

Conhecer e esclarecer os mitos e ideias errôneas sobre sexualidade de pessoas com deficiências é uma tarefa importante porque essas crenças podem afetar a todos, quando por meio delas se incentivam as relações de discriminação e de dominação que podem ocorrer entre não-deficientes sobre os deficientes, entre homens com deficiência sobre as mulheres com deficiência, entre pessoas com deficiências menos comprometedoras sobre as que têm maior comprometimento etc. (MAIA; RIBEIRO, 2010, p.163).

França-Ribeiro (2004) identificou nos discursos cotidianos a crença de que “libertar” essas pessoas por meio da educação sexual era desnecessário, pois seriam assexuadas e isso as lançaria em práticas compulsivas sem controle. Maia e Ribeiro (2010) mencionaram os seguintes mitos frequentemente encontrados no senso comum:

1) pessoas com deficiência seriam assexuadas, não teriam sentimentos, pensamentos e necessidades sexuais; 2) elas seriam hiper-sexuadas, seus desejos incontrolláveis e exacerbados, sendo a expressão sexual explícita uma perversão; 3) pouco atraentes, indesejáveis e incapazes de conquistar um parceiro e manter um vínculo estável de relacionamento amoroso e sexual; 4) pessoas com deficiência não conseguiriam usufruir o sexo normal, que seria espontâneo e envolveria a penetração seguida de orgasmo por isso teriam disfunções sexuais e 5) sua reprodução seria sempre problemática porque estéreis ou gerariam filhos com deficiência e/ou não teriam condições de cuidar deles.

Para os autores, ainda, estes mitos e crenças apareceram generalizados nos discursos de familiares e da comunidade atribuindo à sexualidade dessas pessoas sempre a característica atípica ou infeliz, partindo de estereótipos de limitação e incapacidade. A impressão que se tem, é que existe somente uma maneira de vivenciar a sexualidade e obter satisfação, e essa desconsidera que suas expressões são variadas e múltiplas tanto para pessoas com deficiência quanto para pessoas sem deficiência, e que facilidades e dificuldades ocorrem em maior ou menor grau ao longo da vida de todos. Percebe-se, portanto, que o insistente discurso da normalidade constrói uma ideia de sexualidade feliz atribuindo desvantagem às pessoas com deficiência devido ao distanciamento do padrão incutido como desejável (MAIA; RIBEIRO, 2010).

Essa necessidade de categorizar as pessoas e compará-las remete à discussão sobre desvio e estigma. Segundo Omote (2008) as diferenças ou variabilidades são um fenômeno natural, mas a atribuição do caráter vantajoso ou desvantajoso é feita com relação ao contexto social:

Se uma característica permite ao seu portador enfrentar eficientemente alguma demanda do meio, torna-se vantajosa; se leva o portador a sucumbir a alguma demanda do meio, torna-se desvantajosa; e muitas qualidades podem, num dado momento de interação do indivíduo com o meio, não ter nenhum sentido de vantagem ou desvantagem (OMOTE, 2008, p. 288).

As valorações atribuídas às diferenças variaram imensamente ao longo da história e estão relacionadas ao contexto social. As qualidades não têm inerentemente o valor de desvio, mesmo distanciando-se dos valores médios considerados normais. Esse valor é atribuído dependendo de quem é o portador da característica, de quem está julgando-a e do contexto em que está inserida. O desvio seria, neste sentido, a colocação em evidência do caráter negativo de características de uma pessoa, utilizado como base para segregação. Estas características deixam de ser uma diferença que podem limitar o funcionamento do indivíduo e tornam-se uma diferença ofensiva que modifica o modo como a coletividade o trata (OMOTE, 2008).

Para Omote (2008), na construção destes desvios criam-se nomenclaturas e categorias que embasam os serviços especiais destinados a desviantes, sejam terapêuticos, educacionais ou assistenciais. Os manuais psiquiátricos que descrevem transtornos e sintomas podem ser vistos como um exemplo disso. Quanto a estas categorias, as diferenças entre pessoas inseridas em um mesmo grupo com relação a outros costuma ser exacerbada, enquanto as diferenças entre indivíduos deste mesmo grupo costumam ser negligenciadas. Há, ainda, a invisibilidade das semelhanças entre pessoas deste grupo com relação a grupos variados. Segundo o autor, o resultado disso é uma ilusão de homogeneidade dentro de uma categoria e de heterogeneidade entre categorias. Este tipo de ilusão pode embasar tratamentos indiferenciados para pessoas de uma mesma categoria, incentivando serviços especializados para cada uma delas.

Uma vez criadas as categorias específicas de desviantes [...] o tratamento especial, em termos de descrédito social e conseqüente incapacitação social, dado pela comunidade pode ser direcionado a seus alvos sem muita dificuldade. Do mesmo modo, as eventuais segregação e exclusão podem ser praticadas com a aparência de algo correto e justo. O resultado é a pessoa marcada socialmente como inferior. Essa mácula social que sinaliza a identidade social deteriorada da pessoa, com a qual se deve evitar contato mais próximo, especialmente em locais públicos, é o estigma (OMOTE, 2008, p. 293).

Na atualidade, estigma corresponde a uma marca social de inferioridade, um descrédito resultante de um julgamento da comunidade. Essa marca do estigma não é visível, é constituída do tratamento especializado dispensado ao estigmatizado, que pode aumentar a visibilidade de sua condição. A principal função do estigma é manter o controle social - ao passo que o homem é “naturalmente individual e ideologicamente coletivo” (OMOTE, 2008, p. 296), surge a necessidade de aperfeiçoamento da vida coletiva, de identificação de desvios e de tratamentos distintos que tornem visível seu estigma.

Segundo Omote (2008) uma sociedade necessita se tornar inclusiva porque ela é diversificada em sua constituição, mas desigual nos direitos e distribuição de riquezas. O autor esclarece que os estigmas são necessários no processo de construção de uma sociedade inclusiva para que a diversidade receba atenção, mas ao mesmo tempo colocar uma pessoa na categoria desviante e estigmatizá-la tem efeitos perversos sobre sua vida. A questão paradoxal é que a superação de desigualdades cria possibilidades para construção de novos desvios e estigmas.

Torna-se necessário, portanto, incluir as próprias pessoas “desviantes” no processo de conscientização deste processo social para que possam participar como sujeitos ativos e estabelecer como meta alcançar o desenvolvimento máximo das pessoas, dentro de suas potencialidades e limitações, em uma nova ordem na qual seus direitos sejam assegurados enquanto cidadãos (OMOTE, 2008).

Para Maia (2009a) os estigmas atribuídos às pessoas com deficiência dificultam significativamente seu acesso aos meios sociais de educação, socialização, lazer, cultura, e, muitas vezes, contribuem para a generalização de suas características e dificuldades reduzindo-os aos rótulos que definem suas deficiências. Essas reduções podem acontecer quando a limitação de um aspecto é estendida para vários ou por meio

da generalização das características do diagnóstico a todos incluídos na mesma classificação, como no caso de pessoas com TEA comparadas entre si pelo fato de estarem no espectro.

*Spread* (ou espalhamento) foi o termo usado por Wright (1964) para a tendência de tomar uma característica da pessoa e inferir outras a partir disso - como ao avistar uma pessoa com deficiência física, presumir que tivesse também déficits cognitivos ou instabilidades emocionais. A autora ressaltou que esse efeito de espalhamento ocorre não somente com relação à percepção alheia, mas também com a autoimagem, reafirmando a importância de trabalhar sua auto-percepção e a percepção social com relação a essas pessoas.

Este efeito de espalhamento pode ocorrer, por exemplo, com relação à sexualidade das pessoas com deficiência. Maia (2009b) comenta que o desenvolvimento sexual ocorre para todas as pessoas e em todas as fases da vida, por isso não faz sentido assumir, *a priori*, que a sexualidade de pessoas seja deficitária. Segundo a autora, alguns comportamentos considerados problemáticos, como a masturbação em público, estão provavelmente mais relacionados ao processo educativo do que à deficiência e suas características. Isso não significa a negação de que algumas condições possam apresentar modificações que influenciam a sexualidade. Pessoas com Síndrome de Down têm maiores possibilidades de transmissão da trissomia para seus filhos, por exemplo, e pessoas com Espinha Bífida podem ter problemas ortopédicos e urológicos (MOREIRA, 2007), mas de qualquer forma, a assunção de que isso impedirá as vivências de seus potenciais em sexualidade não corresponde, necessariamente, à realidade.

Para França-Ribeiro (2004) as influências da escola e da família no desenvolvimento da sexualidade são grandes, e professores e pais contribuem

imensamente na construção dos comportamentos das pessoas. Entretanto, devido ao frequente isolamento da população com deficiência, muitas pessoas não têm acesso a outros discursos sobre sexualidade para comparar com os dos pais ou professores, ficando, dessa forma, restritos às informações obtidas nesses dois meios. Maia et al. (2015) indicaram que educadores participantes de sua pesquisa relataram acreditar que poderiam contribuir para a educação sexual dos alunos, contudo precisariam de preparos pessoais e profissionais, apoio da família e também da escola. Ou seja, há dificuldades em se tratar desse assunto.

Moreira (2007) afirmou que para além da escola, seria necessário empenho da família na educação sexual, com acompanhamento de cada etapa do desenvolvimento, cautela com relação à superproteção, e atenção às necessidades de limites e orientações com firmeza e consistência. Sobre esse contexto familiar, França-Ribeiro (2004) comentou que, em geral, as pessoas com deficiências não seriam colocadas em um papel ativo com relação às suas decisões, e devido ao fato de outras pessoas fazerem isso por eles ou as monitorarem, esse comportamento seria menos exercitado.

Para Maia (2009a) a tradução do padrão “normal” de sexualidade na sociedade ocidental constituiria a heterossexualidade, o casamento maduro, o encontro com um par compatível em nível econômico e educacional, o respeito à moral etc. Essas regras de normalidade, leis e atitudes, regulariam o processo de repressão tanto no nível da proibição “não faça” quanto no nível da autorização “faça”. Assim, muitas vezes, a repressão não seria perceptível. Como disse Foucault (1999):

[...] a “colocação do sexo em discurso”, em vez de sofrer um processo de restrição, foi, ao contrário, submetida a um mecanismo de crescente incitação; que as técnicas de poder exercidas sobre o sexo não obedeceram a um princípio de seleção rigorosa, mas, ao contrário, de disseminação e implantação das sexualidades polimorfos (FOUCAULT, 1999, p.17).

A repressão é, portanto, frequentemente estabelecida por meio do discurso, o que faz sentido quando se pensa que a colocação da pessoa com deficiência no espaço

da infantilização e dependência é justificada, em muitas situações, pela proteção e pelos cuidados. A urgente necessidade de mudança de paradigmas para que as práticas educativas relativas a esta população sejam mais libertárias é evidente, e, pode se ancorar, por exemplo, nos respaldos legais acerca de sua sexualidade.

#### **1.4.2 Direitos sexuais para pessoas com deficiência**

A inserção da temática sexualidade em leis e diretrizes sobre pessoas com deficiência se deu por meio do avanço dos documentos referentes à inclusão como um todo. França-Ribeiro (2004) explica que a partir dos anos 1990 a discussão inclusiva ganhou força no Brasil, sendo composta principalmente por movimentos sociais que buscavam o direito da vida em sociedade das pessoas com deficiência.

Dentre os documentos mais importantes estão: 1) Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes (Organização das Nações Unidas, ONU) de 1975, com avanços significativos como direito a tratamentos variados, empregos e atividades úteis, mas sem citações sobre sexualidade; 2) Programa Mundial de Ações Relativas à Pessoa com Deficiência (ONU), de 1981, enfatiza a importância para termos técnicos e analisa as dificuldades de maneira mais global e menos localizada no indivíduo; 3) Normas de Equiparação de Oportunidades entre 1990 e 1992, sendo que, na parte II desse documento, sub-área de vida familiar e integridade pessoal, existia a proposta da defesa do direito à prática de relações sexuais. Embora tivesse sido entrelaçada com outras temáticas como casamento, citou-se a necessidade de garantir aconselhamento para estas pessoas, de mudar as atitudes negativas com relação à sexualidade e prevenir abusos; 4) Declaração Mundial de Educação para Todos (Jomtien, Tailândia, ONU), 1990; 5) Declaração de Salamanca (ONU), 1994, ambos defendendo a política de inclusão e não discriminação, porém sem referências explícitas sobre sexualidade (FRANÇA-RIBEIRO, 2004).

Em 1997 foi elaborada a Declaração dos Direitos Sexuais no Congresso da Associação Mundial de Sexologia, sendo um marco histórico legal significativo nesta área (FRANÇA-RIBEIRO, 2004). Esse documento foi reformulado com alguns acréscimos e publicado pela World Association for Sexual Health em 2014:

### **Quadro 1. Declaração dos Direitos Sexuais**

**Direitos sexuais são direitos humanos referentes à sexualidade.**

**1. O Direito à igualdade e a não discriminação:** Todos têm o direito de usufruir dos direitos sexuais definidos nesta Declaração, sem distinção de qualquer tipo, seja raça, etnia, cor, sexo, linguagem, religião, opinião política ou outra qualquer, origem social ou regional, local de residência, características, nascimento, deficiência, idade, nacionalidade, estado civil ou familiar, orientação sexual, identidade e expressão de gênero, estado de saúde, situação econômica, social ou outra qualquer.

**2. O Direito à vida, Liberdade, e segurança pessoal:** Todos têm o direito à vida, liberdade e segurança, que não podem ser ameaçadas, limitadas ou removidas arbitrariamente por motivos relacionados à sexualidade. Estes incluem: orientação sexual, comportamentos e práticas sexuais consensuais, identidade e expressões de gênero, bem como acessar ou ofertar serviços relacionados à saúde sexual e reprodutiva.

**3. O direito à autonomia e integridade corporal:** Todos têm o direito de controlar e decidir livremente sobre questões relativas à sua sexualidade e seus corpos. Isto inclui a escolha de comportamentos sexuais, práticas, parceiros e relacionamentos, desde que respeitados os direitos do próximo. A tomada de decisões livre e informada, requer consentimento livre e informado antes de quaisquer testes, intervenções, terapias, cirurgias ou pesquisas de natureza sexual.

**4. O direito de estar isento de tortura, tratamento ou punição cruel, desumana ou degradante:** Todos devem estar isentos de tortura, tratamento ou punição cruel, desumana ou degradante em razão de sua sexualidade, incluindo: práticas tradicionais nocivas; esterilização, contracepção ou aborto forçado; e outras formas de tortura, tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes praticados por razões relacionadas ao sexo, gênero, orientação sexual, identidade e expressão de gênero, ou característica física de alguém.

**5. O direito de estar isento de todas as formas de violência ou coerção:** Todos deverão estar isentos de violência e coerção relacionadas à sexualidade, incluindo: Estupro, abuso ou, perseguição sexual, “bullying”, exploração sexual e escravidão, tráfico com propósito de exploração sexual, teste de virgindade ou violência cometida devido à prática sexual real ou presumida, orientação sexual, identidade e expressão de gênero ou qualquer característica física.

**6. O direito à privacidade:** Todos têm o direito à privacidade relacionada à sexualidade, vida sexual e escolhas inerentes ao seu próprio corpo, relações e práticas sexuais consensuais, sem interferência ou intrusão arbitrária. Isto inclui o direito de controlar a divulgação de informação relacionada à sua sexualidade pessoal a outrem.

**7. O direito ao mais alto padrão de saúde atingível, inclusive de saúde sexual; com a possibilidade de experiências sexuais prazerosas, satisfatórias e seguras:** Todos têm o direito ao mais alto padrão de saúde e bem estar possíveis, relacionados à sexualidade, incluindo a possibilidade de experiências sexuais prazerosas, satisfatórias e seguras. Isto requer a disponibilidade, acessibilidade e aceitação de serviços de saúde qualificados, bem como o acesso a condições que influenciem e determinem a saúde, incluindo a saúde sexual.

**8. O direito de usufruir dos benefícios do progresso científico e suas aplicações:** Todos têm o direito de usufruir dos benefícios do progresso científico e suas aplicações em relação à sexualidade e saúde sexual.

**9. O direito à informação:** Todos devem ter acesso à informação cientificamente precisa e esclarecedora sobre sexualidade, saúde sexual, e direitos sexuais através de diversas fontes. Tal informação não deve ser arbitrariamente censurada, retida ou intencionalmente deturpada.

**10. O direito à educação e o direito à educação sexual esclarecedora:** Todos têm o direito à educação e a uma educação sexual esclarecedora. Educação sexual esclarecedora deve ser adequada à idade, cientificamente acurada, culturalmente idônea, baseada nos direitos humanos, na equidade de gêneros e ter uma abordagem positiva quanto à sexualidade e o prazer.

**11. O direito de constituir, formalizar e dissolver casamento ou outros relacionamentos similares**

**baseados em igualdade, com consentimento livre e absoluto:** Todos têm o direito de escolher casar-se ou não, bem como adentrar livre e consensualmente em casamento, parceria ou outros relacionamentos similares. Todas as pessoas são titulares de direitos iguais na formação, durante e na dissolução de tais relacionamentos sem discriminações de qualquer espécie. Este direito inclui igualdade absoluta de direitos frente a seguros sociais, previdenciários e outros benefícios, independente da forma do relacionamento.

**12. O direito a decidir sobre ter filhos, o número de filhos e o espaço de tempo entre eles, além de ter informações e meios para tal:** Todos têm o direito de decidir ter ou não ter filhos, a quantidade destes e o lapso de tempo entre cada criança. O exercício desse direito requer acesso a condições que influenciam e afetam a saúde e o bem-estar, incluindo serviços de saúde sexual e reprodutiva relacionados à gravidez, contracepção, fertilidade, interrupção da gravidez e adoção.

**13. O direito à Liberdade de pensamento, opinião e expressão:** Todos têm o direito à Liberdade de pensamento, opinião e expressão relativos à sexualidade, bem como o direito à expressão plena de sua própria sexualidade, por exemplo, na aparência, comunicação e comportamento, desde que devidamente respeitados os direitos dos outros.

**14. O direito à Liberdade de associação e reunião pacífica:** Todos têm o direito de organizar-se, associar-se, reunir-se, manifestar-se pacificamente e advogar, inclusive sobre sexualidade, saúde sexual, e direitos sexuais.

**15. O direito de participação em vida pública e política:** Todos têm o direito a um ambiente que possibilite a participação ativa, livre e significativa em contribuição a aspectos civis, econômicos, sociais, culturais e políticos da vida humana a nível local, regional, nacional ou internacional. Em especial, todos têm o direito de participar no desenvolvimento e implantação de políticas que determinem seu bem-estar, incluindo sua sexualidade e saúde sexual.

**16. O direito de acesso à justiça, reparação e indenização:** Todos têm o direito ao acesso à justiça, reparação e indenização por violações de seus direitos sexuais. Isto requer medidas efetivas, adequadas e acessíveis, assim como devidamente educativas, legislativas, judiciais, entre outras. Reparação incluiu retratação, indenização, reabilitação, satisfação e a garantia de não repetição.

Fonte: WORLD ASSOCIATION FOR SEXOLOGY, 2014.

A Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiências (CDPD), de 2008, construída a partir de um contato da ONU com organizações da sociedade civil trouxe inúmeras inovações interessantes em direitos humanos (GESSER; NUERNBERG, 2014). Indica-se, nesse documento, o direito à proteção contra as formas de exploração, violência e abuso, reconhecendo que as mulheres são mais vulneráveis à violência sexual e o direito à saúde sexual. A principal implicação desta convenção no Brasil foi a reformulação da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, assinalando a promoção de qualidade de vida, melhorias nos campos da informação, da organização e funcionamento de serviços e do atendimento integral à saúde, incluindo cuidados com a saúde sexual e reprodutiva (GESSER; NUERNBERG, 2014).

Outro documento importante foi o publicado pelo Ministério da Saúde, “Direitos Sexuais e Reprodutivos na integralidade da atenção à saúde de pessoas com deficiência”, que propõe, a partir do SUS, a garantia do atendimento focado em saúde

sexual e reprodutiva; acessibilidade a informações e serviços; formação de profissionais para que tratem o assunto a partir de uma perspectiva humanizada e a inserção dessas pessoas nos bancos de dados para acompanhamento de sua saúde sexual e reprodutiva (GESSER; NUERNBERG, 2014).

O marco legal mais recente foi a aprovação da Lei Brasileira de Inclusão (LBI) incluindo aspectos importantes relacionados à sexualidade da pessoa com deficiência. O artigo sexto, especificamente, indica que:

A deficiência não afeta a plena capacidade civil da pessoa, inclusive para casar-se e constituir união estável; exercer direitos sexuais e reprodutivos; exercer o direito de decidir sobre o número de filhos e de ter acesso a informações adequadas sobre reprodução e planejamento familiar; conservar sua fertilidade, sendo vedada a esterilização compulsória; exercer o direito à família e à convivência familiar e comunitária e exercer o direito à guarda, à tutela, à curatela e à adoção, como adotante ou adotando, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas (BRASIL, 2015).

A curatela, ou atribuição a algum adulto da proteção e administração de bens e direitos civis da pessoa com deficiência, passou a ser, a partir da LBI, uma medida excepcional. Quando necessário, é possível iniciar abertura de processo de curatela seguida de uma perícia que avaliará a necessidade. Além disso, o adulto que receber a função de cuidador poderá afetar somente atos relacionados aos direitos de natureza patrimonial e negocial. Indica-se, claramente, que a definição de curatela “não alcança o direito ao próprio corpo, à sexualidade, ao matrimônio, à privacidade, à educação, à saúde, ao trabalho e ao voto” (BRASIL, 2015).

É curioso perceber a necessidade de criação de documentos específicos como a Declaração de Direitos Sexuais (WAS, 2014) ou a Lei Brasileira de Inclusão (BRASIL, 2015) quando diretrizes amplas acerca dos direitos de todos os seres humanos na Declaração Universal de Direitos Humanos (UNESCO, 1948) ou na Constituição Brasileira (BRASIL, 1988) deixam clara a igualdade de todos perante a lei. Fica evidente que as normais legais não são suficientes para modificar concepções e ações

presentes na cultura, fazendo-se necessários esclarecimentos específicos sobre cada população vulnerável.

França-Ribeiro (2004) reconhece que a existência de documentos oficiais não é suficiente para mudanças nas práticas, porém é importante apontar que podem servir de instrumentos de acesso. Tem-se, portanto, respaldo legal para estabelecimento de novas atitudes com relação à sexualidade de pessoas com deficiência e dados científicos indicando como a realidade atual vem se constituindo. A partir disso, é essencial

[...] investir na educação sexual destas pessoas, tanto na família quando nas instituições. É preciso também orientar, e oportunizar a essas pessoas exteriorizarem desejos, afetos, dúvidas, medos, etc., para que eles aprendam a manifestar adequadamente esses sentimentos e, se possível, efetivar relações sexuais saudáveis e com responsabilidade, prevenindo-se de doenças, abusos sexuais e violência (MAIA, 2009b, p.144).

Dantas, Silva e Carvalho (2014) afirmaram que quando pessoas com deficiência assumem sua vida sexual, o entorno reage com medo ou surpresa e que envolver a escola e a comunidade em questões da sexualidade e de gênero significa quebrar mitos e estereótipos. O fato de esse assunto ter se tornado mais frequente na mídia, de ter conquistado espaços legais e de ser objeto de estudo de várias áreas da ciência, sinaliza avanços importantes. Os materiais específicos sobre a sexualidade de pessoas com TEA/SA estão também nesta crescente atenção e são descritos a seguir.

### **1.4.3 A sexualidade de pessoas com TEA/SA**

A maneira como a ciência aborda a questão da sexualidade de pessoas com TEA/SA variou ao longo da história. As decisões científicas, como escolha do objeto de estudo, delineamento do método e conduções das discussões, são influenciadas pelos valores e ideais sociais do momento histórico, por isso é possível perceber mudanças nas tendências dos estudos.

Realmuto e Ruble (1999), por exemplo, realizaram um estudo sobre os comportamentos sexuais inadequados de um adulto com TEA e optaram por verificar se

estes seriam diminuídos com a aplicação de supressores de testosterona, negligenciando os direitos de escolha quanto à sexualidade do indivíduo. Os autores realizaram uma discussão final sobre a ética do procedimento e suas implicações, bem como reafirmaram a necessidade de programas de educação sexual, mas ainda assim, após três anos do início do tratamento o adulto continuava sendo medicado.

Esse tipo de questão remete às afirmações de Foucault sobre o papel da ciência acerca da sexualidade. Ele citou que “a sexualidade foi definida como sendo, ‘por natureza’, um domínio de processos patológicos, solicitando, portanto, intervenções terapêuticas ou de normalização” (FOUCAULT, 1999, p.67) e que ciências como a medicina passaram a cumprir esse papel interventivo. Ele usou também a analogia da “polícia do sexo”, de uma necessidade de regulação da sexualidade por meio de discursos “úteis e públicos” (FOUCAULT, 1999, p.28) que poderia ser vista, no caso, pelas decisões científicas tomadas, ou, da *scientia sexualis*:

Nossa civilização [...] é a única, sem dúvida, a praticar uma *scientia sexualis*. Ou melhor, só a nossa desenvolveu, no decorrer dos séculos, para dizer a verdade do sexo, procedimentos que se ordenam, quanto ao essencial, em função de uma forma de poder-saber (FOUCAULT, 1999, p.57).

Há também trabalhos como o de Mouridsen (2012) que buscaram pesquisar a incidência de pessoas com TEA/SA que cometem crimes violentos, como abusos sexuais, reduzindo a criminalidade a um conjunto de características individuais e abrindo margens a uma intensa estigmatização e marginalização *a priori* com relação às pessoas diagnosticadas. Gesser e Nuernberg (2014) lembram que as barreiras para as pessoas com deficiência se encontram nos diversos contextos sociais, como escola, serviços de saúde e comunicação, e acabam por produzir opressões e limitar a garantia de seus direitos. A ciência, definitivamente, deve cumprir seu papel de investigadora dos fatos sociais sem reproduzir esse padrão.

Desta forma, os autores ressaltam que

Ao invés de [...] serem buscadas as lacunas e impossibilidades das pessoas com deficiência na esfera sexual, deve-se abrir para a descoberta de novos potenciais que a variação corporal e funcional enseja para a vida afetiva, erótica e sexual (GESSER; NUERNBERG, 2014, p. 860).

Desta forma, apesar de estudos como o de Realmuto e Ruble (1999) e de Mouridsen (2012) endossarem uma visão estigmatizadora, há produções científicas que partem de outros princípios, como o caso do movimento da neurodiversidade:

[...] o conceito “neurodiversidade” tenta salientar que a “conexão neurológica” (*neurological wiring*) atípica (ou neurodivergente) não é uma doença a ser tratada e, se for possível, curada. Trata-se antes de uma diferença humana que deve ser respeitada como outras diferenças (sexuais, raciais, entre outras). Eles são “neurologicamente diferentes”, ou “neuroatípicos”. Indivíduos diagnosticados com autismo, especialmente portadores da síndrome de Asperger, são a força motriz por trás do movimento. Para eles [...] o autismo não é uma doença, mas uma parte constitutiva do que eles são (ORTEGA, 2009, p.72).

Para o autor, os movimentos de orgulho *Aspie* e termos como a “cultura autista” exemplificam novos papéis que estão sendo assumidos pelas próprias pessoas diagnosticadas na reivindicação de voz e na luta pelo direito de respeito às suas manifestações. No Brasil, representantes do movimento da neurodiversidade são vistos, por exemplo, no Movimento Orgulho Autista, enquanto grupos de contraponto constituem organizações como a Associação de Amigos do Autista (AMA), que adotam um conjunto de ideias voltadas para busca da cura do TEA (ORTEGA, 2009). Acerca das diferenças entre essas duas correntes, ele explica:

No campo específico da educação e da educação especial, os modelos tradicionais orientados para o modelo da deficiência tentam curar, consertar, reparar, remediar, melhorar as “deficiências” das crianças. Nesses modelos, os autistas são aproximados o máximo possível de uma norma ou são ajudados a enfrentar as deficiências da melhor maneira possível. Um modelo educativo baseado na neurodiversidade, em contrapartida [...] necessariamente forçará uma mudança no sistema educativo pela clara diversidade e força da organização neurológica de suas populações de estudantes (ORTEGA, 2009, p. 75).

A ideia é que a deficiência não existe para além da cultura e do horizonte social, por isso não faz sentido reduzi-la a aspectos biológicos: a deficiência é uma construção cultural. Existem conflitos entre os movimentos, especialmente, porque as pessoas de espectros mais leves do autismo tentam representar aqueles mais graves e entram,

muitas vezes, em discordância com o que os pais desejam para esses seus filhos (ORTEGA, 2009).

Nesta discussão sobre a construção social da deficiência a partir de aspectos biológicos, é necessário enfatizar a multideterminação do desenvolvimento do indivíduo para que não haja negação nem de suas condições em si, nem da valoração atribuída socialmente a elas. Segundo Omote (2008):

Precisamos então retomar uma velha e boa recomendação, qual seja a de identificar a extensão em que a presença de uma determinada condição incapacitadora - orgânica, cognitiva, comportamental, lingüística, social e cultural limita efetivamente o funcionamento de uma pessoa e a extensão em que ela necessita de recursos especiais [...] Deve também ficar claro que a presença de uma dessas condições incapacitadoras não implica inevitavelmente alguma forma de limitação para toda e qualquer pessoa. A extensão do prejuízo sofrido é multideterminada, sendo a patologia apenas uma das fontes de determinação (OMOTE, 2008, p. 301).

Rosqvist (2014) comenta que as pesquisas atuais sobre pessoas com TEA vêm interpretando sua sexualidade como um déficit, algo destoante do que as pessoas neurotípicas apresentam, mas o movimento da defesa da autoadvocacia, próximo ao da neurodiversidade, vem produzindo materiais em outra perspectiva. A revista “*Empowerment*”, por exemplo, publica a partir da reivindicação da construção da identidade sexual nos próprios termos da pessoa com deficiência sem tomar como parâmetros as habilidades e características neurotípicas, assim como direito de estabelecer relacionamentos como quiserem. Esse discurso de autoadvocacia busca, portanto, incluir a sexualidade como uma categoria a ser analisada dentre os indivíduos desta comunidade e não em comparação aos ditos sem deficiência.

Dentre os estudos encontrados que descreveram a sexualidade de pessoas com TEA/SA, Newport e Newport (2002) utilizaram uma analogia bastante sensível a partir de suas próprias experiências:

[a sexualidade] é uma importante dança de desenvolvimento para todos os jovens. É uma dança que grande parte das crianças autistas nem mesmo percebe até que seja óbvio para todo mundo já há bastante tempo. Então, eles querem dançar, mas perderam anos de aulas de pré-dança (NEWPORT; NEWPORT, 2002, p.1).

O que os autores disseram, em outras palavras, é que existiriam pré-requisitos importantes no desenvolvimento sexual dos quais as crianças e adolescentes com TEA/SA seriam privados, como as habilidades sociais. Tissot (2009) mencionou as limitações do conhecimento sobre aspectos sociais: existiria interesse estabelecer relações sexuais, entretanto as dificuldades em aprender habilidades sociais criaria uma tensão. As estratégias de apoio observadas são limitadas ou inexistentes, e, como há dificuldades em aprender observando seus pares, o ensino precisa ser diferenciado. Infelizmente, o planejamento individualizado que considere essas necessidades específicas nem sempre é uma realidade próxima no atual contexto sócio econômico e educacional.

Os pesquisadores estadunidenses Ousley e Mesibov (1991) investigaram as atitudes sexuais, experiências e conhecimentos de homens e mulheres adultos com TEA/SA e comparou-os a um grupo de indivíduos com deficiência intelectual leve ou moderada. Com exceção da masturbação, a maior parte de atividades sexuais que os homens com TEA/SA se engajavam era muito limitada e os programas de educação sexual deveriam, para os autores, considerar necessidades específicas dessas pessoas a fim de focar no que elas realmente querem, sabem e precisam.

Natale e Oliveira (2013) realizaram uma revisão de estudos e identificaram como déficits marcantes da população com TEA/SA os mecanismos empáticos, as habilidades sociais, a comunicação e o hiper-foco. Essas características foram colocadas como fatores de risco nas vivências de sexualidade, já que poderiam causar estresses crônicos e foram relatados como os principais responsáveis pelo desinvestimento amoroso e sexual dos parceiros.

Stokes e Kaur (2005) desenvolveram, na Austrália, um estudo sobre as diferenças sexuais entre adolescentes com TEA/SA e com desenvolvimento típico. Os

resultados indicaram que os primeiros tendiam a ter comportamentos sociais mais pobres e sexuais inapropriados, se engajavam em menos comportamentos relacionados à privacidade, tinham menos conhecimentos relacionados a questões privadas e menor educação sexual. Outro estudo australiano, com o mesmo público comparativo, encontrou resultados similares quanto ao comportamento social, sexual e a educação sexual. Notaram, contudo, que os conhecimentos sobre privacidade e comportamentos sexuais públicos eram similares. As preocupações quanto a seus próprios futuros foram um traço marcante, principalmente com relação ao medo das pessoas interpretarem de forma errada seus comportamentos como sexuais, quando isso não era almejado, ou de conseguir um parceiro. Essa segunda pesquisa sugeriu que os indivíduos com TEA/SA teriam dificuldades em perceber as circunstâncias e o que as outras pessoas queriam em determinadas situações, o que poderia ser um fator de risco (MEHZABIN; STOKES, 2011).

Os pesquisadores belgas Hellemans et al. (2007) desenvolveram um roteiro de entrevista para investigação de questões gerais sobre a sexualidade de pessoas com TEA/SA como habilidades, conhecimentos e experiências e o aplicaram em 24 adolescentes com idades entre 12 e 21 anos. Seus relatos indicaram frustrações na sexualidade e nos relacionamentos e que a sexualidade era expressa, em geral, na masturbação. Atividades voltadas a outras pessoas foram registradas, mas normalmente restritas a tocar, dar as mãos e beijar, especialmente porque as instituições de ensino tinham altos níveis de supervisão e a maioria não permitia contato sexual entre os alunos, mesmo aquelas nas quais eles eram moradores. De acordo com os relatos de cuidadores das instituições, problemas sexuais ocorriam com 29% dos adolescentes participantes, incluindo: masturbação na presença de outras pessoas; masturbação

desviante; toques não desejados; tentativas de relação sexual não consentida e estados de ansiedade.

Ainda na pesquisa de Hellemans et al. (2007), os dados indicaram que 42% dos participantes já haviam procurado cuidadores para falar sobre relacionamentos amorosos por variadas razões. Eles relataram a vontade de se relacionarem com alguém, especialmente devido ao desejo de tentarem ser iguais às pessoas típicas jovens, de terem afetividade, de fazerem coisas juntos, e para ter uma pessoa para cuidar de si. 54% dos sujeitos já havia mantido um relacionamento amoroso fechado ao menos uma vez, mas desses, somente 13% tiveram uma relação sexual, o restante estava relacionado a andar de mãos dadas, tocar e beijar.

Os holandeses Dewinter et al. (2015) buscaram estudar as diferenças sexuais entre 50 adolescentes diagnosticados com TEA e inteligência média ou alta e 90 adolescentes sem TEA e idades correlatas. Eles responderam uma pesquisa online e os resultados indicaram que havia maior prevalência de comportamento sexual solitário nos indivíduos diagnosticados, porém diferentemente do que era visto na literatura, não havia um número significativamente menor de experiências sexuais com pares, entrada atrasada na vida sexual ou maior prevalência de homossexualidade.

A pesquisadora grega Kalyva (2010) realizou um estudo com professores de 76 crianças diagnosticadas com TEA, sendo 54 meninos e 22 meninas com idades entre 07 e 14 anos. Vinte delas tinham TEA/SA e o restante outros níveis do espectro. Por meio de um questionário, foram medidas as percepções sobre comportamento sexual e os resultados indicaram que os professores percebiam as crianças com TEA de baixo funcionamento como as que necessitavam de orientações sobre sexualidade mais claras, e demonstraram maiores preocupações com os TEA/SA, por ser mais provável que esses indivíduos se envolvessem em interações sociais e obtivessem experiências

sexuais. Citou-se também ser comum que as crianças com baixo funcionamento apresentassem comportamentos sexuais disruptivos mais frequentemente do que aquelas TEA/SA, como a masturbação estereotipada.

Com isso, nota-se que a existência de desejos e necessidades sexuais em pessoas com TEA/SA é uma afirmativa presente em diversas pesquisas (NATALE; OLIVEIRA, 2013, KALYVA, 2010, HELLEMANS et al., 2008, BYERS; NICHOLS; VOYER, 2013). Gilmour, Schalamon e Smith (2012) concluíram, a partir de suas pesquisas canadenses, que não havia razão *a priori* para sugerir que os indivíduos com TEA não tinham interesses e comportamentos sexuais, no entanto faltava investimento no desenvolvimento de programas em educação apropriados para esta população. 46% dos participantes de seu estudo afirmaram dirigir carícias a outras pessoas; 17% não se importavam com isso; 21% de vez em quando beijavam outras pessoas e 8% não se atentavam ao fato de o par gostar ou não do contato.

A relação entre o desenvolvimento de habilidades sociais e a sexualidade de pessoas com TEA/SA é uma questão presente em diversos estudos. Mehzabin e Stokes (2011) assinalaram que a literatura falava suficientemente sobre o fato de as dificuldades sociais e de comunicação serem o principal obstáculo nas experiências sexuais desses indivíduos. Newport e Newport (2002) fizeram a mesma afirmação, e acrescentaram que algumas outras características específicas do TEA/SA também influenciariam no desenvolvimento sexual, como a sensibilidade tátil – e indicaram maneiras de superação como exercícios, medicações e meditação.

Em seu guia voltado para pais e adolescentes com TEA/SA, os autores falaram sobre a importância de treinar habilidades sociais, ressaltaram que embora tivessem ocorrido muitos avanços na inclusão escolar, os educadores ainda precisavam investir nessa área e ajudar as crianças a realmente se integrar. Newport e Newport (2002)

afirmaram que sem um treinamento social intenso em crianças pequenas, elas não estariam prontas para participar das interações sociais do período da puberdade e, que, mesmo na melhor das situações de ensino, os estudantes muito provavelmente teriam problemas com autoimagem.

Eles afirmaram ainda, que embora parecessem seguros, os jovens com TEA/SA tinham muita insegurança, especialmente durante a “explosão sexual” da adolescência, pois estavam lidando com os estímulos sensoriais e outras mudanças significativas de seus diagnósticos. Essa era uma experiência exaustiva e estressante e a ansiedade apareceu como uma grande barreira para deixar os sentimentos serem expressos, aceitar e dar afeto e todas as outras coisas que a amizade requeria (NEWPORT; NEWPORT, 2002).

Ainda sobre os adolescentes com TEA/SA, Newport e Newport (2002) comentaram que eles eram, obviamente, diferentes entre si, mas existiam algumas dificuldades e facilidades que pareciam tendências em comum. Dentre as características favoráveis, falou-se sobre a frequente segurança e precisão sobre oportunidades, que eram ótimas para relacionamentos, além do bom foco. A paixão por um assunto em comum também poderia ser um incentivador para iniciar um relacionamento e a honestidade foi citada como uma questão ambígua, pois, muitas vezes, a pessoa com TEA/SA dava uma opinião, como quando dizia que o outro não estava bonito, e não conseguia entender porque gerou chateação. Para os autores isso poderia ser visto como falta de empatia, então seria necessário trabalhar na tarefa de entender o ponto de vista de outra pessoa.

Dentre os déficits dos adolescentes com TEA/SA eles destacaram: a dificuldade para iniciar interação social, o que gera necessidade de treinamento pelos pais e espaços que frequentam; a dosagem do uso de seu senso de humor; o fato de não gostarem de

mudanças, que pode gerar incompatibilidades na convivência cotidiana. Sobre esses pontos favoráveis e desfavoráveis, os autores lembraram que é importante o encorajamento desses jovens no lugar de somente fazer críticas, e que estas deveriam ser elaboradas da maneira mais positiva possível (NEWPORT; NEWPORT, 2002).

As indecisões e dificuldades no contato social, como para pedir para sair com alguém foram apontadas pelos autores como obstáculos nos relacionamentos afetivos e sexuais, assim como o interesse por assuntos específicos que poderiam fazer as pessoas serem educadas e ouvirem, contudo sem interesse real naquilo. A intensidade em fazer as coisas precisaria ser moderada para que os outros não se assustassem, e o desejo de conversar sobre coisas sérias por muito tempo também, já o ouvinte poderia não estar interessado - o que explica a necessidade de aprender a ler os sinais corporais e comportamentais. Havia algumas dificuldades também em compreender as fronteiras sociais e espaços que as pessoas precisavam, podendo parecer às vezes um sufocamento (NEWPORT; NEWPORT, 2002).

Os autores concluíram que havia pessoas que culpavam o TEA/SA por seus fracassos, porém frisaram a importância de destacar que todos seriam capazes de treinar habilidades e aprender com o contato social. A construção da autoestima relacionada com o quanto a pessoa ouvia sobre si mesma, ao longo da vida, significaria que era necessário ajudá-las a construir essa imagem (NEWPORT; NEWPORT, 2002).

Natale e Oliveira (2013) também citaram a necessidade de ensino sobre comportamentos relacionados à sexualidade e sugeriram que seria mais efetivo se esse aprendizado fosse estruturado. Segar (2008) descreveu que, para ele como pessoa diagnosticada com TEA/SA, a grande questão era que eles precisavam compreender de alguma maneira mais efetiva aquilo que as pessoas com desenvolvimento típico pareciam ter aprendido de uma maneira muito instintiva. Ele citou:

A coisa mais difícil em ser autista (ou ter Síndrome de Asperger) é que as pessoas esperam que você conheça estas regras e viva de acordo com elas tal como elas fazem, apesar de ninguém nunca ter dito nada a você sobre elas. Não há dúvida de que isso é extremamente injusto, mas infelizmente a maioria das pessoas não verá desta maneira, porque elas não entendem o problema (SEGAR, 2008, p.11).

Ainda sobre as habilidades sociais como um fator importante no desenvolvimento sexual, Stokes, Newton e Kaur (2007) realizaram a aplicação de questionários em pais de 25 adolescentes e adultos com TEA/SA e 38 pais de adolescentes ou adultos típicos, todos residentes na Austrália. O instrumento tinha questões básicas de descrição da amostra, de problemas em relacionamentos sociais, problemas íntimos em relacionamentos românticos e comportamentos íntimos. Os resultados indicaram que, sob o ponto de vista dos pais, os indivíduos com autismo diferiram significativamente do grupo controle no aspecto de habilidades sociais – mas não no “funcionamento romântico”, que é o desempenho em relacionamentos amorosos e sexuais. No caso das pessoas com desenvolvimento típico, o funcionamento romântico aumentou com o passar da idade e para as pessoas com TEA/SA ele aumentou com o aprendizado de habilidades sociais.

Os resultados da pesquisa mostraram que muitos comportamentos como iniciar de forma inadequada uma aproximação foram descritos pelas pessoas com TEA/SA e não em pessoas com desenvolvimento típico, como tocar a pessoa de forma invasiva, acreditar que seu alvo deve corresponder a seus sentimentos, fazer comentários impróprios, monitorar as atividades da pessoa, segui-las, etc. Algumas pessoas diagnosticadas não sabiam diferenciar quais comportamentos eram corretos ou incorretos nem como escolher um possível parceiro. Elas indicaram também não conseguir moderar suas expressões e serem considerados perseguidores, além de apresentarem maior insistência frente a uma resposta negativa que pessoas com desenvolvimento típico. Devido a essas dificuldades de interpretação das normas

sociais, os autores concluíram que poderiam ser vistos como chatos ou incômodos e em alguns casos, essas questões poderiam, até mesmo, tomar dimensões legais e judiciárias (STOKES; NEWTON; KAUR, 2007).

Ousley e Mesibov (1991) indicaram que uma preocupação comum entre os pais era que ao ensinar pessoas com autismo sobre sexualidade, houvesse aumento de interesse e problemas adicionais, mas os resultados encontrados indicaram que o conhecimento não foi correlacionado com interesse ou experiência. Hellemans et al. (2007) também identificaram essa incompatibilidade nos participantes de sua pesquisa, pois em conhecimentos teóricos seus desempenhos eram bons, todavia as habilidades sócio-sexuais eram deficitárias para grande parte dos participantes, como em aspectos de higiene íntima, toques públicos inadequados e de comunicação.

Byers, Nichols e Voyer (2013) dirigiram um estudo nos Estados Unidos com o objetivo de investigar o funcionamento sexual de adultos solteiros com TEA/SA. Utilizaram um questionário online com perguntas sobre os sintomas de autismo, funcionamento psicológico e aspectos do funcionamento sexual, comparando dois grupos: um de adultos que tinham experienciado ao menos uma relação romântica de três meses ou mais e o outro que não tinham. Foram explorados os seguintes domínios: conhecimento sexual, comportamento sexual, problemas sexuais, respostas cognitivo-afetivas. Em geral, os indivíduos que participaram do estudo demonstraram bom funcionamento sexual, e houve uma quebra de expectativas no resultado já que 59% dos participantes indicaram ter estabelecido ao menos um relacionamento por no mínimo 3 meses – mais que o esperado.

Segundo os autores, o grupo da pesquisa que indicou não ter tido relacionamentos era significativamente mais jovem, e isso corroborou com as afirmações da literatura sobre o desenvolvimento social tardio. Os participantes

demonstraram bons conhecimentos em sexualidade, mas essa não pareceu ser uma condição para bom funcionamento sexual e houve um moderado desejo por atividades sexuais solitárias, sendo o número de masturbações por semana similar ao da população em geral – de 1 a 3 vezes. Eles concluíram que os participantes sem experiência em relacionamentos eram mais ansiosos com relação à sexualidade, com menor excitação e menor desejo de relação diática, por isso possivelmente intervenções com foco em diminuir a ansiedade sexual poderiam ajudar no engajamento em atividade sexual com pares, caso desejassem (BYERS; NICHOLS; VOYER, 2013).

O estudo canadense de Brown-Lavoie, Viecili e Weiss (2014), com o objetivo de compreender quais seriam as fontes de conhecimento sexual, como seria este conhecimento e aspectos da vitimização sexual, houve aplicação de um conjunto de instrumentos em dois grupos de participantes: o primeiro com 95 pessoas com TEA/SA e idades entre 19-43 anos; o segundo com 117 participantes sem diagnóstico e idades similares. Os resultados indicaram que as pessoas com TEA/SA obtiveram conhecimentos por meio de fontes “não-sociais” na maior parte das vezes, como na televisão, internet ou revistas, tinham menos conhecimentos e maior vitimização sexual que os participantes com desenvolvimento típico. Existiu uma relação entre menor conhecimento e maior vitimização e as implicações em intervenções foram gritantes, chamando atenção para a necessidade de pesquisas para desenvolvimento de programas educativos.

Com relação a esta vulnerabilidade quanto aos abusos sexuais, Newport e Newport (2002) relataram a experiência da autora, Mary, durante a adolescência. Ela afirmou que garotas jovens com TEA/SA poderiam ser mais frágeis especialmente quando sentem necessidade de boa aceitação e popularidade e percebem nas relações sexuais uma oportunidade de obter isso. Nesse sentido, as experiências não seriam

necessariamente positivas, poderiam ser abusivas e causar danos permanentes, representando, como ela mesma descreveu, uma ilusão e uma das partes mais tristes de sua vida.

Os autores afirmaram que a probabilidade da população com TEA/SA ser mais propensa a armadilhas devido à sua baixa autoestima é alta. A dificuldade de interpretação da ação de outras pessoas também poderia torná-las mais expostas, pois, às vezes, estariam somente sendo simpáticas, e ver nesta ação outras intenções poderia torná-las *stalkers*. *Stalker* pode ser tanto a pessoa que segue a outra e arranja o ambiente para encontrá-la a toda hora, quanto aquela que fica encarando, olhando obsessivamente, e isso é um problema. A dificuldade para ler sinais sociais poderia fazer com que pessoas com TEA/SA ficassem mais vulneráveis e mergulhassem em um interesse que na verdade não existiria. Unindo isso ao fato de, em alguns momentos, não saberem aceitar um “não” como resposta, poderia ocorrer a fixação em uma pessoa e atitudes inconvenientes (NEWPORT; NEWPORT, 2002).

Camargos Jr. e Teixeira (2013) também abordaram este assunto, dizendo que a ingenuidade das pessoas com TEA/SA poderia trazer prejuízos como *bullying*<sup>3</sup> ou violências sexuais, pois seria muito difícil para elas entender as diferenças entre aproximações de parceiros que queriam manter relações sexuais daqueles que teriam interesses afetivos. Neste mesmo sentido, Kalyva (2010) disse que as complexidades envolvidas na sexualidade, os comportamentos sexuais e os déficits para compreender as expectativas sociais, poderiam fazer com que se tornassem vítimas ou atacadores.

Interessados neste mesmo tópico, Fisher, Moskowitz e Hodapp (2013) realizaram uma pesquisa nos Estados Unidos comparando a vulnerabilidade de pessoas com TEA, Síndrome de Down e Síndrome de Williams: 103 cuidadores de pessoas

---

<sup>3</sup> *Bullying* é uma situação que se caracteriza por agressões intencionais, verbais ou físicas, feitas de maneira repetitiva, por um ou mais alunos contra um ou mais colegas. O termo *bullying* tem origem na palavra inglesa *bully*, que significa valentão.

diagnosticadas responderam um questionário sobre este tópico. Eles concluíram que embora a ocorrência e natureza das vitimizações fossem muito parecidas entre as deficiências estudadas, era importante que as diferenças fossem observadas e consideradas no momento de elaboração de intervenções focadas em diminuir esta vulnerabilidade. O grupo com TEA, por exemplo, foi relatado como tendo menos proteção social de pares e poucos amigos, além de serem mais propensos a se tornarem vítimas por meio do *bullying*, abuso sexual ou abuso físico devido às dificuldades em interpretar as intenções de outras pessoas.

Sreckovic, Brunsting e Able (2014) sugeriram que estudantes com TEA eram significativamente representados nessa dinâmica do *bullying*, especialmente na idade escolar. Mahoney e Poling (2011) indicaram que haveria mais abusos sexuais em pessoas com deficiências que em pessoas sem deficiência, e que esses números seriam ainda maiores nos casos severos, ressaltando a urgência de estratégias com o objetivo de prevenção de abusos.

Os norte-americanos Sevlever, Roth e Gillis (2013), notando o aumento de interesse pela intersecção entre abusos sexuais e a população com TEA, realizaram uma revisão bibliográfica sistematizada e concluíram que não havia concordância total, ressaltando a necessidade de estudos mais completos. De qualquer forma, a literatura como um todo indicou que as características do transtorno colocavam os indivíduos em situação de risco para abusos sexuais e que a educação sexual seria a ferramenta necessária como proteção, servindo para ajudá-los em seu desenvolvimento, minimizando o risco de ser explorado ou explorar alguém sexualmente.

Os dados de pesquisa encontrados por Ballan (2012), na Holanda, indicaram que jovens com TEA estavam mais propensos a se envolver em comportamento sexual de risco ou se tornarem vítimas sexuais, porque muitos dos pais demonstraram não

vislumbrar no futuro de seus filhos envolvimento em relações sexuais, e isso poderia resultar em falta de atenção à saúde sexual. Os familiares demonstraram interesse e necessidade em conversar com profissionais sobre como se comunicar com seus filhos, mas as pessoas, que trabalharam com eles, relataram não ter conhecimentos ou habilidades para lidar com o assunto. Percebeu-se, portanto, uma responsabilização da família, que não estava devidamente preparada, sobre a educação sexual das pessoas com TEA e a necessidade de discutir sobre isso.

Maia (2009b) explicou que na família se aprende sobre as representações de identidades, gêneros, valores, concepções e repressões. Tudo isso seria fruto de um processo cultural e histórico que localiza a família em um foco importante de trabalho para educação sexual. Partindo do princípio emancipatório, a autora defendeu que todos os envolvidos, inclusive as pessoas diagnosticadas, devem participar ativamente deste processo de educação sexual e que é importante auxiliar os pais a reverem preconceitos, buscar esclarecimentos e informações.

É importante que os profissionais envolvidos no trabalho com as famílias levem em consideração que sua constituição é ampla, complexa, multideterminada e está em movimento constante. Dessa forma, compreender e respeitar a maneira como decidem promover a educação de seus membros é essencial. Ainda assim, é possível dialogar sobre a ampliação de seus repertórios enquanto educadores, já que pode existir a reprodução da educação sexual recebida por falta de informações ou ferramentas – que podem ser fornecidas, por exemplo, por psicólogos.

Newport e Newport (2002) comentaram que uma das grandes dificuldades que sentiram em seus próprios desenvolvimentos sexuais foi devido ao fato de seus pais não terem abordado a questão da sexualidade - por isso encorajaram os adolescentes com TEA/SA a demandarem diálogo sobre isso, caso não estivesse ocorrendo. Eles disseram

que em muitas famílias os pais pareciam esperar que o sexo fosse uma coisa que eles pudessem evitar.

Alguns exemplos de ações que poderiam ser consideradas emancipatórias: explicar o nome de partes íntimas do corpo e seu funcionamento, bem como do corpo do sexo oposto; dialogar sobre reprodução, evitando metáforas fantasiosas ou informações incompletas, contando como de fato ocorrem a gravidez e o parto; explicar sobre as diferentes formas de se relacionar que podem ser observadas nas pessoas; sinalizar que a masturbação é um processo comum que deve ser privado, individual e contextualizado etc.

Para ajudar os pais nesse processo, Newport e Newport (2002) deram dicas de como realizar essa abordagem. Indicaram, primeiramente, a busca por sinais de curiosidade em seus filhos sobre sexo - um dos principais é a masturbação, e afirmaram ser importante que os pais não fizessem a criança se sentir suja ou culpada por isso, que explicassem que seria normal e deveria ser um ato privado. Era importante também, segundo os autores, que os pais explorassem o que os filhos já sabiam ou não, e encontrassem um tempo adequado e um lugar confortável para falar sobre o assunto. Uma vez que o diálogo tivesse sido iniciado, os pais deveriam manter esse canal de comunicação aberto para o resto da vida, mas caso decidissem esperar o momento em que falar sobre sexo fosse necessário, provavelmente perceberiam que era tarde demais.

Um dos estudos brasileiros encontrados foi conduzido por Amaral (2009) com o objetivo de compreender como os pais se sentiam e se comportavam com relação à sexualidade de seus filhos adolescentes com TEA. A autora realizou entrevistas semiestruturadas com os três casais e, a partir da categorização temática dos conteúdos, discutiu resultados interessantes. Nenhum dos adolescentes havia participado de programas de educação sexual, e somente uma das famílias (F1) relatou ensinar noções

de privacidade, ao mostrar onde podia se masturbar. A mãe, dessa mesma família, indicou ter visto o filho se masturbando. Todos os participantes foram unânimes em afirmar que os filhos não tinham interesse neste assunto.

Sobre a curiosidade dos filhos adolescentes, as famílias afirmaram que somente um fez perguntas sobre a diferença entre os sexos, e uma identificou que o filho ficava excitado durante o banho. Pais de duas famílias afirmaram medo de abuso sexual, e um disse ser temeroso quanto à independência, à vontade de sair sozinho e as mudanças que deveriam vir com o tempo. A autora identificou, dentre os sentimentos dos pais sobre a sexualidade dos filhos, a percepção do adolescente como um bebê; esperanças de que um dia ele chegasse a namorar e oscilações entre negação e esperança acerca do desenvolvimento sexual (AMARAL, 2009).

Nessas famílias, a autora percebeu que os pais eram mais responsáveis por questões como atividades de lazer e as mães pelo banho e higiene, o que pareceu gerar desconforto. As tarefas parentais não eram compartilhadas pelo casal de forma igualitária: as mães executavam maior parte delas, especialmente as de vida diária, um dos maiores estressores. A autora descreveu, também, a observação de dificuldade em diferenciação de aspectos comportamentais próprios da fase do desenvolvimento, da personalidade do filho e típicas do TEA. Isso pareceu gerar conflitos nos pais sobre como agir perante os comportamentos diversos. A autora ressaltou a necessidade de intervenções dirigidas às famílias com relação à coparentalidade, à sexualidade do filho e ao desenvolvimento. O reconhecimento da entrada na adolescência pareceu estar sendo dificultado por um senso de proteção e cuidados exaustivos dos pais (AMARAL, 2009).

Para Sousa, Fernandes e Barroso (2006) a família representa a primeira fonte de informações e atitudes sobre sexualidade, sendo a educação sexual promovida por ela

permeada por aspectos culturais diversos, como a visão de mundo, a linguagem, a religião, o contexto social, político, educacional, tecnológico, etno-histórico e ambiental. Isso significa que pode haver conhecimentos sendo transmitidos, marcados por preconceitos, mitos e crenças, o que evidencia a necessidade de atenção e auxílio aos familiares. Tissot (2009) disse que os suportes da pessoa com TEA precisam se manter abertos e trabalhar juntos para encontrar o apoio necessário para cada pessoa.

Ballan (2012) realizou um estudo na Holanda para compreender como era realizada a comunicação dos pais sobre sexualidade com seus filhos com TEA e explorar suas perspectivas sobre este assunto. Ela aplicou um questionário semiestruturado com 18 pais de crianças autistas com idades entre 6 e 13 anos abordando, principalmente, duas questões: quais conhecimentos e habilidades seriam necessárias para os pais se comunicarem com seus filhos sobre sexualidade e que tipos de suporte seriam necessários para os pais proverem informações a seus filhos. O primeiro tema que surgiu como preocupação para os pais era que os comportamentos sexuais e não sexuais de seus filhos fossem confundidos e estigmatizados por outras pessoas. Muitas vezes, a falta de discernimento sobre comportamentos sociais que eram ou não bem vistos poderia fazer com que as pessoas interpretassem erroneamente as atitudes deles e embora os pais percebessem que isso era um problema da normatização de comportamentos, discutiam também mecanismos que pudessem minimizar esses comportamentos não aceitos socialmente. Alguns aderiram a intervenções como colar pela casa papéis vermelhos onde não podia ficar sem roupa e papel verde onde podia e outras utilizaram o espaço de terapias para ensinar essas habilidades.

Em geral, os pais expressaram achar muito difícil imaginar seus filhos com pares no futuro, muitos disseram que os filhos não tinham amigos, por isso uma parceira ou namorada parecia improvável. Baseados em suas experiências, os pais relataram que

precisam preparar os filhos para as possíveis frustrações trazidas pelas paqueras, para que as negações não destruíssem suas autoestimas. Outras preocupações, que pareceram dificultar a expectativa dos filhos arranjam pares, foram as hipersensibilidades a cheiros ou dificuldades com interações sociais e emoções (BALLAN, 2012).

Os pais dessa pesquisa disseram que os comportamentos sexuais de seus filhos eram estigmatizados e temidos – até mesmo, por profissionais como professores ou enfermeiras da escola e, que comportamentos apresentados comumente por pessoas com desenvolvimento típico, eram vistos como inadequados para a pessoa com TEA. Eles disseram ter um desejo forte de se comunicar com os filhos e com profissionais sobre sexualidade, mas também forte apreensão e preocupações sobre essas discussões. Grande parte dos pais relatou ficar confortável em falar com os filhos sobre esse assunto, no entanto, preocupados sobre o quanto de fato eles estariam compreendendo sobre o assunto (BALLAN, 2012).

Dentre os instrumentos que poderiam ajudá-los a trabalhar sexualidade com os filhos, foram citados guias e listas de assuntos interessantes, bem como auxílio para decidir sobre o uso das expressões linguísticas utilizadas neste processo. Eles contaram que os filhos levavam as coisas ao pé da letra, como no caso da mãe que disse para o filho que se ele não escovasse os dentes, eles ficariam amarelos iguais aos de uma bruxa e o menino ficou uma hora no banheiro escovando. Há, também, o medo de tratar sobre este assunto e o mesmo se tornar um dos interesses específicos, como acontecia com o filho de uma das mães que passava até 10, 11 meses falando sobre um assunto específico; essa mesma preocupação se estendeu para o caso da masturbação se tornar um dos comportamentos autoestimulatórios obsessivos. Eles citaram por fim, grande falta de apoio dos profissionais para falar sobre esse assunto (BALLAN, 2012).

Na busca pela compreensão da realidade dos familiares de adolescente com TEA nos Estados Unidos, Holmes e Hilme (2014) realizaram uma pesquisa online com 190 pais perguntando sobre comunicação acerca da sexualidade. Em conformidade com a literatura, os adolescentes da pesquisa possuíam desejos sexuais, interesses e comportamentos; os pais relataram abordar alguns assuntos com os filhos e deixar outros para fontes alternativas. Os pais de pessoas com TEA/SA costumavam falar mais sobre privacidade, prevenção a abuso sexual, puberdade, higiene e noções básicas de relacionamento e saúde sexual. Os de níveis mais graves de TEA falavam sobre privacidade, prevenção de abuso sexual e tópicos da puberdade e da reprodução. A severidade dos sintomas do autismo pareceu ser um prediletor do número de assuntos abordados pelos pais.

Outro aspecto importante com relação à sexualidade de pessoas com TEA/SA é a prevalência significativa de meninos em comparação às meninas, o que leva a implicações de gênero que influenciam o desenvolvimento e a educação sexual. Newport e Newport (2002) comparando suas experiências de quando eram adolescentes, comentaram que no caso do homem, Jerry, houve marginalização pela falta de assertividade para iniciar uma interação social. A rejeição pública com relação à paquera era muito comum, porque as garotas não queriam ser vistas com meninos como ele. Já a mulher, Mary, explicou que a puberdade a ajudou em algumas medidas, porque passando a ser *sexy*, sentiu que a reação de seus pares mudou, ela deixou de ser ridicularizada. Entretanto, descreveu dificuldades, pois adultos queriam fazer sexo com ela, ofereciam drogas, e todos seus amigos eram mais velhos, deixando-a ainda mais exposta a relacionamentos abusivos.

Camargos Jr. e Teixeira (2013) pesquisaram especificamente sobre as meninas com TEA e comentam que elas apresentam inseguranças e baixa autoestima por estarem

confusas neste meio de regras e situações sociais indecifráveis. Em namoros, havia dificuldades devido à sua objetividade excessiva e a não compreensão de motivos das brigas ou dos outros pontos de vista. Situações como conhecer a família do parceiro pareceu ser um processo potencialmente difícil. Ressalta-se, portanto, a importância de apoiá-las no sentido de responder suas dúvidas com relação à sexualidade, muito frequentes nesta fase da adolescência. Poderia ocorrer de elas começarem a contar para as mães sobre seus relacionamentos sem perceberem o desconforto das mesmas e, neste momento, a intervenção terapêutica poderia ajudar.

Grande parte dos relatos de preocupação dos pais com relação ao diagnóstico das filhas é relativa a convenções sociais e padrões comportamentais relacionados ao gênero, como “conseguir manter o namorado”, “casamento”, “meninas precisam ser simpáticas e colaborar com serviços domésticos” (CAMARGOS JR; TEIXERA, 2013, p.97). Como afirmam Dantas, Silva e Carvalho (2014), a mulher com deficiência está, na sociedade patriarcal, em dupla desvantagem e vulnerabilidade:

As relações de gênero são fortemente marcadas nas mulheres com deficiência, pois, devido ao histórico processo de infantilização e dependência familiar em que estão submersas, as características de fragilidade feminina são intensificadas. Assim, elas são superprotegidas pela família em razão de violência e abuso sexual; e, frequentemente, são vistas como incapazes de exercer os papéis que são atribuídos às mulheres sem deficiência, tais como constituir família, cuidar dos filhos e das atividades domésticas (DANTAS; SILVA; CARVALHO, 2014, p. 558-559).

Uma pesquisa australiana conduzida por Cridland et al. (2014) buscou apreender as experiências de adolescência de meninas com TEA por meio de entrevistas semiestruturadas com elas e com suas mães. Alguns relatos pareceram muito similares às descobertas com garotos em outros estudos, como: desafios com relação ao diagnóstico, dificuldades na transição para o ensino médio, grande controle dos pais, dificuldades com a rotina de higiene e a importância de aprender sobre as fronteiras na interação com os outros. Dentre as questões específicas de gênero, três são exploradas a seguir. Uma delas é a dificuldade de fazer e manter amizades com pares neurotípicos

por várias razões, como não conseguir acompanhar as conversas devido ao tempo necessário para processar informações e falta de interesses ou conhecimentos sobre assuntos comumente presentes, como moda por exemplo. Outra são as mudanças da puberdade e preocupações: as mães falaram sobre as preocupações com lidar com a menstruação e seus cuidados, bem como explicar o que ela significa. Em geral, as participantes da pesquisa disseram lidar bem com as mudanças da puberdade. A terceira é vulnerabilidade sexual. As mães relataram medo com relação à exploração sexual e às dificuldades relativas à interpretação de comportamento sexual das outras pessoas e suas intenções.

Sintetizando os dados anteriormente citados de estudos sobre sexualidade de pessoas com TEA e com TEA/SA, tem-se que diversos autores enfatizaram que as dificuldades em habilidades sociais, de comunicação, os interesses restritos e repetitivos e a hipersensibilidade poderiam ser um fator limitante do desenvolvimento sexual (MEHZABIN; STOKES, 2011; NATALE; OLIVEIRA, 2012; NEWPORT; NEWPORT, 2002; SEGAR, 2008; STOKES; NEWTON; KAUR, 2007). Além disso, vários citaram independência entre conhecimentos e práticas sexuais, ou seja, que bons níveis de conhecimento sobre o assunto não significavam experiências satisfatórias (BYERS, NICHOLS; VOYER, 2013; HELLEMANS et al., 2007; OUSLEY; MESIBOV, 1991).

A identificação de desejos sexuais para vivências solitárias da sexualidade também foi encontrada em diversos estudos, assim como intenções de relações diáticas, embora em menor grau (BYERS, NICHOLS, VOYER, 2013; DEWINTER et al., 2015; HELLEMANS et al., 2007; KALYVA, 2010; NATALE; OLIVEIRA, 2013; OUSLEY; MESIBOV, 1991; TISSOT, 2009) e a menor frequência de práticas e comportamentos sexuais (STOKES; KAUR, 2005).

Os receios quanto à má interpretação dos comportamentos de outras pessoas como sexuais ou afetivos, quando esse não era o caso, também apareceram como uma questão importante (MEHZABIN; STOKES, 2011; NEWPORT; NEWPORT, 2002) assim como os registros de comportamentos sexuais inadequados (GILMOUR; SCHALAMON; SMITH, 2012; HELLEMANS et al., 2007; KALYVA, 2010; STOKES; NEWTON; KAUR, 2007).

Inúmeros estudos reafirmaram a maior vulnerabilização com relação a abusos sexuais, violências e *bullying* (BALLAN, 2012; BROWN-LAVOIE; VIECILI; WEISS, 2014; CAMARGOS JR.; TEIXEIRA, 2013; FISHER. MOSKOWITZ; HODAPP, 2013; KALYVA, 2010; NEWPORT; NEWPORT, 2002, SEVLEVER; ROTH, GILLIS, 2013; SRECKOVIC, BRUNSTING; ABLE, 2014) indicando a necessidade de atenção para o assunto. As dificuldades dos pais em reconhecer a sexualidade do filho e falar sobre isto foi destacada por alguns autores (AMARAL, 2009; BALLAN, 2012; NEWPORT; NEWPORT, 2002) assim como as questões específicas de gênero no TEA/SA (CAMARGOS JR.; TEIXEIRA, 2013; CRIDLAND et al., 2014; NEWPORT; NEWPORT, 2002).

Nota-se que as produções bibliográficas sobre sexualidade e TEA/SA são provenientes de diferentes países – alguns inclusive com diferenças culturais significativas como Turquia e Estados Unidos. É interessante perceber, ainda assim, que os resultados são convergentes e similares mesmo em locais nos quais aparentemente há maior liberdade para falar sobre sexualidade como países europeus ou norte-americanos. Embora seja notável, ainda, diferentes abordagens e objetos nestes estudos, há um fator comum presente em todos eles: a urgente necessidade de programas educativos ou terapêuticos com o objetivo de promover a educação sexual desses indivíduos.

#### **1.4.4 Propostas de intervenção e materiais didáticos para educação sexual de pessoas com TEA/SA**

Dentre os estudos apresentados, muitos propõem intervenções com características, objetivos e pressupostos variados para atuar sobre a sexualidade de pessoas com TEA/SA. Para Mehzabin e Stokes (2011), por exemplo, é urgente a necessidade de programas especializados em educação sexual com a incorporação de questões como regras sociais, comunicação e compreensão e para Hellemans et al. (2007) o ensino da masturbação também pode ser necessário, citando como possíveis recursos, as instruções verbais, as fotografias ou vídeos. Stokes, Newton e Kaur (2007) ressaltam a importância dos relacionamentos com pares e amigos para o desenvolvimento das habilidades sociais e de relacionamento.

Fisher, Moskowitz e Hodapp (2013) afirmam que o estabelecimento de uma forte rede de relacionamentos parece prioridade no programa de diminuição de vulnerabilidade da população com TEA/SA, pois o isolamento social aumenta as possibilidades de pessoas tirarem vantagens deles. A promoção de habilidades sociais para que estabeleçam relacionamentos também pode se tornar, na opinião dos autores, um fator de proteção.

Para Maia et al. (2015) a formação continuada de educadores para que consigam promover a educação destes alunos de forma adequada pode favorecer públicos diversos, assim como Vieira e Maia (2013) citam com relação aos alunos com deficiências em geral. Moreira (2007) indica o trabalho em grupo como uma intervenção interessante para a educação sexual de pessoas com deficiência, citando ideias de dinâmicas e oficinas que podem ser muito úteis a educadores.

França-Ribeiro (2004) diz que nessa fase de transição para a vida adulta e de busca pela independência, os serviços de ajuda devem ser oferecidos por meio de programas de educação sexual, de aconselhamento ou de terapia sexual. Ele comenta também que em alguns países há o incentivo da independência da pessoa com deficiência, sendo muito interessante que poderia fazer parte de um futuro mais acessível no Brasil. A proposta é que os adultos tenham seus apartamentos, morem sozinhos ou em grupos, tendo namorados/as caso desejem, e espaços privados para vivência da intimidade. Pode haver, em casos de necessidades, suportes ocasionais e ajuda para a gestão do cotidiano da moradia.

Para Maia (2009a) o importante é que os profissionais que trabalham com pessoas com deficiência não limitem sua visão aos estereótipos e preconceitos, não reproduzam concepções pessoais e reflitam continuamente sobre suas ideias e atitudes. Ações essenciais, em sua opinião, estão no apoio para construção de autoimagem e autoestima na fase de transição entre infância e vida adulta.

A estadunidense Koller (2000) cita que o ideal é que as intervenções sejam: mais concretas que abstratas; breves, específicas e claras; visuais; utilizar imitações e *role-playings*; realizadas em situações de vida real e repetidas frequentemente. As propostas citadas dos manuais de Segar (2008) e Newport e Newport (2002) parecem cumprir estes quesitos para eficácia.

Dantas, Silva e Carvalho (2014) defendem que as intervenções devem ser realizadas para o empoderamento, para o conhecimento da autoadvocacia e dos direitos sexuais como possibilidades de abrir caminhos para o protagonismo na educação, no trabalho, na vida familiar, afetiva e sexual. Isso implica mudar o foco da deficiência para as habilidades, combatendo a cultura da incapacitação da pessoa com deficiência e da sua desvalorização.

Para Aston (2012) uma possibilidade de trabalho seria com foco em questões que podem surgir quando um ou ambos do casal têm TEA/SA e procuram terapeutas para auxiliá-los. Para isso, ela afirma, é necessário que o profissional entenda sobre o transtorno e consiga trabalhar com o casal conjuntamente, auxiliando-o a atingir níveis de intimidade, sem enquadrar de antemão a pessoa no estereótipo do TEA/SA, compreendendo suas necessidades específicas. É importante, também, ser muito claro e direto com esses clientes, não assumir que tenham compreendido o que foi dito sem ter essa certeza e repetir sempre que necessário.

Dekker et al. (2015) desenvolveram o *Tackling Teenage Training* (TTT) como programa para educação sexual de pessoas com TEA/SA. O estudo piloto para aplicação deste programa foi realizado na Holanda entre 2010 e 2012 com trinta adolescentes diagnosticados e idades entre 11 e 19 anos. O critério de inclusão na amostra era QI mínimo de 75 pontos, e para comparar seus desempenhos foram realizados pré e pós teste. O treinamento completo levou seis meses e houve uma reunião introdutória para que os pais e adolescentes conhecessem o programa. O programa foi de aplicação individual com 18 sessões cobrindo os seguintes tópicos: discussão sobre a puberdade; aparência; primeiras impressões; desenvolvimento físico e emocional na puberdade; como fazer amigos e manter amizades; se apaixonando e tendo um encontro; sexualidade e sexo; orientação sexual, masturbação e relação sexual segura; gravidez; estabelecendo e respeitando limites; uso da internet. Seu objetivo principal era aumentar o nível de conhecimento sobre sexualidade para possivelmente obter melhor funcionamento sexual.

Neste estudo, as sessões foram estruturadas da seguinte forma: os adolescentes recebiam informações sobre os tópicos e depois faziam exercícios sobre eles. Em cada sessão havia folhetos com as informações e os exercícios, ancorados em ilustrações e

um kit de treino com objetos como um pênis-modelo e camisinhas. Ao final de cada sessão era entregue uma tarefa para casa, de modo que eles pudessem praticar em outro contexto aquele conhecimento e os pais eram informados via e-mail sobre o conteúdo da sessão passada, assim como particularidades necessárias. Esse *feedback* dos pais era realizado com autorização dos filhos. O pré e o pós teste foram realizados por meio de um questionário com 37 itens com perguntas que variavam entre o significado de terminologias sexuais a conhecimentos sobre funcionamento de órgãos e tópicos relacionados a sexo seguro, como “O que significa orgasmo?”, “O que ocorre quando alguém ejacula?” ou “Como se usa a camisinha?”, além de questões psicossociais como “Por que é necessário fazer contato visual durante interações sociais?”. O teste tinha 35 questões de múltiplas escolhas e duas abertas, uma sobre as partes reprodutivas do corpo do homem e outra sobre nomeação de partes do corpo feminino (DEKKER et al., 2015).

Para Dekker et al. (2015), a partir do aumento significativo dos resultados do pós-teste, o conhecimento dos adolescentes em aspectos psicossociais da sexualidade aumentou significativamente. Os pais relataram perceber uma generalização dos conhecimentos da situação de ensino para as situações cotidianas. O programa pareceu favorecer adolescentes mais jovens que adolescentes próximos à idade limite da amostra. Dentre as limitações metodológicas, eles indicaram: que o número da amostra foi pequeno para realizar generalizações; havia poucas meninas, o que torna difícil comparar se os ganhos também foram bons para elas; as respostas corretas do pós treino podem ter algum efeito, porque o pré treino era idêntico e há necessidade de maior controle sobre a generalização dos comportamentos para a vida cotidiana.

Outro tipo de intervenção interessante proposto para a população com TEA/SA é o uso de histórias sociais para ensinar habilidades ou conteúdos acerca da sexualidade,

comentado pelos norte-americanos Tarnai e Wolfe (2008). Em geral, essas histórias são escritas na primeira pessoa do singular e as respostas ou comportamentos devem ser sempre utilizados no formato positivo “eu vou usar esse tom de voz” ao invés de “não devo falar alto”. As histórias sociais têm basicamente seis sentenças com a seguinte estrutura: descrição da situação social em que aquela habilidade será importante; do comportamento adequado; dos sentimentos ou respostas da outra pessoa nessa situação; expressão de um valor ou opinião social sobre aquela situação; ensino sobre como e onde identificar, quando usar este comportamento e descrição do que outras pessoas farão para ajudar o estudante (TARNAI; WOLFE, 2008).

Comparando as intervenções para pessoa com TEA realizadas no Brasil com as estrangeiras, Murari e Micheletto (2013) comentam:

[...] pode-se dizer que ainda estamos muito aquém. No entanto, é possível perceber uma movimentação nos contextos acadêmicos (universidades), sociais (comunidades) e até mesmo governamental que trazem luz para um caminho até então abandonado e esquecido. Vemos hoje muitas ONGs, como, por exemplo, a Autismo e Realidade, associações como Associação de Amigos dos Autistas (AMA) espalhadas por todo país, procurando sempre trazer para a comunidade serviços e palestras. As Universidades, como por exemplo, PUC de São Paulo, Federal do Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, USP entre outras, em diferentes estados, ou mesmo clínicas privadas estão promovendo cursos, eventos e desenvolvendo pesquisas sobre o tema em seus diferentes aspectos (MURARI; MICHELETTO, 2013, p.100).

Intervenções focadas em promover outros aspectos variados do desenvolvimento podem influenciar a sexualidade de modo positivo e indireto. Pucetti (2013) comenta sobre o uso da arte como instrumento para a constituição de pessoas críticas e problematizadoras, propiciando processo de criação e experiências emocionais. A arte, segundo ela, “desloca o olhar, rompe com o limite do racional e o estigma da diferença, pois ordena o pensamento, revela a expressão, o potencial, convida à criação” (PUCETTI, 2013, p.149). Outro exemplo é a realização de programas *antibullying* com a promoção, em primeiro lugar, de formação para que funcionários e professores

aprendam a identificar e prevenir esse tipo de violência (ALLIPRANDINI; SODRE, 2013).

Natale e Oliveira (2013) ressaltam a importância de inserção dos indivíduos com TEA/SA em programas de desenvolvimento de habilidades sociais e sócio-sexuais. A participação de um conselheiro pessoal é recomendada, ou de alguém que possa auxiliar, em tempo real, o indivíduo com relação às suas experiências. A ideia é que haja a maior autonomia possível e vivências da sexualidade de forma saudável e plena. Kalyva (2010) também afirma a necessidade de investir na prática do treino de regras sociais e Teodoro, Casarini e Scorsolini-Comin (2013) falam que o trabalho pode buscar desenvolver a comunicação social, como treino de compreensão não literal e contato visual.

Diante da pluralidade de possibilidades interventivas, cada qual com sua importância, há uma consideração que precisa ser mantida, independentemente do contexto, local e característica da população atingida:

A abordagem de forma respeitosa e sem preconceitos de questões de gênero e práticas sexuais pode criar um ambiente de convivência e aprendizado útil para todos. Afinal, a diferença não precisa ser uma marca, uma categoria ou um estigma, mas algo que nos faça repensar velhos modelos em benefício de uma visão mais plural e democrática sobre a diversidade afetiva e sexual do presente (MISKOLCI, 2010, p. 87).

Quanto aos materiais, atualmente, disponíveis para auxiliar adolescentes, jovens e adultos com TEA/SA e seus familiares, merecem destaque aqueles escritos por pessoas diagnosticadas que transmitem a perspectiva de como o ensino pode ser mais efetivo, levando em consideração suas necessidades específicas.

O “Guia de Sobrevivência para Portadores de Síndrome de Asperger” foi escrito em 1997 por Marc Segar, mas a versão traduzida para o português e adaptada com questões da cultura brasileira só foi disponibilizada onze anos depois (SEGAR, 2008). O autor trata sobre os seguintes tópicos: preocupações; olhando para o lado bom;

linguagem corporal; distorções da verdade; conversas; humor e conflitos; problemas relacionados à sexualidade e questões sobre sair à noite; encontrando amigos verdadeiros; mantendo uma boa imagem; contando a todos que você é autista; na escola; vivendo longe de casa; usando o telefone; entrevistas e empregos; dirigir; viajando ao estrangeiro; oportunidades de conhecer pessoas e, uma análise pessoal da profundidade do problema.

O guia é um material muito rico a ser trabalhado com os adolescentes, especialmente pela linguagem utilizada e pelas questões levantadas que muito possivelmente as pessoas neurotípicas não pensariam. No que diz respeito ao desenvolvimento sexual, é interessante notar o tópico da autoimagem, no qual ele indica que as pessoas falem sobre suas dificuldades e limitações, mas que devem buscar sempre focar em suas qualidades – muitas delas, inclusive, decorrentes do TEA/SA como o hiperfoco e boa memória fotográfica. Ele dá pistas de como decifrar linguagem corporal, modular tom de voz e estabelecer distâncias corporais educadas (SEGAR, 2008).

Segar (2008) fala também sobre regras sociais acerca de relacionamentos sexuais e amorosos, citando os aspectos machistas da sociedade ocidental, fala sobre a importância de conhecer gírias e manter discrição sobre as relações sexuais que tiver; cita os diferentes nomes comumente atribuídos à maconha, para que o leitor possa compreender situações sociais que a envolvam, e ensina como cuidar da aparência, passando pouca loção pós-barba, por exemplo. Ele basicamente conta em detalhes questões que as pessoas sem deficiência costumam aprender observando as outras ou por meios discretos de aprendizagem, como dicas leves. Talvez esse seja o principal meio de ensino necessário de incorporar em outros contextos da vida das pessoas com TEA/SA: a linguagem clara, direta e as regras explícitas.

O material escrito por Newport e Newport (2002), já citado anteriormente, também busca estruturar, em uma linguagem compreensível, tópicos que precisam ser “desvendados” pelos adolescentes com TEA/SA e que seus pais precisam compreender como delicados e necessitados de apoio. O material segue a seguinte sequência temática: Relacionamentos sociais ou sexuais; Interesse sexual; O que os pais devem dizer e quando; Mudanças na área sexual; Problemas sensoriais no sexo; Maus relacionamentos; Controle de nascimento, Prevenção de doenças e responsabilidade pessoal; Estupro, molestaç o e abuso; Desenvolvimento tardio; Socialização, carreira e internet.

Por meio de conselhos simples o casal auxilia o jovem leitor a entender alguns mistérios sobre relacionamentos e d  dicas, como sobre a necessidade de descobrir o que se gosta de fazer para encontrar pessoas que gostem também. Uma peculiaridade interessante do material é que sendo escrito para adolescentes e, também, familiares, d  destaque para a necessidade de independência e de ajuda para o planejamento de vida, que, muitas vezes, parece difícil de encarar quando se tem um filho com deficiência (NEWPORT; NEWPORT, 2002).

Outro material interessante foi escrito por Sara Hendrickx, uma mulher sem deficiência companheira de um homem diagnosticado com TEA/SA, denominado *Amor, sexo e relacionamentos longos: o que as pessoas com Síndrome de Asperger realmente querem?*. O livro é direcionado, em primeiro lugar, para pessoas com TEA/SA tratando de assuntos como relacionamentos, namoro e comportamentos de maneira mais simplificada, considerando que as interações que experienciam em suas vidas são limitadas (DRAHOTA, 2010).

Wrobel (2003) escreveu um manual voltado para pais de crianças e adolescentes incluídos em diversos níveis do TEA para instruí-los sobre como ensinar autocuidados

por meio de estratégias como comandos verbais de simples compreensão e ideias de atividades lúdicas a serem aplicadas. Os tópicos tratados pela autora são: higiene, saúde, crescimento e desenvolvimento, menstruação, toque, segurança pessoal e masturbação. Embora não seja escrito por uma pessoa diagnosticada, como os materiais anteriormente citados, o manual leva em consideração as necessidades da população de terem informações explicadas de forma simples e detalhada. Inclui o ensino sobre como o corpo se desenvolve a partir da adolescência e o que é e como cuidar da menstruação, da barba e da masturbação.

Como pode ser observado, estudos sobre intervenções e materiais para educação sexual de pessoas com TEA/SA têm sido publicados e explorados de forma abrangente, mas é importante notar que nenhum deles parte de iniciativas brasileiras. Esta escassez também foi encontrada nas pesquisas de descrição da sexualidade desta população (AMARAL, 2009; NATALE; OLIVEIRA, 2013) indicando poucos dados considerando aspectos geográficos, educativos, sociais, culturais e de saúde relativos à realidade dos adolescentes com TEA/SA que vivem no Brasil.

Partindo dos princípios da Declaração dos Direitos Sexuais, da Lei Brasileira de Inclusão (LBI) e do Paradigma de Suporte/Inclusão (ARANHA, 2001; BRASIL, 2015; WORLD ASSOCIATION FOR SEXOLOGY, 2014), segundo os quais devem ser garantidos o acesso à educação, aos meios sociais e aos conhecimentos sobre sexualidade e reconhecendo a necessidade de investimento em estudos brasileiros acerca deste tema, parece coerente investigar como se dá este processo educativo para criar condições de propor futuramente ferramentas de intervenção. Sendo a família o primeiro e principal agente educativo, conhecer como pensam e agem sobre a sexualidade de seus filhos pode ser um passo inicial importante na exploração do tema. Em consonância com os argumentos apresentados, realizou-se esta pesquisa.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Gerais**

Investigar as opiniões e ações de mães sobre a sexualidade de filhos com Transtorno do Espectro Autista/Síndrome de Asperger (TEA/SA)<sup>4</sup>.

### **2.2 Específicos**

a) Descrever as opiniões de mães sobre a sexualidade de pessoas com deficiência e de pessoas com TEA/SA;

b) Descrever as expectativas das mães a respeito do futuro dos filhos com relação à sexualidade;

c) Descrever aspectos biológicos e sociais do desenvolvimento sexual de jovens com TEA/SA conforme relatos de suas mães;

d) Identificar ações cotidianas das mães, a partir de seus relatos, sobre a educação sexual dos filhos, bem como as facilidades e dificuldades sentidas por elas neste processo.

---

<sup>4</sup> Este estudo tem a aprovação de um Comitê de Ética a partir da Plataforma Brasil (Processo n. 32525114.6.0000.5398) respeitando os procedimentos de pesquisas com seres humanos.

### 3. MÉTODO

#### 3.1 Participantes

Participaram desta pesquisa sete mães de filhos diagnosticados com TEA/SA durante a infância, caracterizando uma amostra por conveniência (COZBY, 2003). Os nomes das participantes foram substituídos pela letra M seguida pelo número indicativo da sequência da coleta de dados. O nome dos filhos foi substituído pela letra F seguida do algarismo utilizado na identificação da mãe participante.

As participantes desta pesquisa tinham idades entre 27 e 54 anos, no momento da coleta de dados, e residiam em cidades próximas no interior do Estado de São Paulo. Todas elas se dedicavam exclusivamente aos cuidados da casa, sendo que três se identificaram como únicas cuidadoras dos filhos e quatro relataram ser a principal cuidadora, embora tivessem ajuda de parceiros.

#### Quadro 2. Caracterização geral das participantes

Participante	Idade	Ocupação	Estado civil
M1	37 anos	Dona de casa <sup>5</sup>	Divorciada
M2	50 anos	Dona de casa	Viúva
M3	43 anos	Dona de casa	Divorciada
M4	53 anos	Dona de casa	Casada
M5	54 anos	Dona de casa	Casada
M6	42 anos	Dona de casa	Casada
M7	27 anos	Dona de casa	Casada

Com relação aos filhos das participantes da presente pesquisa, todos foram diagnosticados com o que se denominava, até então, Síndrome de Asperger<sup>6</sup>. Seis deles eram meninos e uma era menina, corroborando com os dados da literatura indicativos

<sup>5</sup> “Dona de casa” foi a nomenclatura utilizada pelas próprias participantes para descrever sua situação profissional, ou seja, indicar que se dedicavam exclusivamente aos serviços domésticos.

<sup>6</sup> Embora tenhamos optado pelo uso da sigla TEA/SA para nos referirmos à condição do Transtorno do Espectro Autista em níveis leves, respeitaremos o uso do termo “Síndrome de Asperger” quando assim tiver sido utilizado pelos familiares. Todos os filhos foram diagnosticados com SA antes das mudanças de nomenclatura nos manuais diagnósticos e as famílias continuam utilizando-na como referência.

do maior número de diagnósticos no sexo masculino (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

**Quadro 3.** Caracterização geral dos filhos das participantes

Participante	Gênero	Idade	Diagnóstico do filho	Idade na época do diagnóstico	Interesse específico do filho
F1	Masculino	15 anos	Síndrome de Asperger	06-07 anos	Mãe não identificou
F2	Masculino	19 anos	Síndrome de Asperger	06-07 anos	Animais, países e rock
F3	Masculino	20 anos	Síndrome de Asperger	05-06 anos	Música
F4	Masculino	22 anos	Síndrome de Asperger	12 anos	Informática
F5	Masculino	15 anos	Síndrome de Asperger	08 anos	História internacional
F6	Feminino	10 anos	Síndrome de Asperger	08 anos	Biologia
F7	Masculino	11 anos	Síndrome de Asperger	06-07 anos	Dragões, dinossauros e biologia

### 3.2 Instrumentos

Foram utilizados dois instrumentos para a coleta de dados, ambos elaborados pelas pesquisadoras para os fins específicos deste estudo.

#### 3.2.1 Ficha de caracterização do filho com TEA/SA

A ficha de caracterização serviu para a descrição geral dos filhos, com solicitação de dados de contato como telefone, e-mail e endereço das mães, e de dados básicos como nome, idade na época do diagnóstico e no momento da coleta, serviços educacionais e de saúde que frequentavam. Por ser comum dentre essa população a existência de interesses restritos e repetitivos, incluiu-se uma questão sobre quais os temas de preferência do momento, pois caso fossem relacionados à sexualidade configurariam uma variável importante (ver APÊNDICE A).

### 3.2.2 Roteiro de entrevista “Relatos de Familiares sobre a sexualidade de filhos com TEA/SA”

O roteiro, também elaborado para esta pesquisa específica, foi organizado a partir dos seguintes eixos: a) Opiniões sobre a sexualidade de pessoas com deficiência e sobre a sexualidade de pessoas com TEA/SA; b) Relatos sobre a sexualidade do filho; c) Relatos de ações relacionadas à educação sexual do filho. O esquema seguinte descreve os objetivos pretendidos com as questões:

**Quadro 4.** Eixos, objetivos e questões do roteiro de entrevista “Relatos de familiares sobre a sexualidade de filhos com TEA/SA”

<b>Eixo</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Questões</b>
Eixo 1: Opiniões sobre a sexualidade de pessoas com deficiência e sobre a sexualidade de pessoas com TEA/SA	Descrever as opiniões de mães sobre a educação sexual dos filhos, sobre sexualidade de pessoas com deficiência e de pessoas com TEA/SA.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Em sua opinião, as pessoas com deficiências, em geral, têm sexualidade? (Caso a resposta fosse não, questão seguinte suprimida)</li> <li>• O que tem de igual ou diferente na sexualidade delas com relação às demais pessoas?</li> <li>• O que você pensa sobre a sexualidade de pessoas com SA? É igual das outras pessoas ou é diferente? Por que você pensa assim?</li> <li>• Você já leu, estudou ou se informou sobre as questões de sexualidade e SA?</li> <li>• Algum profissional que tenha atendido seu filho abordou esse assunto com você? O que foi dito?</li> </ul>
Eixo 2: Relatos sobre a sexualidade do filho	Descrever as expectativas das mães a respeito do futuro dos filhos com relação à sexualidade; Descrever aspectos biológicos e sociais do desenvolvimento sexual de jovens com TEA/SA conforme relatos de suas mães;	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O que você pensa sobre a sexualidade de seu filho? Como é hoje?</li> <li>• Como você espera que seja no futuro? Você acredita que ele terá um vínculo amoroso e sexual? Por que pensa assim?</li> <li>• Como você percebe o desenvolvimento físico sexual do seu filho? Já viu ele se masturbando? Soube disso acontecer? Como foi?</li> <li>• Como você percebe os sentimentos e interesses sexuais do seu filho?</li> <li>• Tem alguma(s) característica(s) da Síndrome que dificulte a educação sexual de seu filho? Qual(is)?</li> </ul>
Eixo 3: Relatos de ações relacionadas à educação sexual do filho	Identificar ações cotidianas das mães, a partir de seus relatos, com relação à educação sexual dos filhos, bem como as facilidades e dificuldades sentidas por elas neste processo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ele já fez perguntas sobre sexualidade? Se sim, para quem? O que foi perguntado ou respondido? Dê exemplos.</li> <li>• Há ações para educação sexual de seu filho em casa? Quais? Quem faz isso? Como?</li> <li>• Você sabe se há ações para educação sexual de seu filho na escola? O que sabe sobre isso?</li> <li>• Existe alguma intervenção específica sobre isso em algum outro espaço com seu filho?</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Você acha que seu filho aprende ou se informa sobre sexualidade por meio da televisão, internet, livros, jornais? Ou com colegas e amigos?</li> <li>• Você acha que seu filho já viu pornografia?</li> <li>• Caso acredite que deve haver educação sexual, como você acha que seria a mais adequada para seu filho? Quem deveria fazer isso?</li> <li>• A maneira de ensinar educação sexual a ele deve ser igual ou diferente de outras pessoas? Por quê?</li> </ul>
--	--	--

### 3.3 Procedimento de coleta de dados

Inicialmente foi estabelecido contato com duas instituições de educação especial da cidade que poderiam indicar possíveis participantes para a pesquisa. Na primeira instituição o projeto foi submetido ao comitê de ética interno e, após aprovação, os funcionários ligaram para os familiares cujas características eram compatíveis com as do critério de inclusão da amostra pedindo autorização para que o convite fosse realizado pela pesquisadora. Na outra instituição, a identificação de potenciais participantes foi feita por meio de seus cadastros e seus números de telefone foram cedidos.

Iniciou-se, então, o recrutamento para a coleta de dados por meio de contato por telefone. Neste momento foi feita uma apresentação geral da pesquisadora e dos objetivos da pesquisa. Em seguida foram exploradas possibilidades de local, data e horário para aplicação dos instrumentos. Todas as famílias convidadas aceitaram o convite. Foi solicitado, no contato, que participasse o adulto responsável pela pessoa com TEA/SA ou os adultos, quando houvesse mais de um. A primeira família participou como piloto, ou seja, o instrumento foi aplicado no participante, os dados foram transcritos e analisados e adequações foram realizadas, como alteração da sequência de perguntas e orientações quanto à condução da entrevista.

O local proposto para realização da coleta de dados foi a clínica-escola de Psicologia de uma universidade na qual alunos do curso de graduação realizam estágios. Esta clínica é uma unidade parceira do programa de pós-graduação no qual este projeto se inseriu e o local foi oferecido para uso gratuito após a aprovação do projeto pela coordenadora vigente.

As coletas das participantes M4, M6 e M7 foram realizadas em uma sala de atendimento individual dentro desta clínica, na qual estavam dispostas uma mesa e três cadeiras. Já as participantes M1, M2 e M5 relataram dificuldades de mobilidade por necessidade de ficar permanentemente em suas residências devido às funções domésticas. Nestes casos, a pesquisadora foi até suas casas e organizou os ambientes de forma que: estivessem presentes somente os participantes e ela no momento da coleta; que pudessem conversar sem interrupções e sem que fossem ouvidos; que estivessem confortavelmente acomodados e próximos o suficiente para que a gravação de áudio ficasse nítida. M3 também relatou não ter condições de comparecer à clínica por ser residente de outra cidade, mas como esporadicamente levava o filho para uma instituição de ensino próxima, a coleta foi realizada dentro desta escola com a garantia das mesmas condições básicas anteriormente descritas.

A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista individual e presencial, ou face a face (COZBY, 2003). O primeiro passo foi apresentar e explicar sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ver APÊNDICE C), no qual estavam descritos os objetivos do trabalho, as condições da aplicação dos instrumentos, a autorização de uso dos dados para fins científicos, e registrados o número de telefone e e-mail da pesquisadora e da universidade. Em seguida ao preenchimento de duas vias, uma foi entregue às participantes e uma ficou retida. Após anunciar o início da coleta de dados, com autorização, o gravador era ligado e deixado

visível e próximo. Primeiramente eram feitas as perguntas da ficha de informações gerais e depois a entrevista era realizada. O tempo médio de duração das coletas foi de 45 minutos. Ao final da aplicação dos instrumentos o gravador era desligado e as participantes eram informadas das próximas etapas da pesquisa: transcrições, elaboração dos capítulos teóricos e análises dos resultados.

### **3.4 Procedimento de análise de dados**

Toda a interação verbal transcrita foi compilada em um documento para análise. Os temas elencados nessas falas, respondendo aos objetivos do estudo, foram organizados em categorias a partir das perguntas realizadas na entrevista (Quadro 4). Cada categoria apresentou um dado de resultado na medida em que descreveu e elucidou questões do problema de pesquisa. Além disso, tratando-se de uma pesquisa qualitativa, tais categorias expressaram a opinião de um grupo de participantes e não são generalizáveis à população, embora possam, evidentemente, serem discutidos diante da revisão da literatura consultada apresentando respostas ou levantando novas hipóteses.

## **4. RESULTADOS e DISCUSSÃO**

### **4.1 Caracterização da amostra**

As características descritas pelas participantes sobre suas condições de vida são passíveis de discussão em inúmeros aspectos. A atribuição dos cuidados dos filhos à mulher na cultura patriarcal, por exemplo, fica clara na descrição das participantes: todas elas desempenhavam papel principal de cuidadora. Segundo Pires (2015) embora haja mudanças históricas e incorporações de trabalhos domésticos antes considerados femininos no cotidiano dos homens, as mulheres continuam sendo responsabilizadas pelos cuidados e criação dos filhos. Em grande parte das famílias o envolvimento do parceiro em atividades domésticas é esporádico.

Em sua pesquisa, realizada com quinze famílias, as mães constituíam o papel de principal cuidadora em quase todos os casos, assim como nos estudos de Smeha e Cezar (2011) e Aylaz et al. (2012). Pires (2015) evidencia a necessidade de atenção de áreas como o Serviço Social para a construção de estratégias que auxiliem essas mães na obtenção de direitos sociais, já que especialmente no caso de filhos com deficiências, os cuidados podem ser extremamente exaustivos e levá-las a privações importantes.

De forma similar, Santos (2010) identificou pais omissos com relação aos cuidados cotidianos de seus filhos e mães que exerciam solitariamente a função de cuidadora. Apontou como urgentes mudanças nas práticas de relações de gênero no cotidiano das famílias de pessoas com deficiência, debatendo sobre o exercício da maternidade e da paternidade responsável.

Smeha e Cezar (2011) relataram, semelhantemente, que os cuidados dos filhos diagnosticados eram prioridades das mães, que avaliaram esta tarefa como difícil e cansativa. Os reflexos dessa maternidade em suas vidas foram imensos como, por exemplo, o afastamento do mercado de trabalho – e de todas as relações possivelmente

envolvidas nele como independência financeira e realizações pessoais – e muitas não conseguiram retomar aquilo que lhes parecia importante. Considerando, ainda, que os níveis de ansiedade e estresse das mães são prejudiciais (ANDRADE; TEODORO, 2013), é essencial que os profissionais de saúde voltem suas atenções para cuidados aos familiares, especialmente às mães.

Outro aspecto importante é que dos sete filhos de participantes (crianças, adolescentes e jovens adultos), seis foram diagnosticados no início da vida escolar, o que é muito comum na variação mais leve do TEA – diferentemente de variações com déficits acentuados, percebidos com meses de idade. No caso do adolescente diagnosticado com 12 anos, particularmente tardio, a mãe afirmou que percebia aspectos alarmantes, mas comparava seu desenvolvimento ao do pai, que foi parecido, e julgava que haveria mudanças com o tempo. Todos os filhos das participantes desse estudo foram encaminhados ao serviço de saúde por meio da escola, o que reafirma a importância do preparo de educadores para identificação e ação a partir de sinais de desenvolvimento atípico.

Segundo os manuais psiquiátricos e estudos descritivos sobre o TEA, o interesse repetitivo por determinados assuntos é uma das características mais marcantes desta população (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; SEGAR, 2008; BRITO; NETO; AMARAL, 2013). Das sete participantes, seis identificaram em seus filhos interesses específicos e recorrentes, dentre eles: animais, países, música, rock, biologia, história, dragões e dinossauros. Elas relataram que os assuntos variavam ao longo do tempo, podendo durar períodos como anos, meses ou semanas, e dificultavam a interação social, pois os filhos queriam conversar somente sobre aquilo. A participante que não identificou este aspecto no filho informou que eles não conversavam muito, por isso era difícil dizer. Nenhum deles apresentava, no momento, ou ao longo da vida,

fixação em temas ligados à sexualidade, dado este que poderia ser marcante na presente pesquisa.

## **4.2 Categorias de análise**

As categorias de análise foram organizadas a partir dos eixos de perguntas inseridos na entrevista.

### 4.2.1 Eixo “Opiniões de mães sobre a sexualidade de pessoas com deficiência e de pessoas com TEA/SA”.

Os relatos das participantes foram subdivididos a partir das perguntas realizadas: opiniões sobre pessoas com deficiência terem ou não sexualidade; semelhanças ou diferenças identificadas por elas na sexualidade de pessoas com deficiência e sem deficiência; opiniões sobre pessoas com TEA/SA terem ou não sexualidade, semelhanças ou diferenças identificadas com relação às demais pessoas; acesso a informações sobre sexualidade de pessoas com TEA/SA; abordagem profissional sobre sexualidade do filho com TEA/SA.

#### *4.2.1.1 Opiniões sobre pessoas com deficiência terem ou não sexualidade:*

Para a participante M1, a vontade de estabelecer relação sexual das pessoas com deficiência, comparada à das pessoas sem deficiência, seria maior. Segundo Maia e Ribeiro (2010) e Vieira e Maia (2013) a atribuição de hiperssexualidade às pessoas com deficiência precisa ser desconstruída para evitar discriminações ou preconceitos. Em geral, os comportamentos vistos como inadequados relacionados à sexualidade assim o são devido à falta de instruções claras sobre como agir, ou seja, à ausência de diálogo - daí a necessidade da educação sexual.

M1 (mãe de F1, 15 anos): Ah, **dizem que eles têm mais vontade do que quem não tem problema, né?** Ah, sei lá, né? Só acho ruim assim, a menina, né? Ela já tem o problema dela, eu acho que essas pessoas não devia de ter, né? Menstruação. [...] Que tem uns que é mais ou menos o problema, tem uns que é pior. O ruim é aqueles que não andam e não falam, né? Que depende da pessoa, né? Isso que eu acho difícil. Ah, eu acho difícil assim porque eles não vai saber, vamos supor, ir lá no banheiro, tomar banho, trocar, tem que depender da mãe, ou de quem cuida, né? **Eu acho que essas pessoas não deviam de ter não** (sexualidade).

M1 ressalta ainda que as pessoas dependentes devem ter maiores dificuldades especialmente por precisarem de apoio quanto aos autocuidados e que não deveriam, portanto, ter sexualidade. É possível interpretar seu relato como a generalização de incapacidades citada por Maia (2009b) de forma que a necessidade de apoio se expanda para a dimensão afetiva e sexual do indivíduo.

Para M2 a sexualidade de pessoas com deficiência é limitada. Para M3, M5, M6 e M7 as pessoas com deficiência têm sexualidade e para M4 há dúvidas sobre o ato sexual.

M2 (mãe de F2, 19 anos): **Ah, acho que não. É limitado né?** O F2 ele pode se masturbar, né? [...] Se ele fizer, ele vai fazer escondido, né? Eu vejo assim, nas cuecas dele quando tá meio sujo assim, né? Agora, eu não sei, o F2 tinha fimose, quando pequeno. Eu não sei se ele tem ainda. Queria levar no médico pra ver como, né?

M3 (mãe de F3, 20 anos): **Eu acho que sim.**

M4 (mãe de F4, 22 anos): **Ai, meu Deus, isso daí eu não sei, viu?** Eu acho que eles têm vontade também, né, de fazer sexo, mas não sei, né? **Não sei se fazem, né?**

M5 (mãe de F5, 15 anos): **Claro que tem!**

M6 (mãe de F6, 10 anos): **Têm.**

M7 (mãe de M7, 11 anos): **Eu acho que tem.**

O reconhecimento da existência de sexualidade em pessoas com deficiência é um passo importante para que haja atenção ao seu direito de expressão do erotismo e acesso à educação sexual. As dúvidas e incertezas apresentadas pelas mães sobre o assunto são comuns em especial, porque, muito provavelmente, seus próprios processos

de aprendizado sobre sexualidade foram informais e advindos de fontes diversas. Os tabus que rondam a temática são comuns para famílias de filhos com deficiência ou não.

Dentre as possibilidades de ações para que essa sexualidade ganhe maior visibilidade, há a produção de materiais midiáticos e artísticos sobre o assunto. É muito comum que em novelas, filmes e propagandas a sexualidade representada seja repleta de normatividades – pessoas sem deficiência, brancas, ricas, heterossexuais, cisgêneros. Fica difícil para a população vislumbrar que existam múltiplas possibilidades e vivências para além dessas características, daí a importância da representatividade, ou seja, da inclusão de personagens diversos para que as pessoas possam se reconhecer neles.

O relato de M2 sobre a fimose que o filho tinha quando pequeno e a necessidade de levá-lo ao médico há tanto tempo remete a um alerta feito por Amaral (2009) de que muitas vezes a não reflexão sobre sexualidade destes adolescentes e jovens pode levar à precarização da sua saúde sexual.

#### *4.2.1.2 Semelhanças ou diferenças identificadas por elas na sexualidade de pessoas com deficiência e sem deficiência:*

M1 disse não ter ouvido falar sobre diferenças ou semelhanças entre sexualidade de pessoas com e sem deficiência. Embora tenha ocorrido um aumento de estudos acadêmicos nessa área, as informações divulgadas para a comunidade continuam restritas a materiais específicos.

M1 (mãe de F1, 15 anos): Ah, isso aí eu nunca ouvi falar não [...] **Ah, não sei. Nunca ouvi falar.**

Para M2, o desejo de se engajar em uma relação sexual seria a semelhança entre pessoas com e sem deficiência e a dificuldade de comunicação seria a diferença. Diversos estudos citam, estes mesmos aspectos, como os mais marcantes nesta

comparação: a existência de desejo como no restante da população enquanto os déficits de habilidades sociais seriam obstáculos para estabelecimento de relacionamentos sociais e amorosos (BYERS, NICHOLS, VOYER, 2013; MEHZABIN; STOKES, 2011).

M2 (mãe de F2, 19 anos): Ah, **de igual é que eles sentem a vontade de fazer, né?** Agora, **de diferente** [...] Eles não tem contato, igual o F2, com pessoas de [...] menina, entende? **Pra eles é mais difícil. A comunicação, fica mais difícil essa parte.**

Para M3 a sexualidade era um aspecto difícil da vida, e no caso de pessoas com deficiências, como TEA/SA ou restrições físicas, seria mais “sofrido” devido à dificuldade de se tocar e se expressar. Ressaltou, desta forma, os déficits dos indivíduos em detrimento de suas potencialidades, focando especialmente naquilo que eles não conseguiriam fazer. França-Ribeiro (2004) comenta que o foco nas dificuldades tem, como consequência, um discurso envolto de mitos e preconceitos não necessariamente correspondentes a como aquelas pessoas se sentem com relação à própria sexualidade.

M3 (mãe de F3, 20 anos): Já vi algumas coisas, já li algumas coisas, já assisti. Documentários. Já passou uma vez de pais com várias crianças [...] Mas tem, **eu acho que tem, e deve ser mais sofrido ainda, né?** Porque tem criança que consegue se expressar, como o F3, se tocar, ou no banho ou no quarto dele, **agora uma pessoa com deficiência física, eu acho que deve ser muito sofrido.** Eu acho que a sexualidade, ela é maravilhosa. Por um lado, né? Mas pra uma criança Asperger, é mais difícil. Pra uma pessoa com deficiência é mais difícil ainda.

Interessante notar também que a interpretação de sexualidade como genitalização ficou clara: M3 considerou que deveria ser difícil se tocar e M4 achou que no momento do sexo a diferença se apresentaria, classificando sua sexualidade com base em suas deficiências. De acordo com Miskolci (2010), não se pode deixar de classificar, no sentido de organizar o mundo, mas fazer perguntas a si mesmo sobre o que se quer destacar com essa classificação é um movimento importante para a desconstrução da certeza de que os sujeitos são representados por seus estereótipos.

M4 (mãe de F4, 22 anos): Então, a gente não sabe a ideia deles, o pensamento deles, porque tem esses transtornos, né? A gente não sabe se é

que nem um animal, se não é [...] Talvez seja até normal como os outros, né? Mas os jeitos deles é tudo diferente. [...] Você diz assim essas pessoas que tem problemas no corpo? Ah, acho que é normal, né? Porque é só no corpo, né? Não é na mente, né? **Porque o pensamento deles não é igual o nosso, né?** [...] Não é que eu esteja discriminando, mas acho que é diferente, né? Na hora do sexo. **A gente não sabe, né?** Como que a gente vai saber?

Há, ainda, diferenciação entre deficiências físicas e intelectuais, atribuindo a estas maiores dificuldades porque o funcionamento seria diferente. Assim como M4, M5 interpretou a “cabeça boa” como preditora de uma sexualidade igual a das pessoas sem deficiência.

M5 (mãe de F5, 15 anos): **Eu acho que é igual**, eles só têm a dificuldade deles. Sabe por quê? Porque o F5 tem a deficiência, **mas ele tem a cabeça boa**.

M6 considerou que a sexualidade da pessoa com deficiência seria influenciada pelo seu processo educativo, citando a educação informal que poderia ser mais “aberta” ou “conservadora”, ressaltando a maturidade como resultado desse processo e característica que iria influenciar nas vivências sexuais. “Ponderada” e “preocupada com o que o pai e a mãe iriam falar” seriam, para ela, algo positivo.

M6 (mãe de F6, 10 anos): **Ah, varia muito, né?** Acho que varia muito do meio que essa criança é formada. Então uma família que se comenta muito, que é muito aberto, que tem de tudo, que rola de tudo, eu acho que é diferente de uma família mais conservadora. Então, não é que tem certo ou errado, mas a criança ela vai ser mais ponderada, eu acredito, quando ela é mais cercada. Né? **Quando ela é muito livre, tudo pode**, então ela decide sem também se preocupar tanto com o que o pai vai falar, com o que a mãe vai falar. Acho que [...] o que pode acontecer com eles pode acontecer com a gente, mesma coisa. Tudo depende da maturidade. Da cabecinha de cada um. **Não é a questão em si do problema físico. Mas a maturidade que ela possui.**

Para M7 a sexualidade de pessoas com deficiências sensoriais seria igual a das pessoas sem deficiência. A questão de igualdade é paradoxal nesta temática aqui trabalhada: ao passo que é importante reconhecer a sexualidade como uma dimensão comum presente em todos os seres humanos, as diferenças devem ser consideradas para que o processo de educação sexual atenda às necessidades específicas de cada

indivíduo. Considerá-la simplesmente igual pode resultar na neutralização de dificuldades e apoios necessários para pessoas com deficiência.

M7 (mãe de M7, 11 anos): **Eu acho que é igual.** Ah, não muda. Porque por mais que a pessoa tenha uma deficiência visual ela vai ter uma sexualidade normal. Ou uma deficiência auditiva. **Independente, é normal.**

Seria ideal, portanto, considerar que a sexualidade existe nas pessoas com deficiência assim como nas outras pessoas, mas que podem existir necessidades a serem atendidas para que essa dimensão seja vivenciada: no caso de pessoas com TEA/SA a forma como aprendem e se comunicam deve receber atenção, por exemplo; no caso de pessoas usuárias de cadeiras de rodas, há aspectos arquitetônicos a serem considerados, bem como fisiológicos, e assim por diante. Daí a importância da educação sexual seguir os princípios da educação inclusiva e promover um Plano de Ensino Individualizado (PEI): analisando o repertório do indivíduo em si é possível identificar e atender a estas necessidades específicas.

#### *4.2.1.3 Opiniões sobre pessoas com TEA/SA terem ou não sexualidade, semelhanças ou diferenças identificadas com relação às demais pessoas:*

M1 e M2 relataram dúvidas sobre semelhanças ou diferenças na sexualidade de pessoas com e sem TEA/SA e por fim citaram as habilidades sociais – “saber lidar” e “chegar na outra pessoa, ter amizade” como características marcadamente diferentes. Segundo Newport e Newport (2002) o ensino de habilidades sociais é um pré-requisito essencial para o desenvolvimento sexual como um todo, e esta necessidade fica evidente no discurso das duas mães.

M1 (mãe de F1, 15 anos): Ah, também nunca ouvi falar não. Ah, será que não é igual a gente? Ou é diferente? [...] Ah, porque, sei lá, né? É uma pessoa normal, né? É igual a gente [...] **Eu acho, pra mim, que é igual.** Eu acho que não tem nada de diferente, né? **A única coisa que tem que saber lidar, né, com a pessoa.**

M2 (mãe de F2, 19 anos): Ah, não sei. Ah, eu acho que deve ser diferente. Nesse sentido mesmo de, de, de não chegar na outra pessoa, entendeu? Não ter amizade com menina. **Quer dizer, não tem amizade nem com menino nem com menina, né?**

A participante M3 comentou ter dúvidas sobre como reagir diante da poluição noturna do filho ou de sua ereção. Para Newport e Newport (2002) situações espontâneas, como as citadas pela mãe, são boas oportunidades para conversar sobre o que o adolescente está passando ou sentindo, nomeando, por exemplo, a ereção e comentando porque ela ocorre, como agir nesses momentos etc.

Para ela, F3 era “criança demais” e havia dúvidas sobre como iria se desenvolver sexualmente. Segar (2008) comenta que as pessoas com TEA/SA são, em muitas situações, pouco maliciosas, apresentando dificuldades para compreender mentiras, enganações ou intenções. Entretanto, a inocência não deve ser confundida com a infantilização: a leitura de sinais para compreensão de significados sociais pode ser ensinada a esta população com intervenções especificamente voltadas a este fim. Entretanto, o tratamento das pessoas como se elas fossem crianças pode resultar, além de dificuldades para independência de vida geral, no não reconhecimento de sua vida adulta e do seu desenvolvimento sexual (AMARAL, 2009).

M3 (mãe de F3, 20 anos): **Eu não sei como lidar às vezes com isso com o F3.** Que nem, às vezes ele tem uma poluição noturna, eu simplesmente falo pra pôr o pijama pra lavar, e ele fala isso com naturalidade e eu tento agir [...] Às vezes eu percebo que ele fica com o pênis ereto, né? Eu percebo que ele tem, porque ele me abraça, não com a intenção de eu ser mulher, assim, né, com alguma intenção errada, mas eu sou mulher. **Como ele é muito criança** [...] que ele tem tudo presinho dentro dele. Mas como ele é criança demais eu não sei como isso vai se desenvolver. É uma coisa que eu tenho preocupação. **Como eu fui casada com o pai do F3 e o pai dele tem Asperger, eu sei que é diferente.** Mesmo eu não sabendo que ele tem Asperger. E mesmo eu gostando dele eu não consegui conviver. [...] É diferente [...] **Desejo é diferente. A frequência é diferente. O ato em si, ele é diferente.** Ele é como tudo na vida de um Asperger: mais objetivo.

O ex-marido de M3, também diagnosticado com TEA/SA, proporcionou a ela uma visão sobre a sexualidade desta população. Segundo seu relato, o próprio ato sexual

teria características específicas, como a objetividade no ato sexual, ou, como ela citou em outros momentos da entrevista, a rapidez e falta de momentos preliminares ao sexo, que poderiam desgastar um relacionamento. Aston (2012) comenta que é comumente procurado por casais ou pessoas que se relacionam com alguém com TEA/SA para tratamento psicoterapêutico e ressalta a necessidade de profissionais estarem bem formados para auxiliá-los e trabalhar com os casais conjuntamente. Ele cita que repete diversas vezes as mesmas recomendações para pacientes com desatenção, por exemplo, adaptando seu tratamento às necessidades da pessoa.

M4 contou que embora o filho nunca tivesse experienciado relações sexuais, era “entusiasmado” e estava em uma fase de desenvolvimento sexual importante. Ela citou que a inserção do jovem na faculdade contribuiu para que aprendesse coisas novas como jeitos de se comportar, locomover e conversar. Newport e Newport (2002) dizem que uma das intervenções que podem dar bons resultados com adolescentes com TEA/SA é a inserção em meios nos quais haja oportunidade de conviver, aprender por observação, se relacionar, fazer novos amigos. Para Fisher, Moskowitz e Hodapp (2013) uma forte rede de relacionamentos sociais contribui também para a diminuição de vulnerabilidade dessas pessoas, pois o isolamento os deixa mais expostos.

M4 (mãe de F4, 22 anos): Ah, que difícil essa pergunta, em? [...] Ah, meu filho, ele nunca fez sexo. **Ele demonstra muito entusiasmo, muita vontade de sair com uma moça, tudo.** Mas nunca sai de casa. [...] Mas ele, assim, ele não fala tudo pra fora porque ele tem vergonha. Mas ele é jovem, né? Então ele tá com tudo, né? Tudo aquela [...] pra soltar pra fora, né? [...] Mas eu acho que o F4, ele assim, eu acredito que ele assim, é bem leve esse problema. Eu acho que seria normal. Porque assim, eu acredito que a pessoa vai aprendendo, né? Lidar com a situação, né? Então. E eu acho isso, né? Porque eu vejo assim o F4 assim um menino tão esperto [...] **E depois que ele entrou na faculdade ele desenvolveu. Nossa, porque lá ele convive com os professores. Ele convive com muitas pessoas na sala.** Então, ele vai vendo uma ideia aqui, uma ideia ali, e vai aprendendo, vai vendo o jeito da pessoa se associar. Vai vendo o jeito da pessoa se locomover. Conversar. Então o estudo é muito bom.

A inserção das pessoas em ambientes nos quais existam oportunidades para treinar e desenvolver novos comportamentos é essencial para seu aprendizado. A

Análise Aplicada do Comportamento voltada para o treinamento de habilidades sociais, por exemplo, utiliza técnicas como a modelagem, modelação e generalização de comportamentos para que sejam desenvolvidos repertórios como comunicar-se com o outro de forma assertiva e expressar opiniões. Para isso, entretanto, são necessárias oportunidades de treino em ambientes variados (BOLSONI-SILVA, 2002).

M5 interpretou a sexualidade como aspecto relacionado ao casamento e reprodução, contando que tentava abordar estes assuntos com o filho, mas ele não demonstrava interesse. Ela acreditava que seu desenvolvimento sexual seria diferente devido a este desinteresse, demonstrando a importância de trabalhar a sexualidade como um conceito amplo e complexo (MAIA, 2010) para expandir as expectativas sobre o futuro afetivo-sexual das pessoas.

M5 (mãe de F5, 15 anos): **No caso do meu filho eu acho que vai ser diferente. Ele não quer casar, ele não quer filho.** Se você toca nesse assunto ele fica bravo, ele fala: “É, mamãe, vamos mudar de assunto, que eu não quero esse assunto”.

É muito comum que adolescentes na mesma faixa etária de F5 estejam envolvidos ou interessados com outros aspectos da sexualidade para além dos citados pela mãe. Entretanto, devido às expectativas prévias de atipicidade da sexualidade, isso foi considerado como sinal de que seu desenvolvimento seria diferente. Ballan (2012) comenta que devido à estigmatização das pessoas com TEA, comportamentos vistos como comuns aos adolescentes com desenvolvimento típico são considerados inadequados para eles – como não se interessar pelo assunto de casamento, por exemplo.

M6 e M7 acreditavam que a sexualidade de pessoas com TEA/SA seria igual a das demais pessoas, o que poderia, como já comentado anteriormente, resultar na falta de atenção a características específicas de seus filhos como melhoras nas habilidades sociais, sensibilidades, comunicação, adaptação de materiais sobre o assunto etc.

M6 (mãe de F6, 10 anos): **Eu acho que é igual.**

M7 (mãe de M7, 11 anos): **Eu acho que é igual.** Eu acho que é igual. Ah, como eu tinha acabado de falar, todas as pessoas tem, né?

#### 4.2.1.4 Acesso a informações sobre sexualidade de pessoas com TEA/SA:

Amaral (2009) destacou a escassez de materiais na área de educação sexual de pessoas com TEA/SA tanto em formatos acadêmicos quanto para divulgação à comunidade. Quando questionadas sobre conhecimento ou acesso acerca desses materiais, as participantes indicaram carência, sendo que somente M1 comentou sobre a indicação que lhe havia sido feita de um livro sobre autismo. A participante não sabia ler, entretanto, por isso não comprou o livro.

É necessário considerar que muitas famílias brasileiras não têm condições de realizar leitura, comprar materiais ou utilizar a internet, de forma que eles deveriam ser acessíveis tanto em seu formato quanto em sua distribuição.

M1 (mãe de F1, 15 anos): Não. **A professora falou pra mim comprar o livrinho pra mim ler,** falou que é muita coisa, eu disse: “Vixi...”. **Um livrinho sobre autismo, né?** Ela falou pra mim. Ela falou: comprar pra você ver, aí você vai ficar sabendo como que é. Mas eu não comprei ainda não.

M2 (mãe de F2, 19 anos): **Não, isso aí nunca ouvi.**

M3 (mãe de F3, 20 anos): **Síndrome de Asperger sim, sexualidade não.**

M6 (mãe de F6, 10 anos): **Síndrome de Asperger sim, sexualidade não.**

M7 (mãe de M7, 11 anos): **Não.**

Eyal (2010) comenta que há, atualmente, maior visibilidade do TEA em mídias – tanto que denomina como “epidemia do autismo” essa nova posição de espalhamento de informações sobre o transtorno. Nos últimos anos, reportagens em programas televisivos populares como o “Fantástico”<sup>7</sup> na TV Globo e em novelas do mesmo canal colaboraram para que as pessoas passassem a falar mais sobre o assunto. São maneiras

<sup>7</sup> “Fantástico” é um programa de televisão brasileiro exibido aos domingos pela emissora aberta TV Globo a partir de agosto de 1973 abordando temas gerais como saúde, esportes, entretenimento e notícias.

eficazes de tratar o assunto, mas precisam de cautela para que as informações veiculadas sejam claras e corretas, já que atingem milhões de pessoas.

#### *4.2.1.5 Abordagem profissional sobre sexualidade do filho com TEA/SA:*

Cinco mães informaram que nenhum profissional falou com elas e orientou sobre a educação sexual de seus filhos. A falta de formação dos profissionais foi um dado presente nos estudos de Maia et al. (2015), no qual educadores reconheciam a importância de educar para a sexualidade mas enfatizavam sua ausência de preparo para tal. Os familiares entrevistados no estudo de Ballan (2012) afirmaram não ter apoio profissional com relação a este assunto, evidenciando o desamparo que muitos cuidadores sentem quando comportamentos como a masturbação ou questionamentos começam a surgir. Na falta de apoio profissional e dificuldade de encontrar materiais que tratem do assunto, os pais educam a partir daquilo que está presente em seus próprios repertórios – reproduzindo, muitas vezes, a própria educação sexual recebida.

M1 (mãe de F1, 15 anos): **Não, até agora não.**

M2 (mãe de F2, 19 anos): **Não.**

M3 (mãe de F3, 20 anos): **Ah, eu vi no Drauzio Varella da sexualidade.** Mostrou o caso de um Asperger no Fantástico que ele se casou e ela não tem, e ele tem filho, mas eu acho que tem os graus, né, de Asperger. Eu acho que pode ter alguma coisa, mas dentro desse mundo. Desse universo. Mais objetivo, vamos dizer assim. **Por isso que eu tenho curiosidade, porque eu não conheço outras crianças, outros meninos e outras meninas.** Não é que eu quero que ele conheça outra menina pra desenvolver, não é isso. Mas às vezes ele se encontra mais. A criança com Asperger ela é muito sozinha.

M5 (mãe de F5, 15 anos): **Não.**

M6 (mãe de F6, 10 anos): **Não.**

M7 (mãe de M7, 11 anos): **Não.**

M3 relatou ter visto, em um programa televisivo, um homem com TEA/SA que se casou e teve filhos, embora a esposa não tivesse o diagnóstico. Comentou que seria interessante pessoas com o transtorno se relacionarem para que pudessem se identificar

umas com as outras. Percebe-se, em seu discurso, a importância das informações veiculadas especialmente em meios que atinjam grandes massas, pois podem ser tomadas como referências para pessoas leigas, familiares e as próprias pessoas com TEA/SA. Como a mãe cita, as pessoas inseridas neste diagnóstico são diferentes entre si, assim como seus prognósticos, e é essencial deixar isso claro nas informações e materiais para que não haja comparações indevidas.

#### 4.2.2 Eixo “Descrições de aspectos biológicos e sociais do desenvolvimento sexual dos filhos com TEA/SA e das expectativas a respeito do futuro deles com relação à sexualidade”.

As subcategorias inseridas neste eixo são: opiniões sobre a sexualidade do filho no momento atual; expectativas sobre a sexualidade do filho no futuro; relatos sobre situações de masturbação do filho e outros aspectos do desenvolvimento físico; relatos sobre interesses sexuais do filho; identificação de características do TEA/SA que pudessem influenciar no desenvolvimento da sexualidade.

##### *4.2.2.1 Opiniões sobre a sexualidade do filho no momento atual:*

A participante M1 relatou achar difícil analisar a sexualidade do filho e M2 acreditava que a vivência do filho nesse aspecto seria solitária devido ao seu jeito de ser. Ela se preocupava com o fato dele não ter uma pessoa para promover seus cuidados quando não pudesse mais cumprir esse papel e ressaltou o receio quanto à possibilidade do filho ser homossexual. Esse relato expressou a ideia heteronormatizadora de que a sexualidade esperada seria aquela compartilhada com uma pessoa do sexo oposto e dentro de um relacionamento.

Havia, portanto, uma sexualidade idealizada pela mãe construída ao longo de seu desenvolvimento e de sua história, que não vislumbrava possibilidades alternativas de vivência. Ortega (2009) fala sobre a importância de olhar a sexualidade de pessoas com TEA/SA a partir de suas próprias perspectivas e pontos de vista, aumentando assim a chance de experienciarem-na como quisessem.

M1 (mãe de F1, 15 anos): Ixi, difícil, em? [...] **Ah, sei lá, né?**

M2 (mãe de F2, 19 anos): Ah, não sei, **eu penso que ele não vai ter, sabe assim, só se masturbando mesmo**, porque eu acho que com outra pessoa vai ser difícil. Só se ele mudar muito, né? Mas pelo jeito que tá eu acho [...] E daí eu falo assim, eu fico pensando, já que não chega em menina e nem em menino, mas [...] **Eu fico pensando ai meu Deus, pelo menos com homem eu não quero, né?** Mas eu não sei, a vida que vai [...] Né? A gente não pode [...] Mas a gente se preocupa. Se preocupa quanto a isso, **se preocupa quanto a ele não ter uma pessoa, né?** Porque eu não vou ser eterna. Né? Dele não ter uma pessoa que ele é mais chegado, assim.

M3 relatou que em sua visão o filho não estava desenvolvendo sexualidade por ser infantil e relacionava esta característica ao TEA/SA. M5 disse que o filho ainda não tinha comportamentos esperados para meninos de sua idade por ser diferente e não sabia quanto tempo demoraria para que ele passasse a se interessar pelo assunto. Newport e Newport (2002) citam que muitas pessoas com o diagnóstico passam por um desenvolvimento social tardio, ou seja, demoram a compreender e desenvolver aspectos de relacionamentos sociais.

M4 e M5 identificaram esse atraso em seus filhos quando os compararam com outros adolescentes da mesma faixa etária. Nestes casos, é importante que sejam oferecidos às pessoas com TEA/SA atividades e conteúdos menos infantilizados para incentivá-los a desenvolver habilidades de vida adulta. Como comenta França-Ribeiro (2004) promover a autonomia e independência das pessoas com deficiência, propiciando espaços para além da infantilidade, é essencial para seu desenvolvimento.

M3 (mãe de F3, 20 anos): Eu tô percebendo que cada vez mais ele tá ficando mais, assim [...] **Não desenvolvendo a sexualidade, mas de repente ele tá mais criança.** O Asperger é assim, ele dá 10 passos pra frente, 5 pra trás. E também eu acho que de repente ele tá mais infantil. **E esse infantil eu acho**

**que tem a ver com o Asperger, né?** De ser criança em alguns aspectos, assim. Mas eu acho que tenho que ficar mais atenta, prestar mais atenção.

M5 (mãe de F5, 15 anos): Ele tem quinze anos. **Ele já era pra ter um interesse, né, uma coisa assim. Que nem os meninos de quinze anos.** Mas ele é totalmente diferente. Ele, o mundo dele é o quarto dele. Ele não fala de menina. A tia dele chegou assim nele outro dia: “Ô F5, filho, vem cá. Você tem namorada?”, “Não”. “Você não gosta de nenhuma menina da escola?”, “Não, tia, pára com isso, eu vou na escola pra aprender, não vou na escola pra namorar”. Entendeu? Então você vê que é diferente. **Eu creio que vai ser diferente.** Sei lá quantos anos vai passar pra ele se interessar, eu não sei quanto tempo.

M6 relacionou o desenvolvimento sexual da filha ao interesse por colegas da escola, e contou que a menina enfatizou não ser o momento para “pensar nisso”, provavelmente reproduzindo o discurso aprendido com algum adulto de seu entorno incorporando os preconceitos sociais (MAIA, 2010). A indicação de que meninas devem esperar um momento certo para se relacionar aponta para uma questão de gênero importante. Em comparação com os discursos das outras mães participantes, percebe-se que justamente o contrário é esperado dos filhos meninos – que se relacionem, paquerem, busquem as meninas.

M6 (mãe de F6, 10 anos): Então eu já perguntei se ela gosta de algum amiguinho. Ela me disse que sim. Então tem um coleguinha, tal. Mas ela fala: **“É, mamãe, só que não é o momento, né?”**. Ela fala: “Só que eu não preciso pensar nisso agora”. Eu já fiz a pergunta assim num espaço bem longo pra saber se ela pensava em outro amiguinho, em outro coleguinha, e ela sempre se refere à mesma pessoa. Então ela fala: **“Só que agora eu sou criança, né mamãe?”**.

Segundo Camargos Jr. e Teixeira (2013) é comum que as preocupações dos pais com relação às filhas com TEA sejam relacionadas a namoros, casamentos e trabalhos domésticos. Gesser, Nuernberg e Toneli (2013) conduziram um estudo com mulheres com deficiências físicas e constataram que gênero e deficiência são categorias que se interseccionam e produzem vulnerabilidades. Os autores destacam a necessidade de atenção para essas vulnerabilidades em atuações de intervenção de profissionais como o psicólogo, por exemplo. Há relatos de sofrimentos e dificuldades decorrentes de

aspectos do gênero como a questão da feminilidade, da reprodução, da naturalização da violência.

Assim como M4 e M5, a participante M7 comparou o desenvolvimento de seu filho com o de pares e concluiu que ele era “inocente”, pois descreveu situações nas quais não percebeu sinais sociais de privacidade, por exemplo, como ficar nu na frente de familiares.

M7 (mãe de M7, 11 anos): Não sei (risos). **Ai, ele é muito inocentão, sabe?** Igual eu falei. **Ele não tem, vamos dizer assim, vergonha.** Ele se troca na frente da gente. Se ele tiver assadinho ele pede pra passar pomada. Eu passo. Então assim, ele é totalmente criança ainda, né? **Então pra idade dele ele é criança,** você não vê uma criança de 11 anos que fica sem roupa na frente da mãe. Ele fica, ele não tá nem aí. Toma banho de porta aberta, se a vó dele tiver lá, ele não tá nem aí. A gente que chama atenção, “F7, fecha a porta”. Daqui a pouco ele já tá com corpinho de homem, né, e ele não tá nem aí. Ele não liga.

Rosqvist (2014) comenta sobre a necessidade de compreender a sexualidade de pessoas com TEA/SA a partir de suas características e não somente em comparação com os pares, pois há especificidades e necessidades dessa população que precisam ser levadas em consideração. Essa comparação é frequentemente realizada no espaço escolar, por exemplo, em que anos letivos são organizados a partir da idade cronológica. É importante que seja incentivada a observação do repertório do aluno ao longo do tempo de forma que seu desenvolvimento seja comparado com ele mesmo como medida do que está sendo aprendido.

#### *4.2.2.2 Expectativas sobre a sexualidade do filho no futuro:*

M1 relatou acreditar que o futuro sexual do filho seria “normal”, assim como das demais pessoas, o que evidencia uma sexualidade idealizada. Assim como M2 e M3, atribuiu à possível parceira futura a responsabilidade pelo desenvolvimento sexual do filho. M2 e M3 inclusive explicaram que achariam melhor se esta futura namorada também tivesse TEA/SA, pois se entenderiam bem. Para M1, o fato de o filho ser

agressivo iria exigir que uma possível companheira o compreendesse, não gritasse, fosse “boazinha”.

M1 (mãe de F1, 15 anos): **Ah, eu acho que vai ser normal, né?** Ah, falo normal assim, que nem a gente, né? Não sei, né? Como que vai ser no futuro, né? Ah, sei lá, né? [...] **Porque ele é um menino esperto e inteligente, precisa de ver.** Ah, aí vai depender de quem ele arrumar, né? Não sei como que vai ser, né? **Se ela vai ser boazinha. Tem que saber lidar, né?** Se você gritar e falar não, ih. Vai, acho que normal, né? [...] Que quando ele tá nervoso é perigoso [...] Tem que saber conversar, falar baixo, porque se deixar ele pega pau, pega martelo. É. É perigoso. Eles ficam agressivos, né? Ah, eu acho assim, depende o jeito [...] **Vamos supor, ele já tem esse problema dele, e ela não tem. Que quando os dois tem, aí se entende, né?** Aí vai ter que fazer o que? Vai ter que conversar, explicar. Ele é assim, assim, assado. Mas se você gritou, filha, se você for por cima você vai apanhar.

M2 tinha dúvidas sobre o futuro do filho e, partindo do princípio de que o ideal seria ter uma parceira com TEA/SA, ressaltou o fato de existirem poucas meninas com esse diagnóstico. Os dados dos participantes da pesquisa de Ballan (2012) também indicaram dificuldades para imaginar os filhos com TEA/SA acompanhados, especialmente devido a características específicas como as sensibilidades e déficits em habilidades sociais.

M2 (mãe de F2, 19 anos): Ah, não sei, aí só o tempo mesmo vai [...] **Eu agora, vendo ele assim, eu acho que não.** Agora, não sei se ele vai achar uma [...] **Porque é difícil, é mais menino, né, que tem essa síndrome, do que menina, né?** Então, que nem, Down tem menino e menina. E a gente já viu, né, Down namorar, os dois na mesma síndrome, até casa, né? Agora ele, eu não sei.

M3 contou que não pensava muito sobre o assunto, preferindo focar no momento do filho no qual ela precisava desempenhar papel de cuidadora. Newport e Newport (2002) disseram que muitos pais optam por esperar um momento para falar e pensar sobre a sexualidade dos filhos, deixando muitas vezes passar marcos importantes do desenvolvimento. O relato da participante evidencia que para ela sexualidade estava relacionada a envolver-se afetivo e sexualmente com alguém, deixando de lado as outras dimensões.

M3 (mãe de F3, 20 anos): **É possível (que ele arrume uma namorada)**, mas eu não penso muito nisso. Eu penso no F3 hoje. Eu acho que se você pensar

muito no futuro da criança, eu acho muito sofrido. Não estou dizendo que ele seja um sofrimento pra mim, não é isso. Mas assim, eu acho que tem que viver o dia de hoje. Hoje ele tá feliz, hoje ele conseguiu se desenvolver, conseguiu se expressar melhor. A gente tem que cuidar do hoje, não, o amanhã também é importante, mas o futuro, eu [...] **Porque se eu fico pensando no futuro do F3 o presente dele passa e eu não consegui ajudar nada.**

M4 informou esperar “coisas boas” para o filho, pois o mesmo estava estudando e a família se esforçava para contribuir com sua independência, deixando uma casa para que morasse, por exemplo. Ela acreditava que Deus iria promover coisas boas em sua vida, e relatou aconselhar o filho, indicando como seria uma parceira ideal. É possível observar nesse discurso de M4 o que Miskolci (2010) chamou de manutenção das normas sociais, ou seja, a mãe delimita ao filho o que é “estranho” e o que é desejável, ao classificar as pessoas à sua volta. São nessas indicações cotidianas do que se considera correto ou incorreto que se localiza o processo de educação sexual, muitas vezes, mais presente no âmbito do “faça assim” do que no do “não faça assim” (MAIA, 2009a).

M4 (mãe de F4, 22 anos): Ah, muitas coisas maravilhosas. Porque na igreja eu aprendi que a gente tem que pensar só coisas boas. E ter fé, nunca deixar o negativismo vir [...] **Nós o que nós pode nós orienta. [...] Então ele tá bem encaminhado, ele tá estudando, o pai tá se esforçando pra deixar uma casa própria já pra ele.** [...] E ele tá estudando um curso muito importante. Então eu acredito, né, que Deus só tem coisas boas pra ele. Ele é um menino do bem, ele não tem vícios, ele não se envolve com pessoas do mal, ele sabe, ele se afasta, ele falou pra mim. **Nós orienta ele, assim, “Oh, filho, vê, assim, perto de quem você se aproxima, uma moça boa, direita, uma moça de Deus, uma moça assim que não tem vício, né, uma moça trabalhadeira,** né, você tem que procurar, nós temos que se relacionar, chegar perto, assim, de pessoas boas, não pessoa pra baixo”.

Assim como M3, M5 demonstrou desconforto em imaginar o futuro sexual do filho. Ela informou que ele não sabia sobre sexualidade e não havia profissionais disponíveis para promover sua educação sexual, por isso, em sua opinião, a tendência era que o filho fosse envelhecendo e não demonstrasse desenvolvimento sexual.

M5 (mãe de F5, 15 anos): Olha, eu não gosto nem de imaginar, porque se continuar do jeito que ele tá indo, **acho que ele não vai nem pender pra**

**esse lado, sabe, se não tem uma pessoa, como uma psicóloga, uma pessoa que se interessa pra ensinar, pra começar a falar com ele, tudo, porque eu não falo, eu não sei, eu não sei nem por onde começar.** Você entendeu? Porque eu não sei o que está acontecendo na I., não tem aquela pessoa que [...] tem a psicóloga que responde o que ele pergunta, mas não tem que nem você assim, olha, eu vou trabalhar com a sexualidade do jovem nesse sentido. Então, assim, eu não sei. Porque eu acho que se deixar vai ficar velho, com trinta, quarenta anos.

Este silenciamento também foi observado nos pais participantes da pesquisa de Ballan (2012) que afirmaram a necessidade de ajuda para começarem a se comunicar sobre o assunto, especialmente de materiais de apoio. Já os dados indicados por Holmes e Hilme (2014) mostram que há pais interessados em conversar, mas que, ainda nesses casos, alguns assuntos são atribuídos para que aprendam em outros contextos além da família.

M6 e M7 enfatizaram desejar que os filhos encontrassem parceiros compreensivos para ter uma vida voltada especialmente para sua independência e valorização. França-Ribeiro (2004) comenta que o espaço da infantilização limita o desenvolvimento do indivíduo, sendo necessário quebrar essa perspectiva e focar em suas possibilidades e potencialidades. Nesse sentido, é preciso investir nos meios como escola, comunidade e família para que haja a promoção do acesso a instrumentos sociais e é necessário também investir na formação do indivíduo para atinja os níveis mais funcionais possíveis e tenha independência.

M6 (mãe de F6, 10 anos): **Bem, eu gostaria que ela encontrasse uma pessoa legal que a compreendesse, né?** Que se dessem bem. E que ela tivesse uma vida normal. Isso que eu gostaria. **Então, que ela tenha a vida normal dela, que ela tenha o espaço dela, que ela seja dona do nariz dela.** Que ela saiba administrar a própria vida. E que tenha um companheiro também que a entenda, que a compreenda, que a valorize. Eu creio que sim.

M7(mãe de M7, 11 anos): Ai, espero que seja perfeito tudo dele. **Que ele tenha um desenvolvimento maravilhoso, que ele consiga seguir em frente. Se Deus quiser sozinho, caminhando.** É o que eu espero. Que ele consiga conviver normalmente, né? Hoje ele é melhor do que antes ele era, antes mal podia sair de casa com ele, hoje não. Já tem um desenvolvimento melhor. Então vamos dizer assim é um futuro não restrito. Que ele consiga trabalhar, casar, ter filhos, enfim. Ter uma vida sociável.

#### 4.2.2.3 *Relatos sobre situações de masturbação do filho e aspectos do desenvolvimento físico:*

Todas as participantes relataram observar o desenvolvimento sexual físico dos filhos de forma similar às pessoas sem TEA/SA: nascimento de barba, espinhas, pêlos, níveis de hormônios etc. Esses dados são convergentes com os encontrados na literatura sobre o desenvolvimento sexual orgânico de pessoas com TEA ser muito semelhante ao de pessoas sem deficiência (NEWPORT; NEWPORT, 2002; SEGAR, 2008; MAIA, 2010).

M1, M2, M3 e M4 relataram ter visto seus filhos se masturbando. M1, que tinha dúvidas sobre o assunto, conversou com a psicóloga do adolescente e obteve a informação de que a masturbação é normal e optou por não falar sobre o assunto para não perder a confiança dele. Embora em outros eixos as participantes tenham relatado não receber orientações, os profissionais da psicologia foram referidos, algumas vezes, como aqueles que responderam dúvidas ou abordaram o assunto.

M1 (mãe de F1, 15 anos): Oh, uma vez [...] ele tava sentado aqui com a televisão ligada. **Aí eu acho que ele tava masturbando, né?** Porque eu vi que tava mexendo no short, né? **Aí eu falei pra psicóloga. Ela falou assim: “Quando é assim, ele tá se masturbando”. Eu falei “É normal?”, ela falou: “É”.** Depois parou. Eu não conversei com ele não. Que se eu falar ele perde a confiança, né? Então você não pode falar. [...] Ele vai no banheiro, mija fora do vaso, mija no chão [...] Pêlo já tem já. Mas tem que ficar em cima dele para ele passar roll-on, passar perfume. Entendeu? Ele ainda não [...] Já tem bigode, já tá nascendo, tem bastante espinha. **Tem que ficar em cima pra ele fazer tudo.**

M1 relatou, ainda, que o filho tinha dificuldades com atividades de autocuidados como passar desodorante ou urinar no lugar correto e M2 comentou dependência do filho com relação a cortar as unhas e amarrar o tênis. Segar (2008) disse que dentre as pessoas com TEA/SA é comum a observação dessas dificuldades com autocuidados, especialmente porque preferem a sensação do conforto ou a realização de atividades de seu interesse, no lugar de se preocupar com pormenores como a higiene. Matos,

Cysneiros e D'Antino (2013) ressaltaram ainda a questão do processamento sensorial de pessoas com TEA, como a sensibilidade acentuada com relação a determinados estímulos e desvio de outros, que podem impactar em suas vidas em momentos como o tomar banho, pentear o cabelo etc.

M2 contou que às vezes o filho chegava perto dela e “fungava”, então ela pedia que ele parasse. Importante ressaltar que a convivência de pessoas com TEA/SA com pares é limitada, especialmente quando não há ações diretas voltadas para esse fim, e os membros da família podem se tornar a referência em termos de experimentações e explorações.

M2 (mãe de F2, 19 anos): Ah, eu acho que sim, né? Eu não sei. **Ah, eu percebo ele fazendo algumas coisas, passando o lençol.** Não sei o que, coisa assim, né? **Às vezes quando ele vem assim perto de mim ele fica assim, sabe?** Eu falo: “Ai, para de fungar”. Ah, ele toma banho sozinho, tudo. Só a unha que eu preciso, que ele não consegue cortar. Ele não consegue amarrar tênis.

A masturbação, caracterizada como um tabu social é frequentemente silenciada, especialmente no caso das meninas, e marcada negativamente por um discurso repressor (PEREIRA, 2014). Masturbar-se de forma privada é um comportamento aprendido de forma indireta como no contato com colegas, com piadas ou regras sociais implícitas etc. A dificuldade de interação social e de compreensão dessa linguagem indireta de ensino podem ser motivos pelos quais alguns filhos de participantes (F1, F2, F3 e F4) tenham sido vistos se masturbando pelas mães.

M3 relatou ter visto o filho se masturbando e o orientou no sentido de mostrar onde isso poderia ser feito, como no banheiro ou no quarto, ressaltando que aquilo era gostoso, mas deveria ser um ato privado. Esse tipo de intervenção é indicado por diversos autores (WROBEL, 2003; NEWPORT; NEWPORT, 2002) já que coloca a masturbação como um comportamento natural e comum, corrigindo o local e não o ato.

M3 (mãe de F3, 20 anos): **Já, já, já vi ele se tocando, ele é moço né, os hormônios dele são todos muito certinhos,** ele faz exames, tá tudo certinho.

**Mas a cabecinha é mais infantil.** Eu acho que com ele vai demorar mais. **Mas acho que vai chegar a hora que ele vai ter mais interesse.** Porque ele já fala nisso. Que ele precisa de uma namorada, que ele vai casar e ter dois filhos. Só que ele vai morar comigo pra eu cuidar dos filhos, eu falo: “Isso mesmo, bem, faz isso. Pode morar com a mamãe”. Ele fala: “Mamãe, a minha namorada também vai morar com a gente”. “Pode morar”. Por exemplo, outro dia a gente tava no mercado e ele começou mexer. Eu falei: “O que eu vou fazer?”. Eu sou mulher, mas eu sou mãe. Eu falei: **“A mamãe entende que é gostoso. Que deve ser gostoso. Mas isso tem lugar. Você pode mexer no banheiro ou no seu quarto. Não na frente das pessoas”.** E nunca mais.

Pastana e Maia (2012) analisaram discursos presentes em revistas voltadas para o público adolescente e encontraram poucos trechos abordando o desejo, a curiosidade, o prazer, as descobertas ou aspectos positivos da sexualidade, percebe-se, dessa forma, que ela é retratada como uma dimensão sobre a qual se deve sentir medo, vergonha, insegurança e tensão. Similarmente, os discursos proferidos pelas mães sobre masturbação podem tanto mostrá-la como algo natural e prazeroso a ser realizado no espaço privado quanto como algo sujo, errado, pecaminoso. Tanto M3 quanto M4 relataram tratar o assunto com naturalidade, aparentemente contribuindo para a construção de uma visão positiva da sexualidade dos filhos.

M4 contou que o filho tinha desejo sexual, mas não sabia se masturbar, por isso solicitou ao pai que fosse levado a um local onde pudesse “conhecer o sexo”. Ela relatou que depois que F4 passou a se masturbar estava mais calmo, por isso pensava que fosse uma coisa boa.

M4 (mãe de F4, 22 anos): Porque ele se masturba, né? Mas isso só começou ano passado. [...] É, 21. Então antes, como ele não masturbava, então ele tinha aquele desejo, assim, até ele chegava e falava assim: “Pai, o senhor não vai levar eu assim num lugar onde tem essas mulher, tudo, né? Pra mim conhecer o sexo, que eu tenho tanta vontade de conhecer o sexo”. Mas o pai dele tem vergonha. **Aí, depois ele começou masturbar então ele já, aquilo que ele tinha, ele solta pra fora.** Ele falou: “Mãe, agora já tô mais calmo, porque eu masturbo”. **Aí, ele corre pro banheiro. Umás três vezes por dia. Eu fiquei meio envergonhada, assim. E, assim, mas se foi coisa boa pra ele, né?** Porque eu tenho dó dele. Porque ele é homem, né, ele tem a necessidade dele [...] **Porque os homens têm essa necessidade. As mulher não, né? Nem tanto.** [...] Aí eu falei: “Oh, F4, só não pode ficar na sala fazendo isso”, porque às vezes eu pego ele na sala.

M4 destacou ainda que, em seu ponto de vista, os homens tinham maior necessidade sexual que as mulheres, uma ideia disseminada por muito tempo em nossa sociedade, naturalizando as atitudes sexuais masculinas justificando-as por meio de um desejo intenso e reprimindo as práticas femininas, descrevendo-as como menos desejosas. Esse tipo de conceito gera, por exemplo, práticas desiguais em educação sexual de meninos e meninas, já que em seu princípio há a ideia de necessidades diferentes e autorizações restritas ao gênero masculino. A participante relatou a partir de seu conhecimento de senso comum, e intervenções com familiares para colocá-los em contato com outras realidades ou informações são importantes em situações desse tipo para que repensem suas práticas.

A participante M5 contou que a masturbação provavelmente não fazia parte da vida do filho e comentou que quando pequeno o mesmo tinha fimose, mas ela optou por deixá-lo lidar com isso quando fosse maior e independente. Este é outro exemplo de silenciamento que pode causar problemas sérios de saúde já que o adolescente poderia sentir dores e incômodos devido à fimose, mas não tinha apoio para resolver essa questão.

M5 (mãe de F5, 15 anos): Nunca. Isso acho que nem passa pela cabeça dele. **Eu acho que desde pequenininho ele tem fimose, porque sabe, ele era gordinho e tinha só um montinho de couro.** E aquele dia que ele abaixou eu vi que ele não tinha a cabecinha do piu-piu. Aí eu também não falei nada e fiquei quieta. **Mas isso nunca levei no médico. Falei: “Deixa ele ficar grande, ele se vira”.**

M6 relatou nunca ter visto a filha se masturbando, e comentou que seu desenvolvimento físico era próximo ao esperado para pessoas sem TEA/SA. Devido a não profundidade do relato da mãe no assunto, fica difícil delimitar as possíveis razões pelas quais a masturbação não foi referida como presente na vida da filha. É importante, de qualquer maneira, lembrar que a masturbação é reforçada socialmente no caso dos meninos e mais fortemente reprimida para as meninas, dificultando seu

autoconhecimento e potenciais de prazer (MAIA, 2007). Questões de gênero como essas devem ser consideradas nos momentos de orientação a familiares e intervenções em educação sexual.

M6 (mãe de F6, 10 anos): **Não** (viu menina se masturbando). **Já está começando a crescer, né, os seios, os pêlinhos já está começando a formar.** O corpo dela bem desenvolvido. Quadril, bumbum bem [...] O corpo bem formado, né?

M7 contou que o filho tinha dificuldades para compreender momentos nos quais ficar nu ou pedir ajuda para passar pomadas de assadura eram adequados ou inadequados. Neste sentido, é importante que as famílias se organizem para orientar seus filhos quanto aos limites e comportamentos esperados para cada momento. No caso de indivíduos com boa compreensão verbal, é possível esclarecer de maneira direta onde e como as coisas devem ser feitas e repetir quantas vezes forem necessárias para que compreendam. No caso de pessoas com baixa compreensão, é possível utilizar técnicas como sinalizar visualmente espaços nos quais é autorizado ficar sem roupa, por exemplo, ou utilizar estratégias como o TEACCH<sup>8</sup> e dicas visuais para sinalização de contextos nos quais comportamentos são ou não permitidos.

M7 (mãe de M7, 11 anos): **Ah, ele é bem criança.** Ele é tão criança que ao ponto de [...] um dia eu fiquei pensando: “Senhor, me dá sabedoria” porque como ele tem esse problema de intestino ele assa muito. E a gente tem que estar pegando no pé a questão da higiene e tal. Ele assou, tadinho, ele chegou pra mim e falou: “Mãe, olha, tá assado” [...] “Por favor, mãe, passa pomada em mim”, “Mas F7, você já tem, você é mocinho”, **então assim, eu não sei lidar com esse tipo de coisa, porque eu tento explicar pra ele, né,** “Não, filho, você já tá hominho, a mãe não quer ver você pelado”, e ele vai, não tá nem aí, né, sai pelado pela casa, não tampa nada, sabe, então assim, ele não tem vergonha. [...] **Nunca peguei ele se tocando ou [...]** não. Nada, nada, nada.

#### 4.2.2.4 Relatos sobre interesses sexuais do filho:

---

<sup>8</sup> O método TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication-handicapped Children) é um programa educacional voltado para tratamento de crianças com autismo ou déficits similares que utiliza estímulos visuais, como cartões ou fichas, para estimular o desenvolvimento de linguagem. Pode ser utilizado também para a organização de atividades de vida diária, como estruturação da rotina, e sinalização de contextos e comportamentos esperados.

M1, M2 e M5 não identificaram interesses sexuais nos comportamentos dos filhos, relatando que eles conversavam sobre isso na escola ou não demonstravam em casa. É possível que não tenha havido identificação devido à integração do conceito de sexualidade à ideia de relacionamento – ou seja, se não há relacionamento, não há sinais de sexualidade. Além disso, dados da literatura (NEWPORT; NEWPORT, 2002) apontam para o envolvimento tardio em relacionamentos, ou seja, para o atraso em demonstrar interesses quando comparados a pares neurotípicos.

M1(mãe de F1, 15 anos): **Ah, eu não sei, né**, como que eles conversam na escola, né?

M2 (mãe de F2, 19 anos): **Ah, ele não demonstra assim, sabe?** Ele não demonstra.

A participante M3 contou que quando o filho via meninas vestidas com roupas de rock, que era um assunto de sua preferência, o interesse ficava mais evidente. Relatou que para o filho, ele teve duas namoradas na época escolar, ou seja, interpretava amizade com as colegas como namoro.

Os dados obtidos na pesquisa de Hellemans et al. (2007) também mostram que alguns jovens e adolescentes com TEA/SA possuem uma visão de relacionamento restrita a casar ou a conviver, sem necessariamente pensar nos toques físicos ou intimidades sexuais. É provável que essa visão restrita sobre o que é relacionamento se dê devido à falta de informações claras sobre o assunto, de modo que eles passam a considerar um namoro aquilo que observam publicamente nos casais – beijar, dar as mãos, ficar perto. É importante, nestes casos, ajudá-los a identificar diferenças entre casais de namorados e amigos, por exemplo, que podem lhes parecer sutis ou imperceptíveis.

M3 (mãe de F3, 20 anos): É, então, ele gosta de rock. Né? **Então ele vê uma menina, por exemplo, assim, vestida de roqueira, ele tem mais interesse.** Ele olha assim [...] Mas ele fala que ele teve duas namoradas. Que ele terminou com uma e começou namorar a outra. Ele fala de uma menina que era uma gracinha mesmo, eles eram amigos, ela era muito boazinha. **Aí ele**

**começou, depois que ele saiu da escola, a dizer que ela era namorada dele.** Falei: “F3 a A. é moça, você é moço, às vezes ela pode conhecer outro moço que vocês estão separados, e você conhecer outra menina. Não é porque você tem uma namorada que você vai casar com ela”. **Porque na cabecinha dele só o conviver é um namoro.** Aí com o tempo eu fui explicando com paciência, né? E ele foi dizendo: “Ela é minha ex namorada”.

A participante M4 disse que o filho vinha indicando não paquerar mais ninguém, pois teve experiências de relacionamentos difíceis:

M4 (mãe de F4, 22 anos): Não, ele não fala de paquerar ninguém, não. Ele fala assim: “Ah, mãe, agora eu quero estudar. Teve uma menina que eu gostei quando eu fazia academia e não deu certo porque os pais dela achou ela muito nova. **Ela queria fazer sexo, mas ela era menor**”. Falei: “**É, menor é perigoso, filho**”. Não pode, e se a menina engravidar? **Daí eu ensinei ele como usava o preservativo, né?** Eles só encontravam na academia, mas aí eu tive que tirar o F4 da academia, pôr em outra, porque a mãe queria até criar confusão. É, porque um mandou um vídeo pro outro sabe fazendo o que, né? **A mãe dela queria levar nós até na polícia. Falou que o meu filho tava sendo pedófilo com a filha dela.** Mas não tinham feito nada, só beijado, abraçado. [...] e também esses tempos atrás ele conheceu uma moça, eles tavam fazendo namoro virtual. Já ouviu falar? Na internet. Ainda que eu descobri, se não ele não ia me contar nada. A moça do Rio de Janeiro, a moça falou que tinha vinte anos, que estudava medicina. Mas falava cada coisa pro F4 que você ficava boba. Falava, e o F4 falava coisas quentes pra ela. Minha filha pegou, foi pesquisando sobre ela, foi olhando, “Mãe do céu, sabe quantos anos essa menina tem? Se ela tiver treze anos é muito” [...] **Aí minha filha falou: “F4 do céu tira essa menina da webcam, tira de tudo, porque se a mãe dela ver as conversas quentes que você teve com ela, você com 22, ela com 13 anos, a mãe dela vai falar que você é pedófilo. Dá até cadeia isso**”. O F4 não acreditava. [...] E na faculdade também diz ele que é só amizade. E ele falou: “Mãe, eu vou só estudar porque essas coisas de namoro dão muito problema”.

M4 citou, dentre os relacionamentos mantidos pelo filho, uma característica importante: a diferença de idade com relação às parceiras. Embora ele não tivesse mantido contatos sexuais físicos com nenhuma delas, trocar mensagens e vídeos eróticos poderia, de fato, render problemas judiciais e configurar situações de violência. Stokes, Newton e Kaur (2007), assim como Newport e Newport (2002), comentam que as dificuldades em conhecer e interpretar as regras sociais colocam as pessoas com TEA/SA em situações, nas quais se tornam vulneráveis, podendo abusar, serem abusadas, ou estabelecer relacionamentos inviáveis.

Embora F4 tivesse demonstrado não conhecer regras sociais quanto a estabelecer relacionamentos com meninas menores de idade, a mãe relatou conhecê-las e falar com o filho sobre isso, o que é bom. Entretanto, talvez ainda mais proveitoso que intervir em situações de risco, fosse promover este conhecimento sobre regras antes que elas fossem quebradas.

M5 relatou que o filho “não tinha maldade”, “era inocente”, explicando que estava aprendendo algumas regras sociais como trocar de roupa privativamente. Segundo a participante, o filho ficou doente e não conseguiam descobrir o que ele tinha, até que por meio de vestígios de sangue no banheiro ela descobriu que o menino tinha infecção de urina, mas teve medo de falar sobre isso. Contou ainda que, por ser “inocente”, não se interessava por mulheres, somente por livros e filmes, expressando a visão de que ter interesse ou desejo por relacionamentos afetivos ou sexuais seria como perder esta inocência.

M5 (mãe de F5, 15 anos): Não. Ele é o tipo de menino que assim, ele não tem [...] **Ele é inocente, ele não tem maldade.** Hoje ele tá aprendendo [...] Às vezes eu vou bater na porta e ele fala: “**Mamãe, não entre. Eu vou me trocar**”. Então hoje ele tem vergonha. [...] Ele morre de medo de tomar injeção e ele passou uma semana com uma febre de quarenta graus. Levou no médico e não sabia o que era e voltava e ia, e fazia exame, e tal [...] aí no meio da noite eu levantei e fui no banheiro e vi o banheiro assim tudo chapiscadinho de sangue. Eu falei: “Meu Deus, quem que tá desse jeito?”. Aí ele tava dormindo, eu cheguei devagarinho assim, puxei a cueca dele e ele rapidamente (susto). Eu falei: “Filho, eu preciso ver”, “Ver o que, mamãe?”. Aí peguei ele, chegou no hospital, tomou injeção, fez o exame, o médico falou assim: “Oh, mais um pouquinho e ele perderia o rim”. E era infecção na urina, e ele mijando sangue sem me falar. [...] **Aí agora qualquer coisinha, ah, agora ele fala. Agora ele ficou esperto** [...] Não tem interesse por nada disso, é inocente. Gosta muito de videogame, gosta muito de filme. De livro. De mulher não. Essas coisas de menina não.

O relato de M5 ressaltou a importância de manter um canal aberto de comunicação sobre corpo e sexualidade, como dizem os autores da literatura (NEWPORT. NEWPORT, 2002) para que os adolescentes se sintam seguros em contar sobre mudanças ou dificuldades que estejam sentindo. Estas podem, inclusive, estar relacionadas à saúde dele, como no caso de F5 que teve uma grave infecção renal. É

frequente que a infantilização de pessoas com deficiência acarrete a falta de privacidade, como demandado pelo adolescente no diálogo citado pela mãe.

Assim como M3, M7 identificou na história do filho uma amiga de quem ele era próximo na escola e gostava muito.

M7 (mãe de M7, 11 anos): **Ah, sim, sim, ele tem uma amiguinha que ele gosta desde o primeiro ano**, diz que é amor à primeira vista. Mas assim, ele é um amor assim que eu nunca vi, **sabe aqueles amorzinho de amiguinho?** É a única amiguinha, que eles mudaram de escola e agora eles não se vêem mais. Teve um tempo que eu mantive contato porque ele gosta muito dela. Mas, assim, é a única pessoa que ele fala que ele gosta.

Novamente nesse caso ressalta-se a necessidade de auxiliar as crianças e adolescentes a perceberem diferenças entre relações afetivas de amizade e relacionamentos amorosos e sexuais. Devido às suas dificuldades de identificação de sinais sociais, pode ser difícil perceber isso sozinhos. Observa-se ainda expressão erótica infantilizada no discurso de M7.

#### *4.2.2.5 Identificação de características do TEA/SA que pudessem influenciar no desenvolvimento da sexualidade:*

M2, M3, M5, M6 e M7 identificaram alguns aspectos do TEA/SA que pareciam influenciar o desenvolvimento sexual de seus filhos. Pode-se dizer que de acordo com a literatura, há aspectos da sexualidade das pessoas com TEA/SA iguais aos das pessoas sem, e que há aspectos diferentes. Maia (2009b) dá destaque para o fato de que todas as pessoas são sexuadas, e Hellemans et al. (2007), Kalyva (2010), Natale e Oliveira (2013) e Byers, Nichols e Voyer (2013), comentam que a existência de necessidades e desejos sexuais em pessoas com TEA/SA estão presentes da mesma forma no restante da população. Nesse sentido, a sexualidade delas é igual.

Entretanto, devido à sexualidade ser biopsicossocial, há aspectos diferentes especialmente devido às características específicas do transtorno, como a hipersensibilidade, ingenuidade e à escassa educação sexual.

M1 disse não ter conhecimentos sobre características do TEA/SA que pudessem influenciar a sexualidade do filho, mas para M2 aspectos como o TOC<sup>9</sup> e os comportamentos típicos do TEA de F2 faziam com que as pessoas identificassem suas dificuldades e o discriminassem, colocando-a em posição de defendê-lo já que ele não conseguia fazer isso sozinho. Em sua opinião, seria difícil que arrumasse uma namorada com essas características – evidenciando a heteronormatividade na pressuposição de que o filho se envolveria com alguém do sexo oposto.

M1 (mãe de F1, 15 anos): **Que eu saiba não.**

M2 (Mãe de F2, 19 anos): Eu acho que se você olhar o F2, **quer dizer, ele parece uma pessoa normal, mas quando você vê ele fazer os trejeitos, os TOC dele, você já percebe que [...]** Entende? E se falar alguma coisa, eu vou em cima. Se falar que ele é louco, sabe, essas coisas? **Porque ele não se defende.** Ai, não aguento as pessoas ficar rindo, ficar cochichando. Já vi menina cochichando, rindo. Sabe? **Como que ele vai arranjar uma namorada se, entendeu?** Então eu não sei.

O relato de M2 remete às possibilidades de intervenções que poderiam melhorar a qualidade de vida tanto do jovem quanto de sua mãe. Segundo o Paradigma de Suporte (ARANHA, 2001) ou o movimento de inclusão (OMOTE, 1999) deve haver tanto mudanças na esfera social, ou seja, na forma como essas pessoas são tratadas na sociedade, quanto investimentos em seu desenvolvimento individual. O Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), por exemplo, pode trazer prejuízos funcionais importantes para a vida da pessoa, já que ela fica envolvida em obsessões e compulsões que podem tomar todo seu tempo.

---

<sup>9</sup> O Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) é um transtorno caracterizado por pensamentos obsessivos recorrentes e comportamentos compulsivos repetitivos causando prejuízos emocionais, sociais, financeiros e funcionais.

O tratamento psicológico seria, neste caso, uma das possibilidades de acompanhamento mais viáveis, tanto para a minimização dos prejuízos causados pelo TOC quanto pelo ensino de estratégias de defesa em caso de discriminações e *bullying*, que podem ser muitas vezes imperceptíveis para as pessoas com TEA/SA com dificuldades de compreender ironias, piadas ou sinais sociais.

Para M3 a infantilidade do filho influenciou sua sexualidade, bem como a característica de querer se aprofundar em alguns assuntos específicos e de ter seu ritmo próprio de desenvolvimento.

M3 (mãe de F3, 20 anos): **Ah, a infantilidade, né? Além de querer saber tudo daquilo, né?** Como se diz, eles são muito crianças. Como eu falei tem que ser tudo no tempo dele. Não dá pra você ir atropelando as coisas. E eu percebi isso com o F3 no dia-a-dia mesmo.

Para M4, o filho era inteligente, por isso não havia dificuldades para compreender as questões relacionadas à sexualidade, embora tivesse falhas de memória, fosse “esquecido”. Segundo Brito, Neto e Amaral (2013) é comum que as pessoas com TEA/SA apresentem pontuações médias ou acima da média em testes de inteligências como o de QI, diferentemente de pessoas incluídas em outros níveis do espectro. Neste sentido, a principal marca de seus déficits seria a dificuldade de interação social e na comunicação.

M4 (mãe de F4, 22 anos): Ah, eu acho que não, porque quando a gente explica ele entende as coisas. **Ele entende, tudo. Às vezes ele não presta muita atenção [...]** Mas ele, ele, eu vejo que ele entende normalmente. Que não tem dificuldade. Ele é um menino muito inteligente. Às vezes ele é meio esquecido.

Segundo Mehzabin e Stokes (2011) os dados da literatura na área são vastos e concordam com o fato de as dificuldades sociais e de comunicação serem o grande obstáculo em suas experiências sexuais. Segundo M5, o filho se engajava somente nas atividades de seu interesse e este era um aspecto que poderia dificultar relacionamentos. Segar (2008) relatou ter sido considerado egoísta e não empático devido a estas dificuldades. Ressalta-se novamente a importância de intervenções como

psicoterapêuticas voltadas ao desenvolvimento de habilidades sociais que os ajudem compreender as necessidades das pessoas ao seu entorno.

M5 (mãe de F5, 15 anos): Eu creio nisso, porque desde pequenininho ele é desse jeito, então faz parte do problema dele. Eu tenho um pedacinho de terra na beira do rio, todo final de semana a gente vai pra lá. Fala: “Filho, vamo lá?”, ele fala assim: “Tem televisão, mamãe? Tem internet? Tem isso, tem aquilo?”, “Não, filho, claro que não”, “Então eu não vou não, vai vocês que eu fico aí na casa, não tem que ficar olhando a casa?”, então é assim, **você vê que ele só vai em coisa que interessa pra ele. Ele gosta de tudo que interessa a ele.**

A mãe de F6 disse que a filha tinha dificuldades para se expressar, e que uma das possibilidades encontradas para ajudá-la neste sentido era o uso de desenhos ou de gestos. M6 contou ter um sentimento de proteção com relação à menina especialmente devido à ausência de “malícia”, ou seja, de leitura de sinais sociais em situações potencialmente perigosas. Por isso ela a instruía de forma clara e repetidamente, tentando desenvolver na filha atitudes defensivas.

M6 (mãe de F6, 10 anos): Não sei dizer. Sim, tem. **E ela também tem dificuldade de expressar. Às vezes ela se expressa desenhando, né, ela desenha bastante.** Ela gosta muito. Ou fazendo gestos com as mãos. Mas o que ela sente geralmente ela não fala. Mas devido à F6 ter a Síndrome de Asperger, tipo assim, **meu sentimento é maior, né, de proteção.** De deixar claro, de repetir, porque na verdade também ela é bem [...] **esse lado da malícia ela não tem. Ela não sabe se defender.**

O receio de que a filha sofresse em situações por não saber identificar perigos também apareceu nos relatos do estudo de Cridland et al. (2014). Além do treino para identificação de situações danosas, Fisher, Moskowitz e Hodapp (2013) descrevem como possibilidade de proteção as redes sociais das crianças e adolescentes, ou seja, a inserção em grupos de amigos, pois à medida que se envolvem com pares que cumpram este papel de apoio, terão parceiros para aconselhá-los em exercícios sociais.

A dificuldade em expressar sentimentos poderia significar um obstáculo no desenvolvimento sexual da menina, especialmente no caso de um relacionamento. O uso dos desenhos, como citado por M6, pode representar uma intervenção interessante, pois segundo Pucetti (2013) a arte promove aspectos positivos do desenvolvimento das

crianças, propiciando novos olhares. Ainda assim, apesar do uso de métodos alternativos como desenhos e gestos, o investimento no desenvolvimento de repertório verbal oral deveria continuar ocorrendo. M6 promoveu intervenções interessantes também ao optar por dar instruções claras e repetidas à filha, o que é, segundo Segar (2008) o principal meio de ensino para pessoas com TEA/SA.

M7 identificou que a psicóloga de seu filho vinha trabalhando desenvolvimento de autocontrole e contribuindo para sua maturidade, mas ainda o descrevia como uma criança inocente já que seus pares namoravam e ele não demonstrava interesse para este tipo de coisa.

M7 (mãe de F7, 11 anos): Não sei, porque [...] **eu sei que a psicóloga tem trabalhado bastante com ele em questão de se manter controlado, autocontrole, esse tipo de coisa.** Mas eu falei, ele é meio inocentão, ele sabe das coisas, **mas ele é bem inocentão** ainda, né, assim, pra idade dele, eu acho que pra idade dele ele ainda é. Hoje em dia as crianças tá namorando, e ele não, ele não liga muito ou não demonstra pra mim pelo menos.

Percebe-se, especialmente a partir dos relatos de M2, M3, M5, M6 e M7, que algumas características apresentadas por pessoas com TEA/SA são potenciais dificultadoras para o desenvolvimento sexual desta população. Fica evidente a necessidade de trabalhar o desenvolvimento de comportamentos em seus repertórios que minimizem estes danos, e a psicoterapia é apontada como uma das principais opções.

Dentre as inúmeras possibilidades de tratamento para desenvolvimento de potenciais da pessoa com TEA/SA, destaca-se o uso da Análise Aplicada do Comportamento (ou *Applied Behavior Analysis, ABA*). Segundo Camargo e Rispoli (2013) as estratégias de pesquisa, avaliação e intervenção vem sendo utilizadas para a melhora de repertórios de comportamentos sociais, acadêmicos e de atividades diárias com bons resultados.

4.2.3 Eixo “Descrição de ações cotidianas das mães sobre a educação sexual dos filhos e das facilidades e dificuldades sentidas por elas neste processo”.

4.2.3.1 *Relatos de situações em que filho fez perguntas sobre sexualidade:*

Segundo Newport e Newport (2002) um dos momentos mais importantes em termos de educação sexual é quando os filhos fazem perguntas para seus familiares, expondo aquilo que já sabem e indicando quais as necessidades de diálogo. Segundo M1 o filho nunca fez a ela nenhuma pergunta e não soube de ter feito a outras pessoas, indicando que o pai seria uma figura melhor para responder aos possíveis questionamentos por ser homem. M2 também relatou nunca ter ouvido uma pergunta sobre o assunto.

M1 (mãe de F1, 15 anos): Não. Ah, eu não sei, né? **Nunca me falaram nada. Porque geralmente nessa situação era bom o pai estar perto,** né, mas o pai não tá. Ele não conversa comigo.

M2 (mãe de F2, 19 anos): **Não.**

F3 não fez perguntas à M3, e segundo a mãe isso se daria por ele ser mais criança, fato evidenciado pela preferência por canais de desenhos no lugar de novelas, em sua opinião. Essa generalização das características da pessoa com deficiência para o campo da sexualidade – como no caso da preferência por desenhos ser associada à infantilização total do indivíduo – pode gerar uma invisibilidade de um aspecto importante de sua vida.

M3 (mãe de F3, 20 anos): **Não, perguntas não.** Por isso que eu falo pra você que ele é mais criança. **Se ele vê uma cena, por exemplo, ele troca de canal.** Cena não cena erótica, não é isso, mas novelas de hoje são exageradas, ele diz que já tem mais de 18 e pode assistir programação pra adulto, mas não assiste. **Não tem interesse. Ele gosta de *Discovery Kids* mesmo.**

M5 relatou uma situação na qual o filho perguntou sobre as mudanças de seu corpo e ela a encaminhou para o pai, que também teve dificuldades. Então ela explicou que não poderia ajudá-lo e recomendou que procurasse a psicóloga da instituição que

frequentava para responder suas dúvidas. Embora todos os adultos sejam modelos para as crianças e adolescentes aprenderem sobre sexualidade (BOARINI, 2004) é comum que alguns não se sintam confortáveis para falar diretamente sobre o assunto e devem procurar ajuda para se formar neste sentido.

M5 (mãe de F5, 15 anos): Ele outro dia perguntou assim pra mim: “Mamãe, você pode me falar uma coisa?”, “Fala, bem”, eu falo dessas coisas com ele, e ele falou assim: “Por que que meu corpo tá havendo uma mudança?”, eu falei: “Em que parte do seu corpo, seu corpo todinho em geral?” e ele disse assim: “Você sabe o que eu quero dizer”. **“Sim, sei, filho. Olha, vai lá e pergunta pro seu pai”**. Aí ele não teve coragem de falar, enrolou, né, e aí ele: “Olha, mamãe, mas não é isso que eu queria saber”. Falei: “F5, oh, vamos fazer o seguinte? Eu não tive filho homem, tive três filhas mulher. E tenho só você que eu tô criando. **Se eu for te falar, às vezes vou te ensinar errado. Então faz o seguinte, papai foi lá na sala e te falou, mas já falou tudo errado pra você também, então faz o seguinte: na I. você pergunta pra sua psicóloga.** Ela vai te falar certinho o que é. Tá bom, filho?”, ele falou: “Tá”.

M6 relatou que a filha perguntou sobre menstruação ao vê-la trocando o absorvente e que explicou a ela sobre o incômodo da cólica, mas não forneceu detalhes sobre como foi este diálogo. No caso das meninas, que menstruam em torno dos onze anos de idade, falar sobre menstruação é uma necessidade emergente e inevitável, mas a forma de promover esta comunicação é variada. O ideal é que se explique, em termos simples, sobre as mudanças que ocorrem em seus corpos e as consequências decorrentes das mesmas, mas há familiares que optam por fornecer informações vagas e metafóricas sobre o assunto.

M6 (mãe de F6, 10 anos): **Já conversei com ela sobre menstruação.** Então, a princípio ela perguntou se doía. Aí eu falei que às vezes dói um pouco, que incomoda, às vezes pode dar uma cólica, às vezes não. **E que é um pouco chato.** Mas que toda mulher menstrua. Que ela vai menstruar também. **Ela viu eu trocando o absorvente e perguntou “O que que é isso?”.** Aí eu expliquei.

F7 abordou sua mãe explicando que aprendeu na escola sobre as formas de concepção e questionou como ela havia engravidado, por inseminação artificial ou ato sexual. Ela respondeu e ele demonstrou desconforto, mas ainda assim após este episódio

continuou questionando a mãe sobre os conhecimentos aprendidos na escola acerca da sexualidade, o que é muito bom.

Boarini (2004) citou a ilusão social que se cria imaginando que, por ter acesso a informações sobre sexualidade, os jovens estejam bem preparados para exercer seus direitos sexuais, sejam bem informados. É importante mediar os conhecimentos e responder às perguntas, pois mesmo que haja informações em espaços como a escola ou a internet, sua compreensão e interpretação podem não ser, necessariamente, adequadas.

M7 (mãe de M7, 11 anos): Ele perguntou pra mim. Ele chegou em casa e falou que havia duas formas de sermos concebidos. Uma era inseminação artificial e a outra era relação sexual. Qual foi a forma que ele tinha sido concebido. Aí eu falei: “A segunda opção” e ele falou “Eu não acredito que você fez isso” (risos). **Ele quase não pergunta, ele começou a perguntar agora porque ele tá estudando. Ele ficou desconfortável. Não que ele ficou chateado.** Acho que assim ele nunca esperava isso da mãe dele. Né? Como ele tá aprendendo sobre relação sexual acho que ele nunca imaginava “Nossa, minha mãe fez isso”, né? Tudo ele imagina, né? **Mas a gente procura conversar com ele uma coisa ou outra, mas ele não [...] só quando ele escuta alguma coisa diferente na escola, aí ele quer saber.** Além da opinião do professor ele quer saber a opinião da mãe dele. Eu falo: “A mãe não sabe muito não, meu filho”.

Com os relatos das participantes M5, M6 e M7 ficou evidente a necessidade de formação dos familiares para promoção da educação sexual de pessoas com TEA/SA. Além de serem, em geral, a principal fonte de conhecimento e questionamento, são frequentes as oportunidades de educação sexual informal, ou seja, momentos nos quais o assunto esteja em pauta sem que tenha havido, necessariamente, elaboração de estratégias e materiais para isso.

#### *4.2.3.2 Descrições de ações para educação sexual do filho em casa:*

M1 e M2 relataram não promover ações para a educação sexual de seus filhos em casa. M4 e M7 supuseram que os pais de seus filhos conversam sobre alguns assuntos com eles, e M5 encaminhou o filho à psicóloga. M3 e M6 contaram sobre

diálogos que tiveram com F3 e F6 que consistiram em ações informais de educação sexual.

M1 (mãe de F1, 15 anos): **Que eu saiba não.**

M2 (mãe de F2, 19 anos): **Não, não.**

Para M3, embora houvesse preocupações sobre o assunto, havia outras questões urgentes para serem tratadas. Ela esperava momentos nos quais o assunto iria emergir para intervir. F3 disse à mãe que teria uma namorada, e ela o encorajou, mas afirmou ter dúvidas sobre a sexualidade do filho no futuro, ressaltando que na trajetória de mães há muitas incertezas. Ela relatou se sentir insegura sobre como abordar assuntos como masturbação e relacionamentos e ajudá-lo a não ser abusado, já que o considera uma criança.

M3 (mãe de F3, 20 anos): Isso é uma preocupação, mas não é uma preocupação hoje em dia. **Eu acho que eu tenho que saber alguma coisa porque eu tenho que saber como lidar quando isso acontecer. Mas hoje, não.** Por exemplo eu falei pra ele: “F3, você se masturba?”. Ele: “O que?”. Aí eu fiquei pensando: “Como eu vou lidar com isso?”. Ele me falou: “Mãe, eu vou ter uma namorada, ela vai ser oriental”. E eu falei: “Mas você não gosta mais das loiras?”, “É, eu gosto, mas eu vou namorar uma oriental. Pode ser chinesa?”, eu falei: “Pode ser o que você quiser, meu amor”, “E eu vou ter dois filhos”. **E como lidar com isso? Como eu vou explicar?** Às vezes ele fala: “Mas aí eu preciso de uma namorada”, “Você é muito novinho ainda, você tem a vida inteira pra namorar ainda”. Ele também tem que arrumar uma pessoa que também seja Asperger? [...] Eu não sei. São questões que realmente eu fiquei curiosa. Mas eu não sei. **E acho que na vida de uma mãe tem muito “não sei”.** Mas isso é uma inclinação que eu tenho. **Ah, eu tenho dúvidas se eu converso com ele sobre masturbação, se eu peço pra psicóloga conversar com ele, se eu peço pra explicar pra ele, ou não.** Eu tenho um pouco de medo de explicar. Né? Porque eu sei que ele gosta de meninas. Mas a gente tem medo, né? Nada contra a sexualidade de ninguém. Não é isso. Mas você tem medo que pela carência afetiva que a criança tem, de alguém se aproveitar. **O Asperger ele é adulto, mas ele é uma criança pequena.** Na cabecinha.

Como comentado por Amaral (2009) muitas famílias têm dificuldades para aceitar a vida adulta dos filhos com TEA, colocando-os frequentemente em uma eterna posição infantil. Acolher a família e ajudá-la a compreender o desenvolvimento do filho é importante não somente para que suas ações de educação sexual informal sejam mais adequadas, mas para que promovam sua independência de forma geral.

Segundo M4, o marido aborda com o filho assuntos como o uso de preservativos para não contrair doenças sexualmente transmissíveis e de comportamentos sociais desejáveis, como não causar brigas. É interessante que o pai tenha abordado ambas as perspectivas, já que de acordo com Figueiró (2006) e Nunes e Silva (2006) grande parte das intervenções em educação sexual costumam ser focadas em aspectos biológicos da sexualidade, negligenciando questões importantes como relacionamentos e regras sociais.

M4 (mãe de F4, 22 anos): **O F4 eu expliquei, assim, mais ou menos, né, e o pai dele conversa também muito com ele, só que quando eles tão conversando eu não entro nem onde eles estão.** Meu esposo explica um pouco, porque o meu marido é de pouca conversa. [...] **Ah, os cuidados, né, tem que usar o preservativo, tem que ver a pessoa que sai, e os cuidados pra não pegar doença.** Se um dia ele for num lugar de muita gente, né, **pra tomar cuidado, né, pra não causar briga, né.** Essas coisas.

A participante M5 relatou receio em ensinar errado, encaminhando o filho à psicóloga quando tinha dúvidas. Tissot (2009) ressaltou a importância da comunicação aberta entre família e profissionais de apoio para que possam juntos suprir as necessidades uns dos outros e auxiliar na melhora de desenvolvimento da pessoa com TEA/SA.

M5 (mãe de F5, 15 anos): **E eu não gosto nem de falar com ele essas coisas também porque eu tenho medo de ensinar errado** [...] então ele é o único homem que eu tô criando, né, então às vezes ele vem perguntar coisa pra mim que eu tenho medo de responder e responder errado. Então eu falo: **“Pergunta pra psicóloga, ela vai te ensinar direitinho”.** Não é? Então é isso aí.

M6, a única participante cuja filha é do gênero feminino, contou ter explicado à filha sobre abuso sexual, pois a menina emitia frequentemente o comportamento de fuga em lugares públicos, correndo da mãe em *shoppings* ou mercados. Ela explicou a diferença entre abuso e relação sexual localizando-a em “ser a pessoa certa no momento certo” e descreveu a situação de abuso como alguém que “sentaria em cima” da filha, “faria a relação” e “a faria sangrar”.

Dantas, Silva e Carvalho (2014) comentaram sobre essa dupla vulnerabilidade na qual as meninas com deficiência se inserem, e a preocupação recorrente da família com relação a abusos sexuais é um dado comum. M6 optou por ensinar a filha explicando os aspectos aversivos de uma situação violenta para que a mesma parasse de se expor como quando fugia. Nestes casos é importante que se explique claramente a diferença entre situações de violência e prazer para que a criança não generalize a aversão para relacionamentos afetivo sexuais.

M6 (mãe de F6, 10 anos): Ah, é eu e a F6 só, né? Como a F6 gosta muito de às vezes **quando a gente tá no mercado, no shopping, ela tinha aquela mania de fugir, de correr, e manter essa distância, então por várias vezes eu falava dos riscos que ela corre se um estranho levar ela pro banheiro e abusar dela.** Então dentro dessa preocupação dela ficar distante, então eu sempre me preocupo com ela. Então como ela se precaver, estar preparada pra se defender em uma situação que isso acontecer, então nisso eu fui bem clara no que é uma relação sexual. Eu expliquei tudo pra ela. Eu falei de uma maneira um pouco agressiva. **Eu coloquei como não confiar em qualquer um, não ir com qualquer pessoa, com a pessoa que você não conhece que te oferece chocolate, um bichinho de pelúcia, ele tá com más intenções. Vai te fazer muito mal, vai te levar pro banheiro, vai sentar em cima de você, e ele vai fazer a relação e deve sangrar, e tá tá tá, e vai te deixar magoada, muito triste, você vai ficar nervosa.** E você vai ter uma lembrança muito ruim na sua cabeça. **Não é o momento certo nem a pessoa certa. Mas quando é a pessoa certa isso é muito bom, quando é a pessoa que você conhece, quando você quer.** Quando é uma coisa que aconteceu porque você quis. É diferente quando você foi pega de surpresa.

No caso de explicações como a citada por M6, é importante insistir no uso de uma linguagem mais clara e, se necessário, de recursos lúdicos para explicar sobre as coisas. “Sentar em cima”, por exemplo, é uma ação que ocorre em outras situações sociais, como quando as pessoas sentam uma no colo da outra. Especialmente no caso de pessoas com TEA/SA que tem dificuldades para compreender figuras de linguagem, este tipo de forma de explicação pode gerar confusões.

Assim como M4, M7 relatou que o marido conversou com o filho sobre aspectos de sexualidade tratando, especialmente, de questões como a exposição de corpos de mulheres em programas de televisão ou no carnaval.

M7 (mãe de M7, 11 anos): **Ah, o pai dele deve ter conversado com ele alguma coisa ou outra assim,** porque passa muita coisa, né? Às vezes ele comenta, **ele fala que não gosta muito, que tá se expondo demais, quando**

**ele vê alguém, vamos dizer, seminua, né?** Vamos dizer, o carnaval. Ele fala que tá se expondo demais. Fala. Mas ele falou que conversou sobre esse tipo de coisa, né? Sobre a mulherada que fica só de biquíni, né, vamos supor, que nem *panicat*, né?

#### 4.2.3.3 *Descrições de ações para educação sexual do filho na escola:*

A educação sexual é um tema inserido nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) como diretriz para trabalho a partir do primeiro ciclo do ensino fundamental das escolas brasileiras. Indica-se que o assunto seja tratado de forma transversal, ou seja, em disciplinas e momentos nos quais surja e seja tangente. Ela é, ainda, um direito básico que deve ser garantido a todas as pessoas.

M1, M2 e M4 relataram não saber certamente se o assunto foi abordado no espaço escolar, mas M3 citou como assunto tratado a questão das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). M4 disse que, em sua opinião, deveria haver profissionais de psicologia nas escolas para falar sobre o assunto, assim como há intervenções da polícia militar<sup>10</sup> para abordar a questão das drogas.

M1 (mãe de F1, 15 anos): **Ah, eu não sei, acho que deve falar, mas não conta pra gente, né?**

M2 (mãe de F2, 19 anos): **Se falam nunca me colocaram a par, não.**

M3 (mãe de F3, 20 anos): **Eu acho que tudo. Né? Sobre doenças [...]**

M4 (mãe de F4, 22 anos): Na escola eu acho que falaram acho que no primário, não sei. **Falaram sim, alguma coisa, no ginásio**, agora na faculdade eu não sei se fala. Eu acho que ele não tem aula sobre isso, não. **Devia ter uma psicóloga, né? Nas escolas, pra falar, né?** Agora, no primário, eu achei uma coisa muito importante. Foi uma polícia militar, com um policial também, falar sobre os vícios das drogas.

Para Nunes e Silva (2006) para que a educação sexual seja considerada um processo emancipatório deve ser voltada para aspectos diversos da sexualidade, e não reduzindo-a a questões biológicas ou reprodutivas. As escolas, em geral, falam sobre o

---

<sup>10</sup> PROERD (Programa Educacional de Resistência às Drogas) é um programa de intervenção em escolas brasileiras no qual policiais militares desempenham atividades educativas voltadas para a prevenção contra o uso de drogas.

assunto nas aulas de ciências, citando funcionamentos anatômicos e marginalizando questões sociais da sexualidade que são essenciais na infância e adolescência.

Vieira e Maia (2012) pesquisaram o processo de educação sexual em três escolas no interior do estado de São Paulo e concluíram que nestes espaços a educação sexual era realizada majoritariamente de maneira informal. Desta forma, a inserção de um profissional externo não seria suficiente, já que os alunos faziam perguntas e os funcionários da escola intervinham sobre fatos cotidianos, promovendo também educação sexual. Talvez aliado à formação continuada dos educadores, o profissional de psicologia pudesse promover ações importantes voltadas ao assunto de forma mais efetiva.

M5 relatou que no contexto escolar o que mais a assusta é a questão do abuso sexual, pois o filho tinha dificuldades para interpretar situações sociais e atitudes mal intencionadas, podendo ser violentado. Mahoney e Poling (2011) disseram que a população com deficiência é, segundo análises de dados estatísticos, mais vulnerável com relação a abusos sexuais que o restante da população, evidenciando a necessidade do processo de educação sexual.

M5 (mãe de F5, 15 anos): Ele disse que ele já teve matéria que ela passou sobre esse assunto sim. [...] Chegou e contou pra mim. Tava na escola, ele chegou: “Mamãe, o menino na escola perguntou se eu queria ser o viado dele”. Eu subi, conversei com a diretora, a diretora falou: “Não, nós vamos tomar providência agora”. Chamou o moleque, o moleque veio na sala. “Por que que você falou isso?”, “Ah, porque ele tava lá e ele não quis brincar com a gente. E aí eu perguntei se ele queria ser meu viado”. Ixi, nossa, mãe. Aí chamaram pai, chamaram mãe, e foi aquele rebuliço. **Eu falei pra professora: “Olha, eu tenho muito medo”, porque na época ele era mais inocente do que ele é hoje. Né?** Eu falei: “Eu tenho medo de alguém chamar ele no banheiro, na inocência, dizer “Olha, tem um bichinho na sua calça, F5, abaixa a calça aí”, e ele abaixar, você entendeu, e alguém abusar dele. **Até hoje eu tenho medo, porque ele tem quinze anos, mas se você disser: “F5, olha, tem um bichinho aqui”, “F5, deixa eu ver esse machucado seu?”, ele vai assim, mas se você insistir ele vai mostrar.** Então eu tenho medo.

M6 contou que a filha iria iniciar os estudos sobre sexualidade em breve, pois já haviam começado ver as partes genitais de homens e mulheres na aula, como esperado de acordo com o currículo de ciências do ensino fundamental. Da mesma forma, M7

relatou que a escola do filho vinha abordando questões do corpo e de genética, bem como puberdade. Ela explicou sobre abusos para ele desde pequeno, mas ressaltou que alguns conteúdos sobre sexualidade, como a questão de relacionamentos afetivo-sexuais, ele teria um pouco mais de dificuldades para compreender.

M6 (mãe de F6, 10 anos): **Eu acho que ela vai começar porque ela estudou agora as partes genitais do homem e da mulher**, estão vendo esse assunto agora na escola.

M7 (mãe de M7, 11 anos): **É mais ou menos esse negócio de Azinho, Azão, né, sobre o corpo, o que vem na adolescência, as transformações.** Ai, que nem, no caso do meu filho quando foi falado que ia passar sobre educação sexual nas escolas falando sobre abusos, né, ia falar sobre a opção sexual, eu acho, eu não tenho nada contra, nada contra, cada um é cada um, né? **Só que assim o meu menino ele vai demorar um pouquinho mais pra entender esse tipo de coisa. Né? O abuso a gente explica desde pequenininho.** Agora certas coisas, que nem, se você falar pra ele que um dia ele vai crescer vai casar. E vai acabar tendo uma relação diferente com toque com uma pessoa e ele fala: “Eu não”. Então pra ele é um pouquinho mais difícil. Dependendo do que for falado eu acho que é um pouco cedo. [...] **É, diz ele que tá sofrendo *bullying*, a gente já conversou, eu já conversei com a psicóloga dele.** É porque assim, alguns amiguinhos na escola têm chamado ele de louco. Chama ele de louco porque ele vai na I., por causa do comportamento dele, e tal. Eu já fui na escola várias vezes, o pessoal da escola já conversou bastante comigo, já sabem quem chamou ele, e ele enfiou isso na cabeça que isso é um *bullying*. Porque ele vê os comerciais de televisão que fala, né, contra *bullying*, tal. Ele entra num sofrimento assim de chorar. E fala que ele não quer sofrer *bullying* mais, mas a psicóloga tem conversado bastante com ele, a professora de recurso também ajuda muito ele, ela é muito bacana. O pessoal da escola. Então a gente já conversou, falei pra ele que não que seja *bullying*, é uma questão de adaptação, ou ele pode até achar que é *bullying*, eu não sei se é, quando é, quando não é. **Né, porque eu falo ele fala “Mas as pessoas têm que se acostumar comigo”, eu falo: “F7 você tem que se adaptar com as pessoas, não são as pessoas que vão se adaptar com você”.** Então ele tá meio sofrendo ainda, né?

M7 relatou sobre momentos nos quais o menino se sentia triste, sofria e nomeava de situações de *bullying*, especialmente por ser chamado de adjetivos ofensivos. F7 afirmou à mãe que as pessoas deviam aceitá-lo, e ela explicou sobre a necessidade dele se adaptar ao meio escolar. Estes dados são convergentes com os citados por Sreckovic, Brunsting e Able (2014), segundo os quais as crianças com TEA são alvo frequente de *bullying*.

O diálogo relatado pela mãe remete ao paradoxo já citado acerca da educação especial: ao passo que a sociedade deve se remodelar para acolher os indivíduos em

suas diversidades, os mesmos devem também receber atenção e tratamentos para que desenvolvam seus potenciais – de habilidades sociais, por exemplo. O processo de inclusão prevê este duplo movimento, já que a marginalização e violência contra as pessoas consideradas desviantes é uma representação prática dos estigmas a ela atribuídos.

Neste sentido, as intervenções escolares *antibullying* são importantes para auxiliar as crianças e adolescentes a se reconhecerem enquanto violadores ou violados, assim como a preparação de profissionais para esta identificação é essencial. Entretanto, sem um trabalho mais profundo sobre diversidade humana e ressignificação destes estigmas seria como tratar apenas o sintoma, deixando suas causas de lado.

#### *4.2.3.4 Descrições de ações para educação sexual do filho em outros espaços, como psicoterapia:*

M1, M2 e M3 não identificaram intervenções voltadas aos filhos em espaços alternativos. M4, entretanto, contou que F4 estava inserido em um programa de profissionalização e estimulação de independência em uma instituição na qual aprendeu sobre corpo humano, DST e prevenção. Trabalharam com ele aspectos de autocuidado e ensino de habilidades como cozinhar e cortar o cabelo, avaliados pela mãe como muito importantes. O pai do menino o retirou da instituição<sup>11</sup>.

M1 (mãe de F1, 15 anos): **Não.**

M2 (mãe de F2, 19 anos): **Não.**

M3 (mãe de F3, 20 anos): **Não. O interesse dele é a música.**

M4 (mãe de F4, 22 anos): Deixa eu lembrar. Ah, lá na I., eles ensinavam, viu? Nossa, lá era ótimo, ai que dó que o P. tirou, viu, no fim o F4 não aprendeu a nadar, **lá eles mostravam o corpo humano pro F4, as doenças**

---

<sup>11</sup> Em outro eixo de questões da entrevista, M6 relata que o marido retirou o filho da instituição porque considerava sua deficiência leve e via que ele convivia com pessoas com dificuldades acentuadas, o que o deixava muito incomodado.

**transmissíveis, os cuidados, né, para assim, quando fosse fazer sexo.** Ele me contava. Nossa, lá é demais, viu? Eles trabalham com a criança pra criança ser independente. **Lá, olha, a pessoa pode ter os problemas, mas eles fazem de tudo pra ele ser independente. Ensinam o banho, ensinam a se pentear, tem o dia dos cuidados do cabelo e tudo.** Punham o F4 de cabeleireiro, ai, era um barato, o F4 vinha contando cada coisa. O F4 falou: “Mãe, aprendi fazer até bolacha”, você tinha que ver, ele vinha contando. Ai que judiação.

A existência de programas e instituições voltados para o estímulo da independência do adulto com deficiência, como citado por M4, é uma necessidade urgente que recebe pouca atenção. França-Ribeiro (2004) falou sobre propostas de residências nas quais jovens e adultos aprendem, com a mediação de um profissional acompanhante, a desenvolver independência de vida. Para Rosqvist (2014), a promoção de autonomia das pessoas com TEA/SA é essencial para seu empoderamento, e o desenvolvimento de potencialidades além de melhorar a autoimagem compõe um fator de proteção para a inserção na vida adulta.

#### *4.2.3.5 Relatos sobre possível aprendizado acerca de sexualidade a partir de revistas, livros, internet ou contato com pares:*

No estudo de Brown-Lavoie, Viecili e Weiss (2014) os jovens com TEA/SA aprenderam sobre sexualidade especialmente por meio da internet, televisão, revistas etc. Segundo os dados da pesquisa, estas pessoas eram mais vulneráveis com relação a abusos sexuais e violências, provavelmente devido à restrição de informações nos meios indicados. Boarini (2004) ressaltou que embora o acesso a materiais tenha aumentado com o tempo, não é possível afirmar que a formação dos jovens e adolescentes está mais apurada. A mediação humana é essencial no processo de educação sexual.

M1 disse que o filho nunca relatou nada sobre sexualidade, por isso não sabia se aprendeu sobre. Para M2 e M3, os filhos aprendiam na televisão, e M3 indicou achar os programas “muito explícitos e exagerados” com relação à sexualidade. M2 e M5 contaram que F2 e F5 utilizavam a internet para fins específicos, como rock e jogos, que

compunham seus interesses. F6 assistia novelas infantis nas quais via crianças namorando e achava legal, e F7 assistia somente desenhos.

M1 (mãe de F1, 15 anos): Ah, eu não sei. **Revista não tem, aqui não tem revista dessas coisas. Não sei, nunca falou nada.**

M2 (mãe de F2, 19 anos): **Ah, eu acho que na televisão. Mas na internet não, é só rock, rock, rock.**

M3 (mãe de F3, 20 anos): Hoje eu acho isso muito explícito demais, exagerado. Eu acho que não precisa ser assim. [...] Eu acho um exagero, eu mesma me choco. Eu acho um exagero. [...] **Não que TV não possa, não é isso, não sou contra a TV. Mas eu acho que é de uma maneira muito exagerada.**

M5 (mãe de F5, 15 anos): **A internet ele usa mais assim pra ver jogo, entendeu? Pra jogar.**

M6 (mãe de F6, 10 anos): **Não, ela nunca despertou o interesse disso, né? Então [...] Ela assiste a novela Carrossel e que tem as crianças que namoram.** Tanto ela comenta, ela acha legal. Né? Então [...]

M7 (mãe de M7, 11 anos): **Não. Ele não assiste nada assim, ele ainda assiste desenho.** Essas coisas.

Se por um lado o acesso à educação sexual por meio da mídia pode reproduzir estereótipos e ideias normativas, aprender exclusivamente com a família também pode fomentar conhecimentos específicos e restritos sobre sexualidade. Por isso é importante a inserção em grupos sociais de pares que, além de auxiliá-los a compreender e vivenciar situações sociais, podem fornecer informações alternativas e adicionais. A privação dessa interação pode endossar ainda mais a característica citada pelas mães em diversos trechos sobre sua “inocência”.

#### *4.2.3.6 Relatos sobre acesso do filho à pornografia:*

A pornografia é um material presente na educação sexual de muitos adolescentes e jovens. Especialmente após a popularização da internet e de meios tecnológicos como o celular com dados móveis e aplicativos de envio de vídeos rápidos como o *whatsapp*, o acesso se tornou mais fácil. Entretanto, das sete participantes, seis relataram que o filho não tinha acesso à pornografia e uma disse não saber. Não é possível especificar se

o controle das participantes sobre o material que os filhos assistiam era suficiente para afirmar que eles não viam pornografia, mas os dados de Newport e Newport (2002) indicando um atraso para desenvolver interesse e se envolver em questões sobre sexualidade com relação aos pares neurotípicos poderia ser uma explicação para este fato.

M1 (mãe de F1, 15 anos): **Não.**

M2 (mãe de F2, 19 anos): **Ah, eu não sei.**

M3 (mãe de F3, 20 anos): **Não.**

M5 (mãe de F5, 15 anos): **Nem pensar.**

M6 (mãe de F6, 10 anos): **Eu acho que não.**

M7 (mãe de M7, 11 anos): **Não.**

A União Nacional dos Estudantes do Reino Unido conduziu uma pesquisa com 2.500 alunos sobre pornografia e obteve a informação de que ao menos 60% deles acessava o material para descobrir informações relacionadas ao sexo não encontradas nas aulas de educação sexual (YOUNG-POWELL, 2015). Se por um lado a pornografia pode fornecer informações dificilmente abordadas em intervenções formais sobre sexualidade e seja fonte de prazer para muitas pessoas, é comum que seja também repleta de ideais heteronormativos e até mesmo reproduza situações de violência.

Embora seja polêmico e controverso discutir as contribuições e prejuízos da pornografia na vida dos jovens e adolescentes, é importante ressaltar que o poder de escolhas e decisões da pessoa com TEA/SA deve ser estimulado. Dessa forma a discussão honesta sobre aspectos negativos da pornografia, como a reprodução de estereótipos, pode ser uma intervenção interessante que trará ao jovem e adolescente conhecimento para fazer decisões acerca do assunto.

Outra questão importante é que o acesso a pornografia é frequentemente facilitado por pares. No caso de pessoas com TEA/SA que frequentemente tem poucos

amigos próximos – ou nenhum – o acesso pode ser dificultado. A falta de privacidade e a vigilância constante também são aspectos que tornam a pornografia mais distante da vida destas pessoas.

#### *4.2.3.7 Opiniões sobre como seria a educação sexual ideal para o filho:*

M1 e M2 atribuíram a outras pessoas a responsabilidade pela educação sexual dos filhos. A primeira acreditava que um homem, como o pai, seria mais adequado, pois ela não saberia como falar sobre alguns assuntos devido ao fato de ser mulher. É compreensível que vivendo em uma sociedade machista a mãe acreditasse que uma figura masculina teria mais conhecimentos sobre sexualidade e deveria falar sobre em seu lugar. Entretanto, como comenta Boarini (2004), a sexualidade é um processo no qual todos os adultos são modelos para os adolescentes e, por isso, não faz sentido atribuir somente a um membro da família esta tarefa.

M2 contou acreditar que as professoras estariam mais preparadas, e por isso deveriam promover a educação sexual de F2. Percebe-se que a mãe se referiu ao processo de educação sexual formal, e não considerou que na informalidade também se aprende sobre o assunto, por isso mesmo que as professoras da escola se responsabilizassem pelo ensino de conteúdos específicos, suas atitudes no dia-a-dia estariam também ensinando e educando – mesmo que sua ação fosse o silenciamento frente a alguma questão.

M1 (mãe de F1, 15 anos): **(o pai) porque é homem, né?** Pra gente mulher já é mais difícil, né? **A gente não vai saber explicar.** Eu mesmo não sei. Explicar, assim, sobre essas partes.

M2 (mãe de F2, 19 anos): **Eu tenho receio, não sei, de conversar. Agora, elas, que elas (as professoras) já estão mais preparadas, tudo, eu acho que deviam [...]**

M3 ressaltou a importância de parcerias na criação de um filho com TEA/SA, de ter pessoas e profissionais que a auxiliassem. Segundo Camargos Jr. (2013b) o

desenvolvimento dessas pessoas pode ser muito melhor com a participação de uma equipe de profissionais. Além disso, pensando a função social da escola como um espaço privilegiado de promoção da formação do cidadão, é coerente imaginar que sejam realizadas nela intervenções para educação em sexualidade.

Para Miskolci (2010) a escola tende a invisibilizar a sexualidade pressupondo que ela é um assunto privado ou restrito ao lado de fora da instituição, mas isto é impossível já que a sexualidade faz parte do sujeito o tempo todo – ninguém se despe dela antes de sair de casa.

M3 (mãe de F3, 20 anos): **Acho que tem que vir da escola e vir dos pais também. Mas é difícil como uma mãe,** praticamente solteira, não solteira porque ele tem pai, **explicar tudo.** Então eu tentei agir com muita naturalidade. E o F3 demorou para desenvolver a sexualidade. [...] **Começando com os pais e com a escola. Eu aprendi que com a criança Asperger você nunca pode ser sozinho. Eu sempre tive a ajuda de muitos profissionais. Que foi a fono, a escola, eu acho que tudo é um conjunto.** Você não é sozinho, você não pode querer ser. **É escola, é fono, é psicóloga.** E é você. Então assim, é um ciclo. Sabe? Uma coisa que vai e volta, um ciclo mesmo. Porque você não consegue lidar sozinha. E eu sempre tive muita ajuda, sempre apareceram pessoas muito boas.

Para M4 a responsabilidade da educação sexual do filho deveria ser da psicóloga escolar, mas uma idade mínima deveria ser respeitada para que não houvesse um choque. Entretanto, seria necessário ensinar sobre concepções pessoais que ela anunciou como corretas: que o homem e a mulher foram criados por Deus para ter relações sexuais e filhos, mas que cuidados seriam necessários, ressaltando o uso do preservativo e o respeito com a parceira. Ela indicou que os pais também deveriam participar deste processo, assim como existir uma aula específica sobre o assunto.

Ao analisar os direitos sexuais na sociedade democrática, Rios (2006) ressaltou que esses direitos estão fundamentados na liberdade, igualdade, não discriminação. Para que sejam garantidos os direitos de todos os indivíduos a partir de suas singularidades, é necessário partir de preceitos plurais e laicos, baseados em uma educação voltada para uma compreensão ampla desses direitos. Desta forma, o desejo de M4 que seja ensinado

na escola o que é certo e errado a partir de uma visão religiosa específica torna-se inadequado. Por outro lado, abordar assuntos como a violência de gênero, citada por ela, é possível e muito importante, já que dados da realidade escancaram sofrimento de mulheres em múltiplas situações, inclusive sexuais.

M4 (mãe de F4, 22 anos): É. **A psicóloga, assim nas escolas, assim, dependendo da idade, né?** Não pode ser com 7 ou 8 anos a professora falar. Mas eu acho que deveria ter aula nas escolas primárias assim quando a menina já tá mocinha com 10 anos eu acho que é uma idade, né? Pra não chocar. Com 10, 11 anos eu acho que já **devia ter uma professora pra ensinar assim que sexo não é um bicho de sete cabeças que Deus fez o homem e a mulher pra casar, pra fazer amor, né? E ter os filhos. E assim pra tomar os cuidados, né? Porque olha quantas doenças que tem. Assim, pra ter respeito. Quantos homens humilham assim as mulheres, né?** Pensa, né, que pode pisar e jogar fora depois que faz isso, né? Não pode ser assim, então tem que ter o respeito, né? **O meu modo de pensar é assim. Casar e ter sexo.** Mas as meninas hoje estão tudo liberal, né? Então eu acho que deveria ter uma professora na escola pra ensinar os alunos, né, **todas as coisas certas**, devidas, pra idade certa, né? Pra não acontecer, né, igual acontece, né? Quantas doenças, né? **Então, e assim, os pais também devem orientar os filhos, né?** E a escola, que é a segunda casa, né? Porque às vezes a criança passa muito tempo na escola, né? Então lá eu acredito que deveria ter aula sobre isso pra orientar, né?

Assim como M1 e M2, M5 acredita que outra pessoa seria ideal para ensinar seu filho, pois não possui os conhecimentos que julga serem necessários. Um profissional da psicologia poderia ser essa pessoa, segundo seu relato. Embora os psicólogos possam compor parte dos profissionais envolvidos na educação sexual de pessoas com TEA/SA, a atribuição exclusiva desta função a eles desconsidera que processos educativos ocorrem o tempo todo, e não somente quando o assunto está em pauta. Sendo assim, o papel fundamental da psicologia seria acolher os familiares e auxiliá-los a rever seus preconceitos, buscar informações e fornecer ferramentas para que promovam esta educação sexual (MAIA, 2009b).

M5 (mãe de F5, 15 anos): Moça do céu, essa pergunta eu não sei te responder. Você precisava conversar com ele pra responder. **Olha, uma psicóloga.** Eu vou responder pra ele o que ele me perguntar. Mas eu não tenho a sabedoria que você tem, que você estudou pra ir além, né, que você tem a sabedoria, que você estudou, você se formou. **Então você tem todos os métodos de chegar até onde você quer. E aí ele te responder. Eu já não tenho.**

Para M6, era importante ensinar a sexualidade como algo natural, começando com os pais e se estendendo para profissionais, como os psicólogos. M7 ressaltou que se aprende um pouco em cada lugar, por isso a educação sexual deve ser um conjunto que leve em consideração dificuldades específicas do filho, como o uso de palavras simples e repetições, pois não guarda todas as informações.

M6 (mãe de F6, 10 anos): **Ah, mostrar que é uma coisa natural, né, que todo mundo vai passar por isso, que todo mundo vai sentir, vai querer ter [...] é uma coisa natural que o organismo deseja isso. E que é legal estar preparada pra saber se é o momento. Ou não. Eu acho que começa com os pais, né? Mas um profissional também ajuda bastante. Sim, um profissional, um psicólogo também.**

M7 (mãe de M7, 11 anos): Sim, eu acho muito importante. **Eu sou, ah, é, acho que meio medrosa mesmo, né? Acho que mais com ele porque ele é meio mais quietão, né? Ah, eu acho que é conhecer o corpo, né? O corpo dele, as sensações, as pessoas, aprender respeitar as pessoas, os limites, esse tipo de coisa. [...]** Hum, é difícil te falar. Ele tem que aprender tudo na vida, né? Eu só acho que às vezes usar as palavras com cautela, porque às vezes uma palavra ele grava. As nove demais [...] você fala dez, uma ele grava, as nove ele já não gravou. Então assim, só usando cautela, mas acho que tudo, né, enfim. O mundo tá aí, né? [...] **Eu acho que como eu falei é um conjunto. Aprende um pouquinho em cada lugar, né?**

Dentre os conteúdos ressaltados por M7 estão aspectos sociais da sexualidade como o respeito às pessoas e os limites, comumente excluídos da programação escolar, por exemplo. O foco da educação sexual em questões preventivas é citado por Nunes e Silva (2006) como o principal modelo atualmente observado, chamado médico-biologista, ou higienista/médico-profilática. Deve-se destacar que esse é um aspecto essencial do processo educativo: o aprendizado sobre o funcionamento do corpo pode promover o acesso a meios sociais e relacionamentos interpessoais importantes. Entretanto, limitar desta forma a educação sexual a torna incompleta.

#### *4.2.3.8 Opiniões sobre a necessidade de adaptações do ensino sobre sexualidade para o filho:*

Nas opiniões de M1 e M4 a educação sexual oferecida aos filhos poderia ser similar a de outras crianças. M4 nomeou o TEA/SA de “leve autismo” e ressaltou que

não se poderia fazer diferença em seu processo educativo. Essa é uma questão delicada, pois de um lado é importante que as pessoas diagnosticadas sejam reconhecidas e tratadas similarmente às neurotípicas, especialmente com relação à presença de sexualidade. Entretanto, ignorar suas necessidades específicas poderia significar marginalizá-las do processo educativo. Se há dificuldades em áreas específicas de aprendizagem, por exemplo, é necessário adaptar conteúdos de forma que se torne possível que os compreenda.

Nesse sentido, M2 contou imaginar que a educação sexual oferecida para o filho deveria ser diferente, pois ele tinha TOC e déficits recorrentes deste transtorno. Para a mãe o fato de F2 não perceber quando zombavam dele na rua e não se defender nessas situações era um exemplo de necessidade específica.

M1 (mãe de F1, 15 anos): **Eu acho que tem que ser igual, né?** [...] Ah, porque sim, né?

M2 (mãe de F2, 19 anos): **Ah, tem que ser diferenciada das pessoas, né? Que não tem síndrome.** Aí eu não sei te falar. Acho que tem que ser diferenciada. Ah, **pela dificuldade mesmo, pelos TOC que ele tem. Entendeu? Se ele chegar numa menina com esses TOC dele, ela vai rir dele.** Vai achar ele bobão, entende? Eu saio com o F2, mas é incrível, todo mundo olha, uns dá risada. Outros cochicham. Sabe? É incrível. Porque o F2 se ele faz aqui ele faz na rua também, ele, sabe? Se os outros xingar ele de louco, de bobo, ele não tá nem aí. Ele não vai retrucar a pessoa, ele não tá nem aí. Ele tá na dele, sabe? Mas isso me irrita. Porque a pessoa não olha, não sabe distinguir uma pessoa normal de uma pessoa especial? Né?

M3 relatou que a educação sexual oferecida para o filho poderia ser igual a das outras crianças especialmente na escola grande parte do tempo, mas como havia características diferentes envolvidas em seu desenvolvimento, deveriam existir diferenças no ensino. M6 acreditava ser necessário clareza e franqueza nessa comunicação, indicando também possíveis adaptações.

M3 (mãe de F3, 20 anos): **Eu acho que até um certo ponto pode ser igual. Que nem, na escola.** Mas hoje. Hoje eu sei que as outras crianças da idade não são mais [...] namoram. Pra ele é diferente. Hoje eu acho que tem que ser mais no tempo dele. **Tem que ser mais no tempo dele. Acho que até a escola é normal, depois eu acho que tem [...]**

M4 (mãe de F4, 22 anos): **Acho, eu acho que tem ser igual, porque eu acho que o N. a gente tem que tratar igual.** Porque ele tem esse leve autismo, mas a gente não pode fazer essa separação.

M6 (mãe de F6, 10 anos): **Eu acho que você pode ser bem claro. Que ela conhece [...] ela argumenta, né? Então eu acho que você pode usar uma linguagem mais aberta, mais franca.**

As adaptações são um modo de fornecer às pessoas com necessidades educacionais especiais acesso a conhecimentos formais e informais (MOREIRA, 2007). A diversidade de características entre pessoas deve ser repensada e reconsiderada para que não se tornem desvios e não sejam reafirmadas como estigmas. O ensino claro, concreto, direto e com auxílio de recursos visuais poderia favorecer pessoas com TEA/SA já que há dificuldades com compreensão verbal. Nesse sentido, desconsiderar essa característica e insistir no ensino usual, comporia um processo de marginalização que levaria além do fracasso escolar ao não aprendizado de conteúdos importantes como alfabetização e educação sexual.

Dados da literatura também indicam a importância de adaptações: Mehzabin e Stokes (2011) indicam programas incorporando conteúdos específicos importantes para a pessoa com TEA/SA, como as habilidades sociais, enquanto Fisher, Moskowitz e Hodapp (2013) comentam o fortalecimento de rede de relacionamentos como essencial. Koller (2000) cita a necessidade de intervenções mais concretas, breves, claras e visuais, assim como Segar (2008) e Newport e Newport (2002).

A atenção a estas necessidades não significa, por outro lado, que deva haver atribuição e generalização de aspectos negativos a estas pessoas, justificando sua segregação. Vencato (2014) afirma que não é a existência de diferenças que produz as desigualdades sociais, mas a legitimação de algumas e exclusão de outras, e esse desrespeito ao diferente produz violências tanto simbólicas quanto físicas, como as encontradas no espaço escolar.

Enfim, de modo geral, percebe-se que as dificuldades sobre a sexualidade apontadas pelos familiares – tal como se previa – não foram necessariamente relacionadas à resposta sexual orgânica- desejo, excitação ou orgasmo, por exemplo, mas à questões psicossociais. É no meio social que as pessoas apresentam-se como “eróticas” e nele aprende-se sobre relacionamentos que envolvem afeto, enamoramento, amor e sexo, reproduzindo valores sociais que norteiam a sexualidade em diferentes culturas (MAIA, 2006). Como pensar esse aprendizado quando a compreensão das regras sociais e das expressões humanas pode estar prejudicado? Como não reconhecer a importância e a necessidade da educação sexual?

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que a sexualidade de pessoas com TEA/SA é frequentemente invisibilizada, que seus direitos de acesso à educação sexual de qualidade e às vivências sexuais são comumente negados e que elas compõem um grupo de vulnerabilidade com relação a abusos e violências sexuais, a presente pesquisa teve o intuito de investigar como os familiares, principais personagens na formação dessas pessoas sobre sexualidade, abordavam esta questão com seus filhos e suas opiniões acerca dela.

As mães participantes, principais cuidadoras de seus filhos adolescentes ou jovens com TEA/SA, relataram que a educação sexual dirigida por elas era composta pelo silenciamento completo acerca do assunto, pelo encaminhamento para psicólogos por se sentirem despreparadas, pela utilização de explicações metafóricas sobre sexualidade ou pelo foco em questões de prevenção. Houve relatos sobre questões de saúde sexual, como fimose e infecção renal, nos quais o silenciamento sobre o assunto e a falta de abertura para falar sobre colaboraram para o agravamento dos quadros, reafirmando a importância de abordá-lo.

Embora fizessem aquilo que lhes era possível a partir de seus próprios repertórios, as ações descritas pelas participantes pareceram marginalizar questões importantes como conhecimentos sobre sexualidade em seus aspectos sociais, culturais e biológicos; orientações sobre aspectos típicos da adolescência como paquera e autoestima etc. Elas afirmaram não ter acesso a materiais que pudessem auxiliá-las nesta educação sexual, e que os profissionais da saúde e da educação de seu entorno não conversaram ou colaboraram neste sentido.

Tornou-se evidente que o atendimento voltado às famílias de pessoas com TEA/SA e sua formação em educação sexual para os jovens são vias importantes para a realização de uma educação sexual emancipatória. As participantes contaram que nas

escolas, quando abordado, o assunto era permeado por conhecimentos da aula de ciências, e em outros espaços somente uma identificou intervenções no curso profissionalizante de uma instituição de educação especial que o filho frequentava. A educação sexual promovida informalmente pela família era, nestes casos, a principal fonte de conhecimentos e informações sobre o assunto que os adolescentes e jovens com TEA/SA tinham acesso.

A infantilização dos filhos foi outro aspecto importante desvelado nos relatos e que deveria ser trabalhado com as famílias. As participantes relataram que os filhos eram “infantis”, “inocentes” e algumas delas tinham dificuldade em reconhecer sua sexualidade devido a estas características atribuídas a eles. É necessário auxiliar os adultos do entorno, como familiares, professores e profissionais da saúde, a perceberem as potencialidades destas pessoas, incentivando continuamente sua independência. Pode-se sugerir que a dessexualização desses jovens, por parte dos familiares, tem a ver com essa infantilização, tal como observado em pessoas estigmatizadas pela deficiência e que expressam dependência de adultos cuidadores.

Além desses atendimentos voltados à família, é importante que a maneira como a sociedade enxerga e age sobre a sexualidade de pessoas com TEA/SA seja modificada. Neste sentido, as participantes disseram imaginar que esta sexualidade seria atípica devido ao fato das pessoas serem “infantis”, não demonstrarem interesse pelo assunto ou manifestarem este interesse de forma “diferente”. Dentre as possibilidades de ações para que haja mudanças nestes preconceitos, destaca-se a elaboração de materiais e informações voltados à população com linguagem acessível como livros, cartilhas e reportagens. Movimentos sociais como o da autoadvocacia e o da neurodiversidade indicam que as próprias pessoas com TEA/SA devem assumir o protagonismo para falar sobre este assunto e expor à sociedade seu jeito de ser, pensar e agir.

Ainda sobre as diferenças e semelhanças entre a sexualidade de pessoas com TEA/SA e a de pessoas neurotípicas, duas participantes opinaram que os desejos sexuais seriam parecidos em ambas populações, mas que os déficits em habilidades sociais de pessoas com o transtorno prejudicariam imensamente seus relacionamentos sociais, afetivos e sexuais. Elas citaram que os filhos não sabiam, por exemplo, identificar situações potencialmente perigosas ou ofensivas nem se defender, demonstrando uma “inocência” excessiva. Citaram ainda a dificuldade de autocontrole, de se expressar e se comunicar e problemas para estabelecer interações sociais.

Sendo os déficits em habilidades sociais um dos maiores obstáculos para o desenvolvimento da sexualidade destas pessoas em diversos âmbitos – proteção com relação a violências, estabelecimento de vínculos afetivos ou sexuais, manutenção de relacionamentos etc – evidencia-se que o ensino destas habilidades é uma ação indispensável. Importante destacar que, para além da sexualidade, estes comportamentos sociais são pré-requisitos para melhor desempenho em outras áreas de desenvolvimento como acadêmica, pessoal, familiar etc.

Dentre as possibilidades de ações destaca-se o Treinamento em Habilidades Sociais (THS) especificamente a partir da perspectiva da Análise Aplicada do Comportamento, como tratamento de eficácia descrita por diversos estudos científicos e realizado especialmente por psicólogos (CAMARGO; RISPOLI, 2013).

Neste mesmo sentido, o tratamento voltado para lidar com as dificuldades associadas ao TEA/SA pode promover oportunidades de experiências que favorecem a vivência da sexualidade e à vida independente. Uma das participantes citou o Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) do filho cujas manifestações faziam com que ele perdesse horas de seu dia em rituais disfuncionais propiciando momentos de

humilhação e discriminação, distanciando-o de atividades sociais e de relacionamentos com pares.

Embora as participantes não tenham identificado contribuições dos profissionais envolvidos nos tratamentos dos filhos com relação à sua educação sexual, quatro delas citaram a psicóloga como uma profissional para esclarecer dúvidas, buscar orientações ou atender e esclarecer os filhos sobre o assunto. A Psicologia pode contribuir tanto por meio dos tratamentos citados – desenvolvimento de habilidades sociais, cuidados com relação à comorbidades – quanto por meio das articulações de outras ações aqui citadas, como acolhimento e orientação de familiares.

É importante ressaltar que, infelizmente, os múltiplos tratamentos voltados às pessoas com TEA/SA, de diferentes áreas de atendimento ainda são escassos ou inexistentes em muitas regiões do país e frequentemente inacessíveis financeiramente para grande parte da população. Seja no atendimento global das necessidades desse público, seja especificamente em atenção à sua sexualidade, o ideal é que haja uma equipe de profissionais atuando conjuntamente, desenvolvendo psicoterapia, fonoterapia, fisioterapia, terapia ocupacional e neurologia, de modo gratuito e contínuo.

Da mesma forma, é essencial que os profissionais da educação inseridos nas escolas estejam preparados para acolher as necessidades específicas destas pessoas, elaborando Planejamentos de Ensino Individualizados (PEI), investindo em técnicas de ensino visuais, lógicas e claras. Uma das participantes afirmou esta forma de linguagem deve ser utilizada para falar sobre sexualidade, já que a compreensão de metáforas e de sentenças verbais longas pode ser difícil para estas pessoas.

Quando questionadas sobre como seria a educação sexual ideal para seus filhos com TEA/SA, as participantes citaram a necessidade de adaptação de linguagem e o atendimento das comorbidades, como o TOC, além do aprendizado sobre como se

defender em situações perigosas. Sobre a responsabilidade desta educação sexual, foram citadas colaborações conjuntas entre escola e família, o psicólogo escolar e clínico, e uma mãe participante argumentou que deveria ser o pai, pois ela sendo mulher não se sentia preparada para abordar o assunto. Algumas participantes consideraram que a educação sexual deveria ser igual a de outros alunos da sala; outras que deveria ser igual até um ponto, e então adaptada para o que fosse necessário.

Ao elaborar possíveis intervenções para esta população, deve-se considerar por um lado que pessoas com TEA/SA são similares às neurotípicas em inúmeros aspectos e por outro que vivenciam dificuldades devendo, portanto, receber adaptações que facilitem seu acesso à saúde, educação, lazer, trabalho etc. Neste sentido, a educação sexual voltada para elas deve considerar a existência de sua sexualidade como das demais pessoas, mas que a forma de ensinar sobre o assunto precisa, muitas vezes, de adaptações para que suas necessidades sejam supridas. A importância de adaptações de diferentes tipos às necessidades dessas pessoas não é nenhuma surpresa; no entanto, reforça-se aqui que essas adaptações devem ser pensadas também no campo da sexualidade.

A elaboração e divulgação de materiais voltados para a promoção da educação sexual para a população geral é cada vez mais frequente e variada. Há cartilhas, vídeos, livros, brinquedos e jogos voltados para este fim que podem ser utilizados integralmente ou de forma adaptada de acordo com as necessidades da população em foco. Desta forma, embora seja importante a criação de programas específicos para pessoas com TEA/SA, é possível explorar materiais já existentes.

Dentre as expectativas sobre o futuro da sexualidade dos filhos com TEA/SA as participantes citaram imaginar que as possíveis parceiras também tivessem o transtorno, pois seria mais fácil compreendê-los; que seria um futuro bom especialmente porque os

pais investiam na estimulação de sua independência; que vivenciariam sua sexualidade de forma independente; uma delas não pensava sobre o assunto. Grande parte das participantes evidenciou esperar que os filhos fossem heterossexuais relatando dirigir suas orientações sobre como seriam parceiras desejáveis. Podemos concluir que a visão heteronormativa de mundo, posta socialmente na maioria das pessoas, é reproduzida no discurso dessas mães.

Quatro das sete participantes relataram ter visto o filho se masturbando, evidenciando as frequentes dificuldades destes adolescentes e jovens em identificar a diferença entre atos privados e públicos. A masturbação é um exemplo de comportamento sexual frequentemente aprendido de maneira informal, por meio do convívio com pares ou de informações obtidas em diálogos com pessoas mais velhas. Pelo fato de terem nenhum ou poucos amigos e não entenderem as metáforas utilizadas para falar sobre o assunto, é comum que haja confusões e dificuldades para compreendê-lo. Reitere-se aqui que não se trata de considerar a ocorrência da masturbação como um “problema”, ainda mais por se tratar de uma expressão erótica comum do desenvolvimento humano, especialmente de jovens, mas o aprendizado do local adequado onde fazer isso, ou seja, distinguir a diferença entre comportamentos que podem ser públicos daqueles que devem ocorrer de modo privado.

As participantes relataram dependência dos filhos para atividades de autocuidados como tomar banho, fazer a barba, passar desodorante, aspectos estes que devem ser trabalhados com esta população. Uma delas contou que o filho estabeleceu relacionamentos com meninas menores de idade, tendo dificuldades para compreender as razões pelas quais legalmente eles eram inviáveis. Ressalta-se, novamente, a importância do trabalho sobre regras e normas sociais de forma preventiva para evitar situações como essas. O “controle” ou “ensino de regras” sobre os comportamentos

considerados inadequados não existem no sentido de punição ou repressão, mas, ao contrário, trata-se de um modo de que essas pessoas possam aprender o que se espera socialmente delas em relação à sua sexualidade para que possam exercer o direito de expressá-la e vivenciá-la, como qualquer outro ser humano.

Os dados encontrados nos relatos dessas mães por um lado não foram surpreendentes na medida em que os comportamentos típicos das pessoas acometidas pelo TEA/SA já são amplamente conhecidos; por outro foram inovadores e importantes quando relacionados à sexualidade.

As opiniões e ações das mães participantes refletiram seus valores pessoais sobre gênero e sexualidade, além de suas percepções das dificuldades de seus filhos como se elas limitassem ou impedissem o direito deles viverem a sexualidade. De qualquer forma, mesmo diante do reconhecimento da sexualidade de seus filhos, pode-se considerar que as mães não conseguiam - assim como os profissionais citados em seus relatos - garantir uma educação sexual que os auxiliasse a desenvolver habilidades importantes no trato social visando diminuir vulnerabilidades e aumentar as chances de vínculos saudáveis e gratificantes. A educação sexual, seja no âmbito familiar ou escolar, já é um tema polêmico e difícil de ser considerado plenamente e deve ser pensada seriamente, quando se tratam de populações que apresentam necessidades e especificidades particulares.

A revisão da literatura nos permitiu aprofundar a questão de modo a compreender a realidade em outros contextos envolvendo outras realidades culturais ou as concepções de outros participantes que rodam a convivência com pessoas com TEA/SA. Os dados empíricos apresentados elucidam um olhar mais próximo da nossa realidade pelo ponto de vista de mães e, ainda que não sejam generalizáveis, evidenciam questões instigantes.

Novos estudos podem contribuir para aprofundar a relação entre TEA/SA e a sexualidade, seja na opinião de pais, membros familiares ampliados e cuidadores. A opinião de profissionais envolvidos no atendimento dessas pessoas também seria interessante para compreender porque, mesmo no campo profissional, essa educação sexual ainda se faz carente. Mais interessante ainda seria aprofundar a temática a partir dos próprios jovens diagnosticados com TEA/SA: o que pensam, desejam e esperam viver em sua vida adulta e sexuada. Além disso, considerando o direito dessas pessoas viverem um namoro, casamento, assumirem uma suposta diversidade sexual ou mesmo, efetivar um planejamento familiar, se assim o desejarem, nada mais justo do que dar voz aos próprios jovens ou as pessoas com as quais eles se relacionam para apontar as possibilidades e limites dessas vivências.

Enfim, depois de tudo que foi dito, parece inevitável concluir que para que esse direito seja exercido e para que cada vez mais as pessoas com TEA/SA sejam reconhecidas como seres sexuais e possam expressar sua sexualidade na sociedade inclusiva, deve-se garantir o acesso à educação sexual ao longo de todo seu desenvolvimento humano.

## REFERÊNCIAS

- AMARAL, C. E. S. **O reconhecimento dos pais sobre a sexualidade dos filhos adolescentes com autismo e sua relação com a coparentalidade**. 2009. 85 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.
- ALLIPRANDINI, P. M. Z.; SODRÉ, G. C. Análises sobre o Fenômeno Bullying no Contexto Escolar: contribuição da produção científica. In: LIMA, A. M. S.; VITALIANO, C. R.; ALTINO, F. C.; MACHADO, R. P. B. (Org.) **Inclusão: debates em diferentes contextos**. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2013. p. 257-272.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 4 ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2005.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5 ed. Porto Alegre: ARTMED, 2014.
- ASTON, M. Asperger syndrome in the bedroom. **Sexual and Relationship Therapy**, v. 27, n. 1, p. 73-79, 2012.
- ANDRADE, A. A.; TEODORO, M. L. M A. Implicações do Transtorno do Espectro do Autismo de Alto Funcionamento na dinâmica familiar. In: CAMARGOS JR., W. **Síndrome de Asperger e outros Transtornos do Espectro do Autismo de Alto Funcionamento: da avaliação ao tratamento**. Belo Horizonte: Artesã, 2013. p. 197-212.
- AYLAZ, R.; YILMAZ, U.; POLAT, S. Effect of Difficulties Experienced by Parents of Autistic Children in their Sexual Life: A Qualitative Study. **Sexuality and Disability**, v. 30, p. 395-406, 2012.
- ARANHA, M. S. F. Paradigmas da relação da sociedade com as pessoas com deficiência. **Revista do Ministério Público do Trabalho**, n. 21, p. 160-173, 2001.
- BALLAN, M. S. Parental Perspectives of Communication about Sexuality in Families of Children with Autism Spectrum Disorders. **Journal of Autism Developmental Disorders**, v. 42, p. 676-684, 2012.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BEZERRA, C. P.; PAGLIUCA, L. M. F. A vivência da sexualidade por adolescentes portadores de deficiência visual. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 578-583, 2010.
- BOARINI, M. L. O “ensino” da sexualidade e a (des)informação do adolescente contemporâneo. In: RIBEIRO, P. R. M. **Sexualidade e Educação: aproximações necessárias**. São Paulo: Arte & Ciência, 2004. p. 181-199.
- BOLSONI-SILVA, A. T. Habilidades sociais: breve análise da teoria e da prática à luz da análise do comportamento. **Interação em Psicologia**, v. 6, n. 2, p. 233-242, 2002.
- BONFIM, C. R. S. **Educação Sexual e Formação de professores de ciências biológicas: contradições, limites e possibilidades**. 2009. 267 f. Tese (Doutorado em

Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)>. Data de acesso: 28 de maio de 2016.

BRASIL. **Decreto Legislativo nº 186 de 09 de julho de 2008**. Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007. Brasília: 2008. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Congresso/DLG/DLG-186-2008.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Congresso/DLG/DLG-186-2008.htm)>. Data de acesso: 14 de set. 2015.

BRASIL. **Decreto nº 6.949 de 25 de agosto de 2009**. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Brasília: 2009. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm)>. Data de acesso: 28 de maio 2016.

BRASIL. **Lei nº 12.764 de 27 de dezembro de 2012**. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 98 da Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Brasília: 2012. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2012/lei/12764.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/12764.htm)>. Data de acesso: 28 de maio de 2016.

BRASIL. **Lei nº 13.146 de 06 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília: 2015. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm)>. Data de acesso: 28 de maio de 2016.

BROWN-LAVOIE, S. M.; VIECILI, M. A.; WEISS, J. A. Sexual Knowledge and Victimization in Adults with Autism Spectrum Disorders. **Journal of Autism Developmental Disorders**, v. 44, p. 2185-2196, 2014.

BYERS, E. S.; NICHOLS, S.; VOYER, S. D. Challenging Stereotypes: sexual functioning of single adults with high functioning autism spectrum disorder. **Journal of Autism Developmental Disorders**, v. 43, p. 2617-2627, 2013.

BRITO, A. P. L.; NETO, A. R.; AMARAL, L. T. Síndrome de Asperger: Revisão de Literatura. **Revista de Medicina e Saúde de Brasília**, Brasília, v. 2, n. 3, p. 169-176, 2013.

CAMARGO, S. P. H.; RISPOLI, M. Análise do Comportamento Aplicada como intervenção para o autismo: definição, características e pressupostos filosóficos. **Revista Educação Especial**, Santa Maria, v. 26, n. 47, p. 639-650, 2013.

CAMARGOS JR, W. Introdução. In:\_\_\_\_\_. **Síndrome de Asperger e outros Transtornos do Espectro do Autismo de Alto Funcionamento**: da avaliação ao tratamento. Belo Horizonte: Artesã, 2013a. p. 13-24.

\_\_\_\_\_. Transtornos do Espectro do Autismo de Alto Funcionamento, Não Síndrome de Asperger. In:\_\_\_\_\_. **Síndrome de Asperger e outros Transtornos do Espectro do**

**Autismo de Alto Funcionamento:** da avaliação ao tratamento. Belo Horizonte: Artesã, 2013b. p. 25-40.

\_\_\_\_\_. Semiologia clínica da Síndrome de Asperger. In:\_\_\_\_\_. **Síndrome de Asperger e outros Transtornos do Espectro do Autismo de Alto Funcionamento:** da avaliação ao tratamento. Belo Horizonte: Artesã, 2013c. p. 41-70.

CAMARGOS JR, W; TEIXERA, I. A. Síndrome de Asperger em mulheres. In: CAMARGOS JR., W. **Síndrome de Asperger e outros Transtornos do Espectro do Autismo de Alto Funcionamento:** da avaliação ao tratamento. Belo Horizonte: Artesã, 2013. p. 87-106.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Changes in Prevalence of Parent-reported Autism Spectrum Disorder in School-aged U.S. Children: 2007 to 2011–2012, 2013. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr065.pdf>>. Data de acesso: 10 de set. 2015.

CRIDLAND, E. K.; JONES, S. C.; CAPUTI, P.; MAGEE, C. A. Being a girl in a boy's world: investigating the experiences of girls with autism spectrum disorders during adolescence. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 44, 1261-1274, 2014.

DANTAS, T. C.; SILVA, J. S. S.; CARVALHO, M. E. P. Entrelace entre gênero, sexualidade e deficiência: uma história feminina de rupturas e empoderamento. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v. 20, n. 4, p. 555-568, 2014.

DEWINTER, J.; VERMEIREN, R.; VANWESENBEECK, I.; LOBBESTAEL, J.; NIEUWENHUIZEN, C. V. Sexuality in Adolescent Boys with Autism Spectrum Disorder: Self-reported behaviors and attitudes. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 45, 2015, 731-741.

DEKKER, L. P.; VEGT, E. J. M. van der; VISSER, K.; TICK, N.; BOUDESTEIJIN, F.; VERHULST, F. C.; MARAS, A.; GREAVES-LORD, K. Improving Psychosexual Knowledge in Adolescents with Autism Spectrum Disorder: Pilot of the Tackling Teenage Training Program. **Journal of Autism Spectrum Disorders**, v. 45, 1532-1540, 2015.

DIAS, S. Asperger e sua síndrome em 1944 e na atualidade. **Revista Latinoamericana Psicopatologia Fundamental**, v. 18, n. 2, p. 307-313, 2015.

DRAHOTA, A. Sara Hendrickx: Love, Sex & Long-Term Relationships: What People with Asperger Syndrome Really Really Want. **Journal of Developmental Disorders**, v. 40, p. 260-261, 2010.

EYAL, G. **The autism matrix**. Cambridge: Polity Press, 2010.

FIGUEIRÓ, M. N. D. Educação Sexual: como ensinar no espaço da escola. **Revista Linhas**, Florianópolis, v. 7, n. 1, p. 1-21, 2006.

FISHER, M. H.; MOSKOWITZ, A. I.; HODAPP, R. M. Differences in social vulnerability among individuals with autism spectrum disorder, Williams syndrome, and Down syndrome. **Research in Autism Spectrum Disorders**, v. 7, p. 931-937, 2013.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade**, v. 1. 13 ed. Rio de Janeiro: GRAAL, 1999.

FRANÇA-RIBEIRO, H. C. F. Sexualidade e os portadores de deficiência mental. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v. 7, n. 2, p. 11-27, 2001.

\_\_\_\_\_. Direitos sexuais e pessoas com deficiência: conquistas e impasses. In: RIBEIRO, P. R. M.; FIGUEIRÓ, M. N. D. **Sexualidade, cultura e educação sexual: propostas para reflexão**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2004. p. 9-65.

FRÓES, M. A. V. Sexualidade e deficiência. **Temas sobre desenvolvimento**, São Paulo, v. 8, n. 48, p. 24-29, 2000.

GESSER, M.; NUERNBERG, A. H.; TONELI, M. J. Constituindo-se sujeito na intersecção gênero e deficiência: relato de pesquisa. **Psicologia em estudo**, v. 18, n. 3, p. 419-429, 2013.

GESSER, M.; NUERNBERG, A. H. Psicologia, sexualidade e deficiência: novas perspectivas em direitos humanos. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 34, n. 4, 850-863, 2014.

GILMOUR, L.; SCHALOMON, P. M.; SMITH, V. Sexuality in a community based sample of adults with autism spectrum disorder. **Research in Autism Spectrum Disorders**, v. 6, p. 313-318, 2012.

HELLEMANS, H.; COLSON, K.; VERBRAEKEN, C.; VERMEIREN, R.; DEBOUTTE, D. Sexual Behavior in High-Functioning Male Adolescents and Young Adults with Autism Spectrum Disorder. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 37, p. 260-269, 2007.

HOLMES, L. G.; HIMLE, M. B. Brief Report: Parent-Child Sexuality Communication and Autism Spectrum Disorders. **Journal of Autism Developmental Disorders**, v. 44, p. 2964-2970, 2014.

KALYVA, E. Teacher's perspectives of the sexuality of children with autism spectrum disorders. **Research in Autism Spectrum Disorders**. V. 4, p. 433-437, 2010.

KLIN, A. Autismo e Síndrome de Asperger: uma visão geral. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, p. S3-S11, 2006.

KOLLER, R. Sexuality and Adolescents with Autism. **Sexuality and Disability**, v. 18, n. 2, p. 125-135, 2000.

LAMPREIA, C. Algumas considerações sobre a identificação precoce do autismo. In: MENDES, E. G.; ALMEIDA, M. A.; HAYASHI, M. C. P. **Temas em educação especial: conhecimentos para fundamentar a prática**. Araraquara: Junqueira&Marin; Brasília: CAPES-PROESP, 2008. p. 397-421.

MAIA, A. C. B. Reflexões sobre a sexualidade da pessoa com deficiência. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v. 7, n. 1, p. 35-46, 2001.

\_\_\_\_\_. **Sexualidade e Deficiências**. São Paulo: Editora UNESP, 2006.

\_\_\_\_\_. Reflexões sobre a sexualidade na adolescência. **Psicopedagogia Online**, 2007. Disponível em: <[http://www.psicopedagogia.com.br/new1\\_artigo.asp?entrID=947#V0naT5ErLIU](http://www.psicopedagogia.com.br/new1_artigo.asp?entrID=947#V0naT5ErLIU)>. Acesso em: 28 de maio 2016.

\_\_\_\_\_. Sexualidade, Deficiência e Gênero: reflexões sobre padrões definidores de normalidade. In: JUNQUEIRA, R. D. (Org). **Diversidade Sexual na Educação: problematizações sobre homofobia nas escolas**. Brasília: UNESCO, 2009a. p. 265-291.

\_\_\_\_\_. Educação sexual de pessoas com deficiência mental. In: FIGUEIRÓ, M. N. D.; RIBEIRO, P. R. M.; MELO, S. M. M. (Org.) **Educação sexual no Brasil: panorama de pesquisas do sul e do sudeste**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009b. p. 141-148.

\_\_\_\_\_. Conceito amplo de sexualidade. **Psicopedagogia On Line**, 2010. Disponível em: <<http://www.psicopedagogia.com.br/artigos/artigo.asp?entrID=1303>>. Acesso em: 10 de set. 2015.

\_\_\_\_\_. **Inclusão e Sexualidade: na voz de pessoas com deficiência física**. Curitiba: Juruá, 2011.

MAIA, A. C. B.; REIS-YAMAUTI, V. L.; SCHIAVO, R. A.; CAPELLINI, V. L. M. F.; VALLE, T. G. M. Opinião de professores sobre a sexualidade e a educação sexual de alunos com deficiência intelectual. *Estudos de Psicologia, Campinas*, v. 32, n. 3, p. 427-435, 2015.

MAIA, A. C. B.; RIBEIRO, P. R. M. Desfazendo mitos para minimizar o preconceito sobre a sexualidade de pessoas com deficiência. **Revista Educação Especial**, Marília, v. 16, n. 2, p. 159-176, 2010.

MAHONEY, A.; POLING, A. Sexual abuse Prevention for People With Severe Developmental Disabilities. **Journal of Developmental Disabilities**, v. 23, p. 369-376, 2011.

MATOS, J. C.; CYSNEIROS, R. M.; D'ANTINO, M. E. F. Utilização do instrumento de avaliação sensorial – Sensory Profile – em indivíduos com Transtornos do Espectro do Autismo: Uma revisão de literatura. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 104-112, 2013.

MEHZABIN, P; STOKES, M. A. Self-assessed sexuality in young adults with High-Functioning Autism. **Research in Autism Spectrum Disorders**, v. 5, 614-621, 2011.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 12 ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.

MISKOLCI, R. Sexualidade e orientação sexual. In:\_\_\_\_\_. **Marcas da diferença no ensino escolar**. São Carlos: EduFSCAR, 2010. p. 75-111.

MOREIRA, L. M. A. **Algumas abordagens da educação sexual na deficiência mental**. Salvador: EDUFBA, 2007.

MOURIDSEN, S. E. Current status of research on autism spectrum disorders and offending. **Research in Autism Spectrum Disorders**, v. 6, p. 79-86, 2012.

MURARI, S. C.; MICHELETTO, N. Transtorno do Espectro Autista. In: LIMA, A. M. S.; VITALIANO, C. R.; ALTINO, F. C.; MACHADO, R. P. B. (Org.) **Inclusão: debates em diferentes contextos**. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2013. p. 94-104.

- NATALE, L. L.; OLIVEIRA, L. F. S. Aspectos da sexualidade das pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo de Alto Funcionamento. In: CAMARGOS JR., W. (Org.) **Síndrome de Asperger e outros Transtornos do Espectro do Autismo de Alto Funcionamento**: da avaliação ao tratamento. Belo Horizonte: Artesã, 2013. p. 213-228.
- NEWPORT, J.; NEWPORT, M. **Autism-Asperger's & sexuality – puberty and beyond**. Arlington, Texas: Future Horizons, 2002.
- NUNES, D. R. P.; AZEVEDO, M. Q. O.; SCHIMIDT, C. Inclusão educacional de pessoas com autismo no Brasil: uma revisão de literatura. **Revista Educação Especial**, Santa Maria, v. 26, n. 47, p. 557-572, 2013.
- NUNES, C.; SILVA, E. **A Educação Sexual da Criança**: polêmicas do nosso tempo. Campinas: Autores Associados, 2006.
- OLIVEIRA, E.; ENS, R. T.; ANDRADE, D. B. S. F.; MUSSIS, C. R. Análise de Conteúdo e Pesquisa na Área da Educação. **Revista Diálogo Educacional**, Curitiba, v. 4, n. 9, p. 11-27, 2003.
- OMOTE, S. Normalização, integração, inclusão... **Revista Ponto de Vista**, v. 1, n.1, 1999.
- OMOTE, S.; OLIVEIRA, A. A. S.; BALEOTTI, L. R.; MARTINS, S. E. S. O. Mudanças de atitudes sociais em relação à inclusão. **Paidéia**, v. 15, n. 32, 387-398, 2005.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2010. Disponível em: <<http://www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=34272&Cr=health&Cr1=#.VeswEBVikp>>. Data de acesso: 10 de set. 2015.
- ORTEGA, F. Deficiência, autismo e neurodiversidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 67-77, 2009.
- OUSLEY, O. Y.; MESIBOV, G. B. Sexual Attitudes and Knowledge of High-Functioning Adolescents and with Autism. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 21, n. 4, 471-481, 1991.
- PASTANA, M.; MAIA, A. C. B. Medo, tensão e vergonha: representações negativas de sexualidade na seção “Sexo” da revista Capricho. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 11, n. 1, p. 93-99, 2012.
- PEREIRA, P. C. **Educação Sexual Familiar e religiosidade nas concepções sobre masturbação de jovens evangélicos**. Dissertação de mestrado (Educação). Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Araraquara, 151 f, 2014.
- PIRES, M. C. **Cuidadora, mãe e mulher**: um estudo sobre a divisão sexual do trabalho no cuidado às crianças e adolescentes com deficiência em processo de reabilitação. Trabalho de Conclusão de Curso. Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2015.
- PUCETTI, R. Arte e inclusão. In: LIMA, A. M. S.; VITALIANO, C. R.; ALTINO, F. C.; MACHADO, R. P. B. (Org.) **Inclusão**: debates em diferentes contextos. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2013. p. 142-151.

REALMUTO, G. M.; RUBLE, L. M. Sexual Behaviors in Autism: Problems of definition and Management. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 29, n. 2, p. 121-127, 1999.

REIS, L. M.; BRUNS, M. A. T. Violência sexual de crianças e adolescentes: sequelas afetivo-sexuais. In: FIGUEIRÓ, M. N. D.; RIBEIRO, P. R. M.; MELO, S. M. M. **Educação sexual no Brasil: panorama de pesquisas do sul e do sudeste**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. p. 57-60.

RIBEIRO, P. R. M. Os momentos históricos da educação sexual no Brasil. Em: \_\_\_\_\_. **Sexualidade e Educação: aproximações necessárias**. São Paulo: Arte & Ciência, 2004. p. 15-25.

RIOS, R. R. Para um direito democrático da sexualidade. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 12, n. 26, p. 71-100, 2006.

RIOS, C.; ORTEGA, F.; ZORZANELLI, R.; NASCIMENTO, L. N. Da invisibilidade à epidemia: a construção narrativa do autismo na mídia impressa brasileira. **Interface: Botucatu**. v. 19, n. 53, p. 325-336, 2015.

ROSQVIST, H. B. Becoming na “Autistic Couple”: Narratives of Sexuality and Couplehood Within the Swedish Autistic Self-advocacy Movement. **Sexuality and Disability**, v. 32, 351-363, 2014.

SANTOS, L. P. Deficiência e maternidade: uma análise feminista na APAE-CG. Em: MACHADO, C. J. S.; SANTIAGO, I. M. F. L.; NUNES, M. L. S. (Org.) **Gênero e Práticas culturais: desafios históricos e saberes interdisciplinares**. Eduepb, Campina Grande: 2010. p. 219-231.

SEGAR, M. Guia de sobrevivência para portadores de Síndrome de Asperger, 1997. Disponível em: <<http://atividadeparaeducacaoespecial.com/wp-content/uploads/2014/08/GUIA-DE-SOBREVIVENCIA-DA-SINDROME-DE-ASPERGER.pdf>>. Data de acesso: 10 de set. 2015.

SEVLEVER, M.; ROTH, M. E.; GILLIS, J. M. Sexual Abuse and Offending in Autism Spectrum Disorders. **Sexuality and Disability**, v. 31, p. 189-200, 2013.

SMEHA, L. N.; CEZAR, P. K. A vivência da maternidade de mães de crianças com autismo. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 16, n. 1, p. 43-50, 2011.

SOUSA, L. B.; FERNANDES, J. F.P.; BARROSO, M. G. T. Sexualidade na adolescência: análise da influência de fatores culturais presentes no contexto familiar. **Acta Paulista de Enfermagem**, n. 19, v. 4, p. 408-413, 2006.

SRECKOVIC, M. A.; BRUNSTING, N. C.; ABLE, H. Victimization of students with autism spectrum disorder: a review of prevalence and risk factors. **Research in Autism Spectrum Disorders**, v. 8, 1155-1172, 2014.

STOKES, M. A.; KAUR, A. High-functioning autism and sexuality. **The National Autistic Society**, v. 9, n. 3, p. 266-289, 2005.

STOKES, M.; NEWTON, N.; KAUR, A. Stalking, and Social, and Romantic Functioning Among Adolescents and Adults with Autism Spectrum Disorder. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 37, p. 1969-1986, 2007.

TORISKY, D.; TORISKY, C. Sex Education and Sexual Awareness Building for Autistic Children and Youth: some viewpoints and considerations. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 15, n. 2, 1985.

TARNAI, B.; WOLFE, P. S. Social Stories for Sexuality Education for Persons with Autism/Pervasive Developmental Disorder. **Sexuality and Disability**, v. 26, p. 29-36, 2008.

TEODORO, M. C.; CASARINI, K. A.; SCORSOLINI-COMIN, F. Intervenções Terapêuticas em pessoas com Síndrome de Asperger: uma revisão de literatura. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 38, p. 6-25, 2013.

TISSOT, C. Establishing a sexual identity: Case studies of learners with autism and learning difficulties. **Autism Journal of Sage Publications**, v. 13. p. 551-566, 2009.

UNESCO. Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf>>. Acesso em: 28 de maio 2016.

VENCATO, A. P. Diferenças na escola. In: MISKOLCI, R.; LEITE JR, J. (Org.). **Diferenças na educação**: outros aprendizados. São Carlos: EdUFSCAR, 2014. p. 19-56.

VIEIRA, A. C.; MAIA, A. C. B. Educação Sexual na Escola: investigação se e como ocorrem processos de intervenção em sexualidade em escolas públicas. In: XXIV Congresso de Iniciação Científica da UNESP, 2012. Anais do XXIX Congresso de Iniciação Científica. Disponível em: <[http://prope.unesp.br/cic\\_isbn/busca.php](http://prope.unesp.br/cic_isbn/busca.php)>. Data de acesso: 01 de out. 2015.

VIEIRA, A. C.; MAIA, A. C. B. Educação Sexual para Alunos com Deficiência na Escola Inclusiva: Análise sobre o Relato de Educadores. In: V Congresso Brasileiro de Educação, 2013. Anais do V Congresso Brasileiro de Educação. Disponível em: <[http://www2.fc.unesp.br/cbe/anais\\_iv-cbe.pdf](http://www2.fc.unesp.br/cbe/anais_iv-cbe.pdf)>. Data de acesso: 10 de set. 2015.

VIEIRA, A. C.; MAIA, A. C. B. Síndrome de Asperger na adolescência e educação sexual: análise do relato de um pai. In: IV Simpósio Internacional de Educação Sexual, 2015. Anais do IV SIES. Disponível em: <<http://www.sies.uem.br/>>. Data de acesso: 01 de out. 2015.

WEREBE, M. J. CHAUI, M.; KEHL, M. R. Educação Sexual: instrumento de democratização ou de mais repressão? **Cadernos de Pesquisa**, v. 31, 1981.

WORLD ASSOCIATION FOR SEXOLOGY, Declaração dos direitos sexuais, 2014, disponível em: <<http://www.worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/DSR-Portuguese.pdf>>. Data de acesso: 10 de set. 2015.

WRIGHT, B. A. Spread in Adjustment to disability. **Bulletin of the Menninger Clinic**. v. 28, n. 4., 1964.

WROBEL, M. J. **Taking Care of Myself**: A Healthy Hygiene, Puberty and Personal Curriculum For Young People With Autism. Texas: Future Horizons, 2003.

YOUNG-POWELL, A. Studentes turn to porn for sex education. *The Guardian*, Reino Unido. 29 de jan. de 2015. Disponível em:

<<http://www.theguardian.com/education/2015/jan/29/students-turn-to-porn-for-sex-education>>. Data de acesso: 29 de maio de 2016.

**APÊNDICE A:** Ficha de informações gerais

<b>Ficha de Informações Gerais (sobre o/a adolescente)</b>	
Nome:	_____
Sexo:	_____
Idade:	_____
Serviços educacionais que frequenta:	_____ _____ _____
Diagnóstico:	_____ _____
Idade que tinha quando recebeu o diagnóstico:	_____ _____
Interesses específicos mais presentes na vida do(a) adolescente:	_____ _____ _____
Se menina, idade da menarca:	_____
Toma medicamento(s)? Qual(is)?	_____ _____ _____ _____
Telefone para contato com a família:	_____
E-mail para contato com a família:	_____

**APÊNDICE B:** Roteiro de entrevista “Relatos de familiares sobre a sexualidade de adolescentes e jovens com TEA/SA”

Nome do/a participante: \_\_\_\_\_

Nome do/a filho/a: \_\_\_\_\_

Especificidades da relação entre ambos: \_\_\_\_\_

Idade do/a participante: \_\_\_\_\_

**Orientações Iniciais:**

- Nesta entrevista serão feitas perguntas sobre a temática de sexualidade e educação sexual. Caso alguma questão seja desconfortável ou invasiva, não há problema algum em deixar de responder.
- Ressalta-se que não há respostas certas ou erradas, o que queremos saber no momento é a opinião acerca do assunto. Ela é importante para que o estudo tente compreender como as pessoas ao redor de adolescentes com Síndrome de Asperger pensam e agem sobre sua educação sexual.
- Há necessidade de gravação da entrevista para que as respostas sejam citadas exatamente como foram ditas pelos participantes. Nenhum nome ou informação que identifique os participantes será divulgado.
- Em qualquer momento pode-se pedir para pausar a entrevista ou cancelá-la. Os fins das informações aqui discutidas são estritamente acadêmicos.

**Concepções gerais sobre sexualidade e educação sexual**

- O que é sexualidade para você?
- Em sua opinião, o que é educação sexual?
- Como foi sua própria educação sexual quando adolescente, em casa?
- E na escola, se falava sobre isso? Se sim, como era?
- Você achou que sua educação sexual foi boa ou ruim? Por quê?
- Você considera que oferecer a educação sexual para adolescentes é importante? Por quê? Quem deveria fazer isso?
- Que assuntos seriam importantes de ser oferecidos em uma educação sexual? Por quê?

**Eixo 1: Opiniões sobre a sexualidade de pessoas com deficiência e sobre a sexualidade de pessoas com TEA/SA**

- Em sua opinião, as pessoas com deficiências, em geral, têm sexualidade? (Caso a resposta fosse não, questão seguinte suprimida)
- O que tem de igual ou diferente na sexualidade delas com relação às demais pessoas?
  - O que você pensa sobre a sexualidade de pessoas com SA? É igual das outras pessoas ou é diferente? Por que você pensa assim?
- Você já leu, estudou ou se informou sobre as questões de sexualidade e SA?
- Algum profissional que tenha atendido seu filho abordou esse assunto com você? O que foi dito?

### **Eixo 2: Relatos sobre a sexualidade do filho**

- O que você pensa sobre a sexualidade de seu filho? Como é hoje?
- Como você espera que seja no futuro? Você acredita que ele terá um vínculo amoroso e sexual? Por que pensa assim?
- Como você percebe o desenvolvimento físico sexual do seu filho? Já viu ele se masturbando? Soube disso acontecer? Como foi?
- Como você percebe os sentimentos e interesses sexuais do seu filho?
- Tem alguma(s) característica(s) da Síndrome que dificulte a educação sexual de seu filho? Qual(is)?

### **Eixo 3: Relatos de ações relacionadas à educação sexual do filho**

- Ele já fez perguntas sobre sexualidade? Se sim, para quem? O que foi perguntado ou respondido? Dê exemplos.
- Há ações para educação sexual de seu filho em casa? Quais? Quem faz isso? Como?
- Você sabe se há ações para educação sexual de seu filho na escola? O que sabe sobre isso?
- Existe alguma intervenção específica sobre isso em algum outro espaço com seu filho?
- Você acha que seu filho aprende ou se informa sobre sexualidade por meio da televisão, internet, livros, jornais? Ou com colegas e amigos?
- Você acha que seu filho já viu pornografia?
- Caso acredite que deve haver educação sexual, como você acha que seria a mais adequada para seu filho? Quem deveria fazer isso?
- A maneira de ensinar educação sexual a ele deve ser igual ou diferente de outras pessoas? Por quê?

**APÊNDICE C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Pelo presente instrumento que atende às exigências da Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional da Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos, o/a Sr./Sra. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,  
portador/a da cédula de identidade \_\_\_\_\_, após leitura minuciosa deste documento, devidamente explicado pela pesquisadora em seus mínimos detalhes, ciente da coleta de dados e não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma que sua participação é com CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO com relação à pesquisa: “EDUCAÇÃO SEXUAL DE ADOLESCENTES DIAGNOSTICADOS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA/SÍNDROME DE ASPERGER: RELATOS DE FAMILIARES”<sup>12</sup>, realizada por Ana Carla Vieira, sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Cláudia Bortolozzi Maia. O objetivo da pesquisa é analisar relatos de familiares que descrevem práticas acerca da educação sexual de adolescentes com TEA/SA, e a coleta de dados será realizada por meio de uma entrevista semi-estruturada aplicada pela própria pesquisadora responsável.

O/a participante está ciente da editoração e demonstração dos registros com fins de publicação científica. Está ciente de que, embora a aplicação da entrevista tenha seu áudio gravado, os dados serão utilizados apenas pela pesquisadora com a finalidade de categorizar o que foi dito pelo participante integralmente. Será garantida total proteção a respeito das gravações, sendo estas guardadas pela pesquisadora em local seguro e de acesso exclusivo da mesma.

Está ciente também de que sua participação é voluntária e que dela poderá desistir, a qualquer momento, sem explicar os motivos. Caso o/a participante da pesquisa queira apresentar reclamações em relação a sua participação na pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da UNESP-Campus de Bauru, pelo endereço Avenida Eng. Luiz Edmundo Carrijo Coube, 14-01

<sup>12</sup> Este era o nome do projeto de pesquisa, posteriormente alterado para o título da dissertação aqui apresentada.

no Departamento de Psicologia ou pelo telefone (14) 3103-6000.

Por estarem de acordo assinam o presente termo.

Bauru, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do/a Participante  
da Pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pesquisadora Responsável

*Nome da Pesquisadora Responsável: Ana Carla Vieira*

*E-mail: anacarlaunesp@gmail.com*