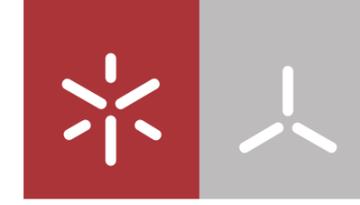




**A IMPORTÂNCIA DO DESIGN NA SEXUALIDADE DE MULHERES
COM DEFICIÊNCIAS MOTORAS: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO**

Ana Catarina Tores Esteves

UMinho | 2023



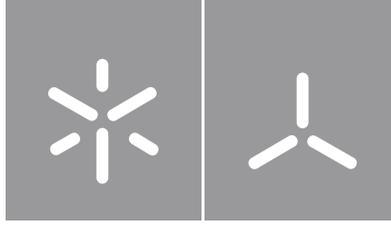
Universidade do Minho

Escola de Arquitetura, Arte e Design

Ana Catarina Torres Esteves

**A IMPORTÂNCIA DO DESIGN NA
SEXUALIDADE DE MULHERES
COM DEFICIÊNCIAS MOTORAS:
UM ESTUDO EXPLORATÓRIO**

março de 2023



Universidade do Minho

Escola de Arquitetura, Arte e Design

Ana Catarina Torres Esteves

**A IMPORTÂNCIA DO DESIGN NA
SEXUALIDADE DE MULHERES
COM DEFICIÊNCIAS MOTORAS:
UM ESTUDO EXPLORATÓRIO**

Dissertação de Mestrado
Mestrado em Design de Produto e Serviços

Trabalho efetuado sob a orientação dos(as)
Professora Doutora Alison Burrows
Professora Doutora Paula Trigueiros

Despacho RT - 31 /2019 - Anexo 3

Declaração a incluir na Tese de Doutoramento (ou equivalente) ou no trabalho de Mestrado

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição-NãoComercial-Compartilhalgal
CC BY-NC-SA

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Ana Catarina Torres Esteves

Ana Catarina Torres Esteves

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer às minhas orientadoras, Alison Burrows e Paula Trigueiros, pelo fiel acompanhamento, pela dedicação e motivação que me deram ao longo de todo o processo da dissertação;

À minha família que me incentivou e acreditou em mim, mesmo quando eu não acreditava; Especialmente à Manuela que é sempre boa concelheira e discute comigo os meus “devaneios projetuais”;

Aos meus amigos, Dani, Alex, Mara, Bia, Ilidia por, eles também, tratarem-me como família e estarem presentes sempre que preciso. A todos os outros que se cruzam comigo e que me incentivam.

E ao Ricardo, futuro arquiteto e DJ, pelo amor que me tem dado e pelo atelier que um dia vamos abrir.

Despacho RT - 31 /2019 - Anexo 4

Declaração a incluir na Tese de Doutoramento (ou equivalente) ou no trabalho de Mestrado

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

Ana Catarina Torres Esteves

Ana Catarina Torres Esteves

RESUMO

A sexualidade das pessoas com deficiências motoras é um tema ainda pouco abordado, mas carregado de oportunidades para intervenções que atendam a necessidades físicas, psicológicas, e sociais de prazer e bem-estar. Este trabalho procura perceber as necessidades de mulheres com deficiências motoras relativas à sua sexualidade, com vista a explorar como o Design pode intervir nesta área de forma apropriada, desejável, e em prol dos seus direitos e bem-estar sexual. As mulheres ainda são muito julgadas pela sua sexualidade, o que sugere que a liberdade sexual de mulheres com deficiência pode ser ainda mais difícil de atingir, sendo este trabalho mais um contributo nessa luta. Decidiu-se focar em mulheres com deficiência motora nesta pesquisa, optando por uma abordagem que permitisse uma aproximação maior às suas realidades e aos seus desejos. Para tal, fez-se uma revisão da literatura sobre as pessoas com deficiência e a sua sexualidade, complementada por várias vertentes do Design que beneficiam com a máxima de Design Centrado no Utilizador. O trabalho de campo, de carácter qualitativo, constou na realização de entrevistas semiestruturadas a seis mulheres com deficiência motora. Uma análise temática dos dados através de diagrama de afinidades resultou em 13 temas, com um total de 54 subtemas, agrupados em fatores contextuais e fatores individuais. Os resultados confirmam a existência de falsas ideias de que as pessoas com deficiência são assexuadas, incapazes de ter relações, infantilizadas e vistas à margem de uma vida dita normal; a sua sexualidade é também muitas vezes negligenciada por profissionais médicos e outras pessoas dentro do contexto. Mas as participantes neste estudo referem que gostam de sexo e que pretendem continuar a explorar esta área, mesmo tendo algumas capacidades afetadas e alterações na sensibilidade. Especificamente, elas realçaram a falta de informação apropriada e de soluções adequadas. Com base nalguns requisitos mencionados pelas participantes, desenvolveu-se uma proposta concetual direccionada a estas mulheres com deficiência motoras: um kit de três brinquedos sexuais para ajudar na exploração de várias áreas do corpo e um serviço de informação, participação, e personalização associado. Esta dissertação defende que o Design pode ter um papel importante nesta área, tanto para proporcionar soluções adequadas como para auscultar e responder às necessidades de mulheres com deficiência motora.

Palavras-chave: Diversidade funcional, Design Baseado nas Habilidade, Design Centrado no Utilizador, Design Inclusivo, Prazer

ABSTRACT

The sexuality of people with motor disabilities remains an underexplored topic, although it is ripe with opportunities for interventions that meet physical, psychological, and social needs for pleasure and well-being. This project seeks to understand the needs of women with motor disabilities in relation to their sexuality, to explore how Design can intervene in this area in appropriate and desirable ways that uphold their sexual rights and wellbeing. Women are still harshly judged for their sexuality, which suggests that the sexual freedom of women with disabilities may be even more difficult to achieve, and this work is yet another contribution to this fight. The choice of focus for this research was on women with motor disabilities, with care taken to select an approach that would allow a rich understanding of their realities and desires. To this end, a review of the literature on people with disabilities and their sexuality was carried out and supplemented with various fields of Design that benefit from the User-Centred Design principle. The qualitative fieldwork comprised semi-structured interviews with six women with motor disabilities. A thematic analysis of the data through an affinity diagram resulted in 13 themes, with a total of 54 sub-themes, grouped into contextual factors and individual factors. The results confirm the existence of false ideas that people with disabilities are asexual, incapable of having sex, infantilized and seen as being on the fringes of a so-called normal life; their sexuality is also often overlooked by medical professionals and other actors in this context. But the participants in this study said that they enjoy sex and that they intend to continue exploring this area, even with different abilities and changes in sensitivity. Specifically, they highlighted the lack of appropriate information and adequate solutions. Based on some requirements mentioned by the participants, a concept was developed for women with motor disabilities: a kit containing three sex toys to encourage exploration of various areas of the body and an associated information, participation, and personalization service. This dissertation argues that Design can play an important role in this area, to provide adequate solutions but also to listen and respond to the needs of women with motor disabilities.

Keywords: Functional diversity, Ability-Based Design, User-Centred Design, Inclusive Design, Pleasure

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
1.1 Definição do problema	1
1.1.1 Motivação e desenvolvimento pessoal.....	1
1.1.2 Fundamento teórico.....	3
1.2 Desenho de Investigação.....	4
1.2.1 Objetivos.....	4
1.2.2 Considerações metodológicas.....	5
1.3 Estrutura da dissertação.....	7
2. REVISÃO DA LITERATURA	8
2.1 O papel de Design na sexualidade	8
2.1.1 Sexualidade.....	8
2.1.2 Da necessidade ao prazer no Design.....	9
2.1.3 O dildo e o vibrador na História.....	12
2.2 Diversidade e sociedade	21
2.2.1 Combatendo preconceitos	21
2.2.2 Conceptualização da deficiência.....	22
2.2.3 Sexualidade em Pessoas com Deficiências Motoras.....	23
2.3 Inclusão pelo Design	26
2.3.1 Diferentes filosofias.....	26
2.3.2 Boas práticas	28
2.3.3 Design ao serviço da Inclusão sexual.....	30
2.3.3.1 Brinquedos sexuais.....	30
2.3.3.2 Robôs sexuais e bonecas sexuais.....	34
2.3.3.3 Assistência sexual.....	35
2.3.3.4 Projetos e páginas ativistas.....	37
3. TRABALHO DE CAMPO	39
3.1 Participantes da pesquisa.....	39
3.1.1 Critérios de seleção de participantes	39
3.1.2 Documentos de consentimento.....	40
3.1.3 Amostragem e abordagem a potenciais participantes.....	40
3.1.4 Não participação	41

3.2	Coleta de dados	42
3.2.1	Métodos e materiais.....	42
3.2.2	Configuração da coleta de dados	43
3.2.3	Gravação de áudio e captação de fotografia	44
3.3	Análise de dados	45
3.3.1	Transcrição	45
3.3.2	Método de análise	45
3.4	Resultados	47
3.4.1	Características das participantes	48
3.4.2	Fatores contextuais	49
3.4.3	Fatores individuais	69
4.	DESENVOLVIMENTO DO CONCEITO	79
4.1	Conceito	80
4.1.1	BodyExplore – Kit de exploração do corpo	81
5.	DISCUSSÃO	86
5.1	Tabus e preconceitos relativos às pessoas com deficiência	86
5.2	Experiências e necessidades sexuais	88
5.3	Oportunidades de Design	91
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
6.1	Conclusões	93
6.2	Cumprimento de objetivos.....	94
6.3	Limitações	95
6.4	Recomendações para trabalho futuro	96
7.	REFERÊNCIAS	98
8.	ANEXOS	102
8.1	Anexo A – EJI-PATER.....	103
8.2	Anexo B – Folha Informativa.....	105
8.3	Anexo C – Consentimento Informado.....	108
8.4	Anexo D – Guião da entrevista	110
8.5	Anexo E – Diagrama de Afinidades	113

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Fotografia para concurso intitulada "A vida amorosa"	2
Figura 2 - Identificação do âmbito desta investigação (a vermelho) usando o modelo de Design Centrado no Utilizador (adaptado de ISO 9241-910)	6
Figura 3 - Desenho da Investigação.....	7
Figura 4 - Hierarquia de necessidades de Maslow [Fonte: (Maslow, 1943)].....	9
Figura 5 - Vários objetos fálcos que representam o prepúcio retraído ou ausente, piercings, tatuagens e cicatrizes, datado 12000 aC [Fonte: (Kuroski, 2018)]	13
Figura 6 - Dildo de bronze chinês, data séc.II aC [Fonte: (Kuroski, 2018)]	13
Figura 7 - Exemplo de vibrador usado para supostamente curar a histeria, datado de 1909 [Fonte: (Norman, 2016)]	15
Figura 8 - Embalagem do massajador Magic Wand da Hitachi da década de 1970 [Fonte: (Henriques, 2018)]	16
Figura 9 - Vibrador Polar Cub Electric, 1920s [Fonte: (Goller, 2017)].....	18
Figura 10 - Magnetic Massage, 1930s [Fonte: (Goller, 2017)]	18
Figura 11 - Oster Stim-U-Lax para barbeiros, 1940s [Fonte: (Goller, 2017)]	18
Figura 12 - Vibrador Wahl Hand-E, 1950s [Fonte: (Goller, 2017)]	18
Figura 13 - Vibra Slim, 1960s [Fonte: (Goller, 2017)]	18
Figura 14 - Niagara Hand Unit [Fonte: (Goller, 2017)]	19
Figura 15 - Niagara Hand Unit [Fonte: (New York Magazine, 2017)]	19
Figura 16 - Hitachi Magic Wand [Fonte: (Goller, 2017)]	19
Figura 17 - Personal Vibrator, 1968 [Fonte: (Goller, 2017)]	19
Figura 18 - Dildo feito a pensar na pessoa com deficiência [Fonte: (New York Magazine, 2017)]	19
Figura 19 - Rabbit Habit Deluxe, 1980S [Fonte: (Goller, 2017)]	19
Figura 20 - Magnum Silicone Dildo da Fun Factory, 1990s [Fonte: (Goller, 2017)]	20
Figura 21 - Jimmyjane Form 6 Vibe, 2000s [Fonte: (Goller, 2017)].....	20
Figura 22 - Dildo Njoy Wand de aço inoxidável [Fonte: (Goller, 2017)].....	20
Figura 23 - Womanizer, 2010S [Fonte: (Goller, 2017)]	20
Figura 24 - Crave Vesper [Fonte: (Goller, 2017)]	20
Figura 25 - OhMiBod Club Vibe [Fonte: (Goller, 2017)]	20

Figura 26 - Representação da Classificação Internacional de Funcionamento, Deficiência e Saúde [Fonte: (World Health Organization, 2011)]	23
Figura 27 - O joystick Bump'n [Fonte: (Gurza & Morrison, 2022)]	31
Figura 28 - Conceito do Neurodildo (imagem retirada do artigo User Evaluation of the Neurodildo [Fonte: (Mariano Gomes & Wu, 2018)].....	32
Figura 29 - Estimulador de clitóris mãos-livres Eva II em silicone [Fonte: (Wovo, 2023)]	32
Figura 30 - Estimulador mãos-livres silicone Vibe Pads [Fonte: (Wovo, 2023)].....	33
Figura 31 - Humpus Feminino (Feelgood2 Ltd., 2021) [Fonte: (Feelgood2 Ltd., 2021)].....	33
Figura 32 - Almofadas Rampa e Girar [Fonte: (Liberator, 2022)]	34
Figura 33 - Logo da página e comunidade “Sim, nós fodemos” [Fonte: (Sim, nós fodemos, 2013)] ...	39
Figura 34 - Primeira etapa do diagrama de afinidades, concebido no Miro.....	46
Figura 35 - Segunda etapa do diagrama de afinidades (evolução), concebido no Miro.....	47
Figura 36 - Terceira etapa do diagrama de afinidades (evolução), concebido no Miro.....	47
Figura 37 - Mapa temático resultante da análise através de diagrama de afinidades	48
Figura 38 - Artefacto da P2	51
Figura 39 - Artefacto da P4	72
Figura 40 - Artefacto da P3	74
Figura 41 - Artefacto da P1	76
Figura 42 - BodyExplore: ilustração dos três modelos conceituais.....	82
Figura 43 - Modelo do brinquedo de sucção.....	82
Figura 44 - Modelo do brinquedo de vibração.....	83
Figura 45 - Modelo de temperaturas (quente ou frio) de vidro, metal ou rocha	83
Figura 46 - Alguns modos de utilização dos brinquedos sexuais BodyExplore	84
Figura 47 - Alguns modos de utilização dos brinquedos sexuais.....	84
Figura 48 - Conceito de uma possível embalagem para o kit	85
Figura 49 - Trabalho futuro ilustrado com base no modelo de Design Centrado no Utilizador (ISO 9241- 210).....	97

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - População residente em Portugal com deficiência segundo os Censos 2001: total e por tipo de deficiência [Fonte: (PORDATA, 2022)]	21
Tabela 2 - Os sete princípios do design baseado nas capacidades do utilizador [Fonte: adaptado de (Wobbrock et al., 2018)]	29
Tabela 3 - Dados gerais das Participantes	49

1. INTRODUÇÃO

1.1 Definição do problema

1.1.1 Motivação e desenvolvimento pessoal

Desde cedo tive uma percepção de que as pessoas são todas diferentes e há uma diversidade muito grande de corpos, capacidades, formas de viver e maneiras de ultrapassar barreiras que a vida impõem. Por ter convivido de perto com uma mulher com deficiência física e ter observado certos acontecimentos, reações dos outros, dificuldades, e o impacto que isso teve fez com que eu tenha ganhado uma maior sensibilidade para o que é a vida da pessoa com deficiência. Para além da possível barreira física que estas têm, percebi que muitas vezes a maior barreira é a mentalidade de uma grande parte da sociedade. Esta barreira mental não se percebe só na mente das pessoas, determinadas ideias têm influências mais práticas na vida e no dia a dia das pessoas. Dito isto, a minha curiosidade em perceber as experiências das pessoas com diversidade funcional aguça o meu instinto como designer. Que condições reunir para que um projeto seja mais inclusivo? Em algumas unidades curriculares (UC) do Mestrado de Design de Produto e Serviços tive a oportunidade de explorar projetos mais inclusivos por iniciativa própria, para além de ter tido uma UC dedicada a este tema chamada Design de Serviços para a Inclusão.

A emergência do tema desta dissertação foi sendo construída ao longo do meu percurso neste mestrado. A área da sexualidade é algo que me fascina e é relativamente pouco falada, o que pode levar a consequências menos favoráveis na vida das pessoas. Comecei a investigar esta área na UC de Experiência com o Produto, onde realizei um trabalho sobre um brinquedo sexual e onde fiz o exercício de identificar e descrever alguns componentes da experiência com o produto. Posteriormente, pensando no facto de as pessoas com deficiência muitas vezes não serem consideradas na concepção de projetos - o que cada vez faz menos sentido visto que a nossa população está cada vez mais envelhecida e a qualquer altura da vida vamos precisar de produtos, serviços ou ambientes mais acessíveis - escolhi um tema para explorar em Design e Serviços para a Inclusão dentro dos muitos a pensar. Como acho que a sexualidade é um tema sensível e importante a ser trabalhado, decidi juntar estas duas vertentes numa pesquisa teórica sobre o design e a sexualidade das pessoas com deficiências motoras. Aí constatei que essas pessoas são muitas vezes pensadas (erradamente) como assexuadas e não há muitas soluções neste âmbito.

A dissertação proporcionou-me uma oportunidade de aprofundar este tema e fazer um contributo para uma área ainda tão pouco explorada em Design. Para além de fazer uma investigação

mais teórica, tinha mesmo curiosidade em falar individualmente, neste caso, com mulheres com deficiência para perceber as suas necessidades e experiências reais. Pretendia que a partir deste conhecimento fundamentado na realidade vivida por este grupo de pessoas pudesse eventualmente passar a uma parte mais prática de esboçar algum conceito de solução.

Este meu interesse levou-me, entre outras coisas, a participar num concurso de fotografia da revista *Plural & Singular* que se intitula como *A Inclusão na Diversidade*. Para a edição de 2022 deste concurso, fotografei uma mulher com deficiência num encontro com um homem (Figura 1), que visava retratar as diferentes relações amorosas que podem existir. Foi um alerta para o facto de, por consequência da sociedade capacitista existente, as pessoas com deficiência não são vistas como seres atraentes ou como potenciais parceiros para relações. Quando de facto se veem, são muitas vezes consideradas relações para casar e para a vida, quando na realidade podem ser, ou não ser. Podem ser apenas encontros de uma noite, para beber uns copos com alguém. Não quer dizer que sejam namorados, não quer dizer que venham a ter uma relação duradoura, ou que venham a casar. Esta fotografia ficou em 3º lugar no concurso e tinha como prémio ser exposta no Centro Português de Fotografia, no Porto. Está publicada na 27ª edição da revista digital dedicada à temática da deficiência e inclusão da *Plural&Singular*.

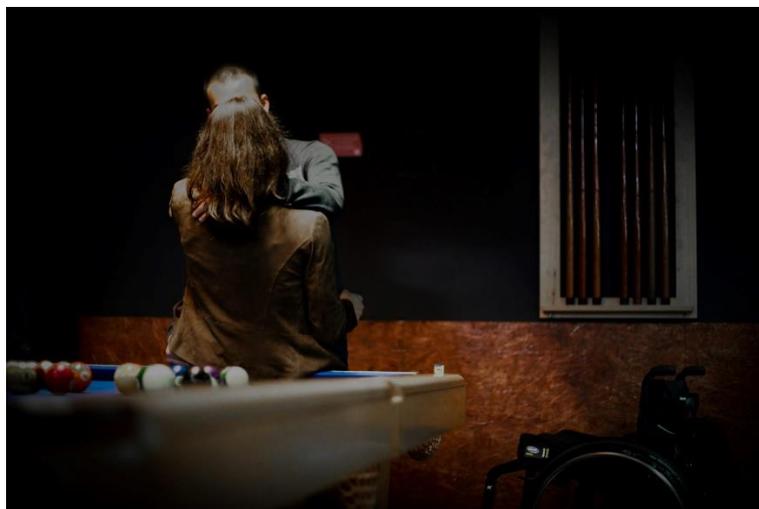


FIGURA 1 - FOTOGRAFIA PARA CONCURSO INTITULADA "A VIDA AMOROSA"

Por fim, por acreditar na importância deste tema pretendo disseminar esta investigação e os seus resultados. Em 2022, apresentei a investigação ainda em curso na conferência EJI-PATER III, que é um encontro internacional de jovens investigadores. Este encontro tem o objetivo de promover a comunicação entre os jovens investigadores de diferentes áreas científicas e representa um momento

¹ Disponível em: https://issuu.com/pluralesingular/docs/plural_singular_27

de partilha e de troca de ideias. O resumo que submeti e que foi aceite no EJI-PATER III está disponível no Anexo A desta dissertação. No evento, para além de apresentar a minha metodologia e resultados preliminares, ainda houve uma discussão sobre este trabalho que me ajudou a perceber outros pontos para melhorar a investigação em curso. A organização do evento mostrou o seu interesse na publicação do trabalho apresentado, pelo que será submetido um artigo completo para eventual publicação durante 2023.

1.1.2 Fundamento teórico

A sexualidade e as pessoas com deficiências motoras são dois temas bastante investigados separadamente, mas pouco explorados em conjunto. A maioria dos artigos que encontrei sobre este tema não são da área do Design. Especificamente, fui buscar artigos às áreas da sociologia, psicologia, e sexologia, que abordam essencialmente aspetos médicos. Uma das fontes de onde surgiu vários artigos é da revista científica internacional *Sexuality and Disability*, publicada pela Springer Nature. Os artigos aí publicados abordam temas como:

. A importância do acompanhamento e do tema da sexualidade ser incluída na reabilitação, pois a deficiência pode desencadear algumas disfunções sexuais e esta também faz parte da saúde dos pacientes (Cole, 1991);

. Um estudo a estudantes na área da saúde revelou que há falta de conhecimento relativamente à sexualidade da pessoa com deficiência e salientou a necessidade destes terem educação sexual, a fim de perceber o historial dos pacientes e avaliar possíveis disfunções sexuais, mas também incidentes como negligência e abuso (Dağlı et al., 2020);

. Outro estudo que avaliou as perspetivas de portugueses com deficiências físicas relativamente a questões que afetaram a sua saúde sexual, como a estigmatização e o preconceito da sociedade, o facto de muitos profissionais de saúde não tratarem deste assunto como algo importante, a baixa autoestima, o isolamento social e a pouca acessibilidade arquitetónica, e indicam uma diminuição de satisfação e atividade sexual quando a deficiência é adquirida (Pereira et al., 2018);

. A assistência à masturbação e as questões que este tema implica como aspetos éticos através de dois exemplos de organizações japonesas (Sakairi, 2020).

Uma revisão preliminar da literatura evidenciou a grande necessidade de desconstruir os mitos quando se refere a sexualidade da pessoa com deficiência para eventualmente minimizar o preconceito (Maia & Ribeiro, 2010) e dar mais ênfase a este tema, pois uma vida sexual saudável é essencial para o bem estar de quase todos. Para além disto, podem existir receios das próprias pessoas com deficiência ao experienciar a sua sexualidade em termos funcionais e de dor (Rohleder et al., 2019), até porque para além da falta de acompanhamento profissional também há falta de informação. Percebeu-se principalmente uma lacuna relativo a artigos de Design direcionado para a sexualidade da pessoa com deficiência. Aqui, o Design pode ter um papel fundamental. Para além de ser imperativo combater o estigma associado a esta temática, é necessário proporcionar soluções adequadas para as pessoas com deficiência motora poderem desfrutar e expressar a sua sexualidade em segurança, de forma amigável e de prazer físico, psicológico e social. Logo, é importante perceber as práticas sexuais das pessoas com deficiências motoras para conceber produtos sexuais mais adaptados às suas necessidades e, assim, facilitar o seu bem-estar e saúde sexual.

Admite-se que não haverá uma solução única dada a diversidade deste público-alvo. Assim, o Design Inclusivo presta-se como uma filosofia apropriada e necessária para este trabalho, uma vez que tem como foco tentar abranger o máximo de pessoas possível no seu processo e no seu resultado tornando assim o uso eficiente para todas elas (Persson et al., 2015). A par disto, encontramos no Ability-Based Design (Wobbrock et al., 2018) – cuja tradução literal é Design Baseado na Habilidade – uma filosofia complementar, que defende a importância de realçar as habilidades e competências dos utilizadores e não nas suas incapacidades. Ambas estas filosofias são informadas por modelos sociais de deficiência, em que se perspetiva a deficiência como resultado de fatores externos e inadequados (Clarkson & Coleman, 2015). Sendo assim, é necessário haver uma abordagem de design centrado no utilizador, que inclui métodos que permitam uma compreensão de necessidades e desejos reais, facilitando a adequação das soluções propostas às preferências dos usuários nestas vertentes. Estes temas são aprofundados nesta dissertação.

1.2 Desenho de Investigação

1.2.1 Objetivos

O objetivo geral desta investigação foi explorar o papel do Design relativo à sexualidade de mulheres com deficiências motoras, entendendo os pontos importantes de intervenção e sobretudo defendendo os direitos sexuais das pessoas com diversidade funcional;

. Perceber eventuais tabus e preconceitos relativos à sexualidade de mulheres com deficiências motoras e o seu potencial impacto na sua autoestima e na sua vida em geral;

. Perceber nas várias expressões da sexualidade – por exemplo, sozinha, acompanhada, com ajuda de algum objeto ou de alguém - as experiências e necessidades reais de mulheres com deficiências motoras relativas à sua sexualidade;

. Explorar como é que o Design pode contribuir de forma apropriada e desejável para atender os requisitos sexuais deste grupo.

1.2.2 Considerações metodológicas

Esta investigação rege-se essencialmente por uma Filosofia de Design Inclusivo e informado por Ability-Based Design (Wobbrock et al., 2018), tendo então necessariamente uma abordagem de **Design Centrado no Utilizador** (ISO 9241-210, 2019). Para isso, foi essencial incluir as participantes na pesquisa desde o início para compreender e especificar o contexto de uso (etapa da 2 da Figura 2). As **pessoas com deficiências motoras** foram escolhidas como público-alvo para esta investigação por várias razões elencadas ao longo deste capítulo, mas acima de tudo por serem dos grupos menos mencionados na literatura quando se fala de sexualidade e por haver vários pontos a precisarem de serem trabalhados. O motivo pela qual foi escolhido as pessoas com deficiências motoras e não outras foi pelo facto de serem as mais aparentemente afetadas em termos sociais e na concretização física da relação sexual e masturbação em si. Estas, em princípio, não têm alguma deficiência cognitiva que impeça de participar na investigação. Visto que as soluções para ambos os sexos têm tendência a ser completamente diferentes, foi decidido optar por trabalhar só com **mulheres**. Um forte motivo pela qual foi escolhido o público feminino foi porque a sociedade ainda mostra que a sexualidade das mulheres é muito estigmatizante (Moura dos Santos, 2019) e existem muitas barreiras na liberdade sexual das mulheres.

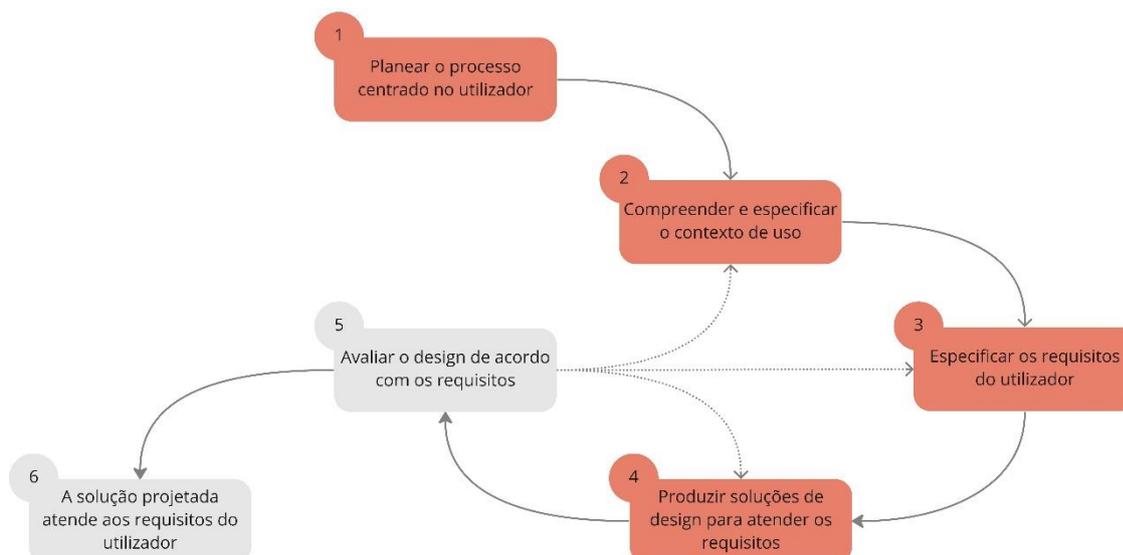


FIGURA 2 - IDENTIFICAÇÃO DO ÂMBITO DESTA INVESTIGAÇÃO (A VERMELHO) USANDO O MODELO DE DESIGN CENTRADO NO UTILIZADOR (ADAPTADO DE ISO 9241-910)

Com este grupo-alvo em mente, a metodologia foi desenhada para ser flexível e adaptar-se às condições de mobilidade das participantes se assim fosse necessário. Durante a fase de planeamento do trabalho de campo, foram considerados métodos e técnicas que permitem que as participantes tenham controlo sobre a informação que partilham, sendo esta, uma forma de dar-lhes voz. Por exemplo, métodos como Sondas Culturais (Gaver et al., 1999) ou Photovoice (Rohleder et al., 2019) podem envolver as pessoas com deficiências motoras na investigação de forma participativa e empoderada. Com base neste tipo de métodos, na fase da recolha de dados, as participantes foram convidadas a trazer algo simbólico que representasse algum aspeto da sua sexualidade. Isto foi uma forma de estimular as participantes a pensar no que desejam neste contexto íntimo da sua sexualidade. Esperava-se que esta técnica servisse como quebra-gelo entre a participante e a investigadora antes de dar início a uma **entrevista semiestruturada**, optando assim por uma **investigação qualitativa** para explorar o conteúdo gerado pelas participantes.

A análise dos dados tinha necessariamente de ser qualitativa, optando-se por utilizar o diagrama de afinidades (Naylor, 2019) para organizar a informação contida nas respostas das participantes de forma a identificar padrões. No desenho da investigação, antecipou-se que os temas e subtemas daí resultantes permitiriam especificar requisitos de utilizador (etapa 3 da Figura 2) que depois iria informar o desenvolvimento de um conceito de produto e serviço (etapa 4 da Figura 2). Considerando o tempo disponível, para a fase final compreendida nesta dissertação, manteve-se uma postura conceptual expressa através de maquetes conceptuais e desenhos explicativos de uma possível

solução. As restantes etapas não abordadas nesta dissertação servem de base para eventuais trabalhos futuros. O desenho da investigação está ilustrado na Figura 3.

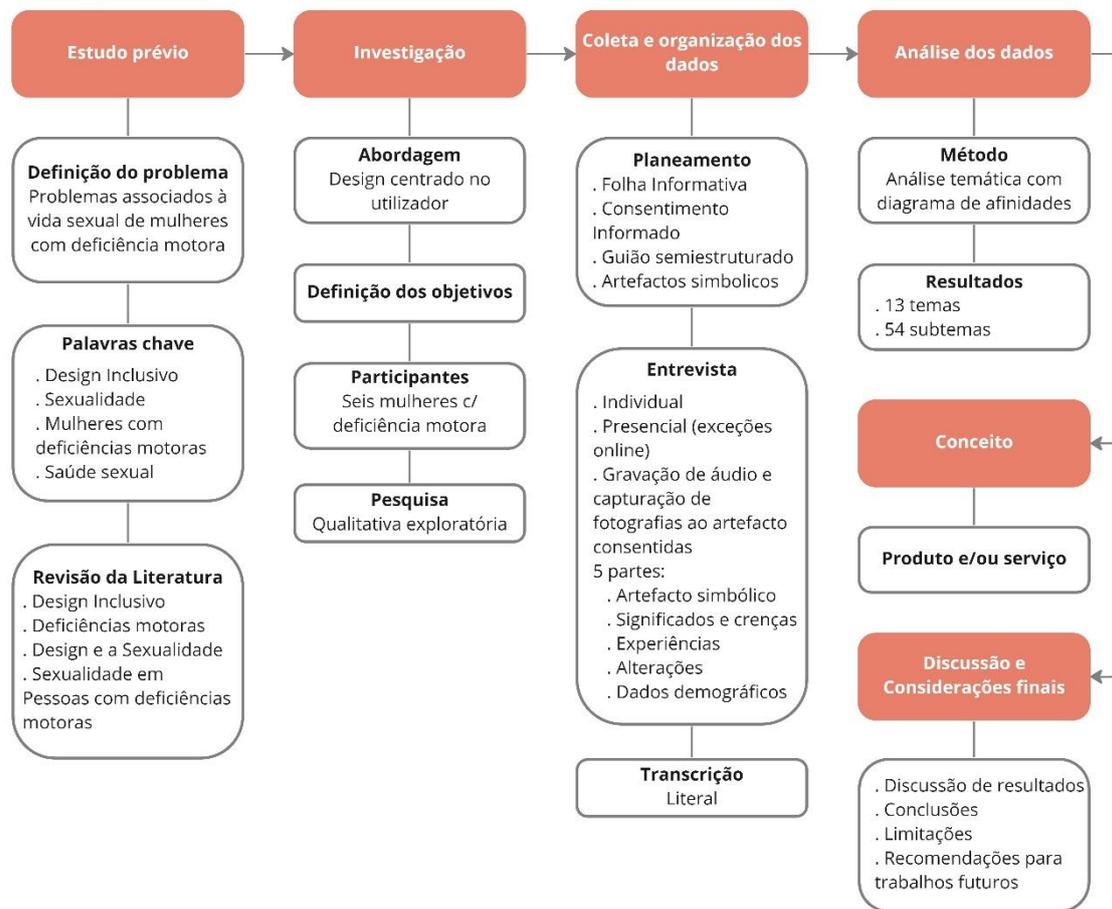


FIGURA 3 - DESENHO DA INVESTIGAÇÃO

1.3 Estrutura da dissertação

Esta dissertação de mestrado está estruturada em seis capítulos. A primeira é esta **Introdução**, que contém a apresentação e contextualização da pesquisa. Segue-se para o capítulo da **Revisão da Literatura**, que faz uma abordagem aprofundada ao enquadramento teórico e ao estado da arte do tema da investigação. Contém informações sobre a sexualidade das pessoas com deficiência, especialmente deficiências motoras, e como é abordada esta questão de forma social, psicológica e física. O terceiro capítulo é o **Trabalho de Campo**, onde se descreve a seleção e recrutamento de participantes para pesquisa, os métodos e materiais da coleta de dados, a análise dos dados, e os resultados que advém deste trabalho. O quarto capítulo é o de **Desenvolvimento do Conceito**, onde se desenvolve um conceito desenvolvido a partir dos resultados obtidos na investigação, focando nalguns problemas abordados pelas participantes. O capítulo que se segue é a

Discussão, onde se confronta conhecimento que advém da literatura com os resultados do trabalho de campo em três temas relacionados com os objetivos desta investigação: tabus e preconceitos relativos à sexualidade das pessoas com deficiência; experiências e necessidades sexuais; e oportunidades de Design. O último capítulo é **Considerações Finais**, onde são apresentadas as conclusões deste trabalho e algumas reflexões finais, a descrição do cumprimento dos objetivos definidos para esta investigação, as limitações desta e recomendações para trabalhos futuros.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.10 papel de Design na sexualidade

2.1.1 Sexualidade

“A sexualidade pode ser definida como a forma das pessoas experimentarem a si mesmas e/ou uns aos outros como seres sexuais”² (Dyer et al., 2015, p.386). A associação mundial para a saúde sexual (WAS – World Association for Sexual Health) refere na declaração dos direitos sexuais das pessoas que a sexualidade é uma área importante da vida de quase todos. A sexualidade pode ser expressada de formas muito diferentes e é um fenómeno muito complexo, que vai além do ato sexual (Czapla & Otrębski, 2014). Afirmam que esta abrange sexo, identidade e papéis de género, orientação sexual, erotismo, prazer, desejo, afeto, intimidade, comunicação, libido, auto-imagem, estética e atratividade, sedução e vínculo afetivo e reprodução, tendo estas, influências culturais, sociais, familiares, ideológicas, crenças, religião, política, entre outros fatores que alteram as práticas sexuais e o desempenho sexual considerado saudável (Maia & Ribeiro, 2010). Assim, a sexualidade pode ser entendida como saberes sexuais decorrentes dos estudos sobre as interpretações das práticas sexuais construídas culturalmente (Maia & Ribeiro, 2010).

As necessidades sexuais são também definidas cientificamente como “propriedades biologicamente determinadas do organismo, exibidas como a locomoção de alcançar a satisfação sexual através de uma descarga de tensão psicofísica como resultado do envolvimento em atividades sexuais adequadas que garantem a possibilidade de experimentar prazeres sensuais”³ (Czapla &

² Tradução livre da autora a partir do original em inglês: "Sexuality has been defined as the way that people experience themselves and each other as sexual beings"

³ Tradução livre da autora a partir do original em inglês: "biologically determined properties of the organism, exhibited as the pursuance of achieving sexual satisfaction through a discharge of the periodically appearing psychophysical tension, as a result of engaging in adequate sexual activities, which ensure the possibility of experiencing sensual pleasures"

Otrębski, 2014, p.248). O bem-estar focado na sexualidade é cada vez mais considerado uma componente integrante na saúde e é identificada como uma necessidade natural e até fundamental na vida de quase todas as pessoas, independentemente da idade, género, estado físico ou outra condição e os distúrbios sexuais que possam surgir podem causar frustração, ansiedade, depressão e afetar a qualidade de vida (Dyer et al., 2015).

2.1.2 Da necessidade ao prazer no Design

Maslow (1943) refere que existe um conjunto de necessidades básicas que motivam o ser humano, desde a realização de necessidades fisiológicas num nível mais fundamental até outras mais intelectuais de auto-realização noutra extremo. Esta teoria é frequentemente ilustrada na forma de uma pirâmide de necessidades, como na Figura 4. Maslow explica que quando satisfeitas ou relativamente satisfeitas as necessidades em determinado nível, procura-se atender a necessidades do próximo nível. Nesta transição, as pessoas podem desvalorizar o nível anterior, pois depois de satisfeito deixa de ser uma motivação naquele momento. Assim, o ser humano é descrito como constantemente carente e a maioria das vezes está parcialmente satisfeito e parcialmente insatisfeito em todos os seus desejos (Maslow, 1943).

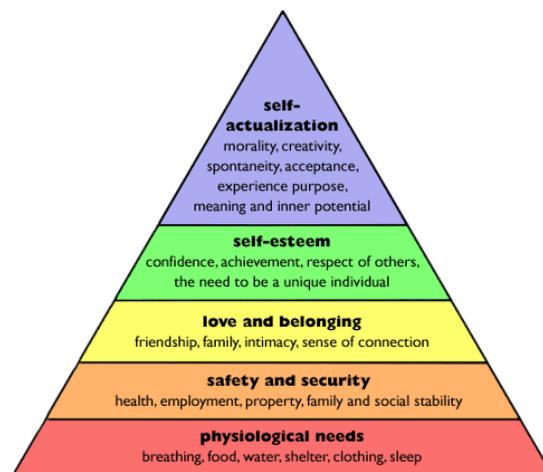


FIGURA 4 - HIERARQUIA DE NECESSIDADES DE MASLOW [FONTE: (MASLOW, 1943)]

As necessidades fisiológicas costumam ser o ponto de partida e incluem abrigo, fome, sexo e sede. Um exemplo dado no artigo é que quando alguém está com muita fome, a sua mente é dominada pela fome e então todas as capacidades são colocadas ao serviço de saciar a fome. Tudo o resto acaba por ficar para segundo plano. Quando alguém é dominado por uma certa necessidade, a sua filosofia do futuro também tende a mudar, ou seja, se num exemplo mais extremo alguém está

extremamente faminto, o objetivo de vida naquele momento é ter comida em abundância, e assim será feliz e nunca mais desejará mais nada. As outras coisas ficam sem importância, porque aquela pessoa vive para aquilo. No entanto, esta pessoa tendo esta necessidade básica relativamente bem satisfeita acaba por haver novas necessidades “mais elevadas” (Maslow, 1943).

Na necessidade de segurança pode eventualmente acontecer como está descrito acima e, quando isso acontece neste nível, as necessidades fisiológicas tendem a ser subestimadas. Maslow aqui dá um exemplo muito interessante da necessidade de segurança das crianças e refere que, se uma criança vive num meio tendencialmente traumatizante, vai gerar uma pessoa insegura pois não sabe que coisas fora do previsível podem acontecer. Refere também que normalmente uma criança criada numa família amorosa geralmente não tem este tipo de sentimento de insegurança. A busca pelo que é familiar e guiar-se, por exemplo, por determinada filosofia de vida de modo a haver uma certa organização percebida também é motivado pela necessidade de segurança (Maslow, 1943).

Depois das necessidades fisiológicas e de segurança estarem satisfeitas a necessidade de amor, afeto e pertencimento é sentida mais intensamente. Tanto pode ser o pertencimento num grupo específico em que desse ambiciona entrar, como o afeto numa relação amorosa e a sua expressão sexual. Aqui há uma distinção entre amor e sexo que é estudado como uma necessidade fisiológica. No entanto, as necessidades sexuais também são motivadas pela necessidade de dar e receber amor e afeto (Maslow, 1943).

A necessidade seguinte é a da autoestima e a estima dos outros para consigo. Aqui há um desejo de força, realização e confiança a enfrentar o mundo, mas também o desejo de reputação e reconhecimento. Quando há uma frustração desta necessidade pode levar a sentimentos de inferioridade (Maslow, 1943). Por último, a necessidade de autorrealização, quando já todas as outras necessidades estão satisfeitas. Aqui o ser humano pode ser o que pretende ser para obter a felicidade pretendida (Maslow, 1943). Maslow refere também que a maioria das pessoas parecem ter as necessidades básicas pela ordem indicada, no entanto, pode haver casos em que a ordem não seja especificamente esta.

A emergência de um foco na experiência do utilizador também veio trazer outras vertentes do Design à tona, mais concentrados no bem-estar do utilizador. A usabilidade é um fator fundamental para se perceber uma utilização agradável ou não. No entanto, a questão do prazer na utilização de um produto vai além da usabilidade (Jordan, 1998). Todas as emoções sentidas na utilização de determinado produto podem fazer com que a experiência seja positiva ou negativa e, por isso, alguns

autores estudaram a experiência com o produto e forneceram algumas ferramentas para inspirar o processo de design a fim de criar produtos que sejam prazerosos de usar.

Patrick Jordan que defende que os seres humanos estão constantemente à procura de prazer e os produtos podem ser fontes de prazer (Jordan, 1999). O prazer com os produtos é definido por Jordan (Jordan, 1999) como os benefícios emocionais e hedônicos associados ao uso do produto, e o desprazer como o oposto. Jordan propôs uma hierarquia de necessidades dos utilizadores que são funcionalidade, a seguir usabilidade, e por fim prazer. Este classificou o prazer em quatro tipologias (Jordan, 2000): o prazer fisiológico, que se refere aos sentidos e ao corpo; o prazer social, que deriva das relações com as outras pessoas, incluindo o reconhecimento social ou o estatuto; o prazer psicológico, que se refere aos prazeres mentais, como aqueles que advêm de executar ou finalizar tarefas, e que depende muito da personalidade e preferências dos utilizadores; e o prazer ideológico, que é uma combinação entre os valores da pessoa com os valores por de trás do produto. As diferentes abordagens e perspetivas sobre questões de design emocional e prazer com os produtos está bem discutida na literatura (Tonetto & da Costa, 2011).

Estética vem da palavra grega “*aisthêtikê*” e significa uma perceção ou compreensão sensorial ou sensual no âmbito do Design, é a parte dos produtos que é agradável ou não aos nossos sentidos (Hekkert, 2006). A estética não se restringe só ao mundo da arte, nem se limita ao domínio visual. O prazer estético revela-se através de todos os nossos sentidos, a visão, o tato, o paladar, o cheiro e a audição. Desde a antiguidade, que os seres humanos projetam coisas que funcionam bem, mas também têm bom aspeto. “A estética - no sentido aqui definido - traz ordem e unidade ao mundo, ajuda-nos a compreender melhor o mundo e traz-nos satisfação, conforto e bem-estar - e, sim, consolação.”⁴ (Hekkert, 2013, p.279).

Segundo Hekkert (2006), existem quatro princípios estéticos:

“Unity in variety”: A unidade pode ser uma ordem, estrutura, ou coerência que facilita a compreensão de onde o nosso sistema sensorial é eficaz e esta organização dá segurança, conforto, ou prazer. E a variedade pode ser considerada como diversidade ou algo mais complexo que desafia, cria interesse, e pode satisfazer a necessidade de explorar e aprender.

“Most advanced, yet acceptable”: O ser humano gosta daquilo que conhece melhor e que lhe é familiar, porque lhe transmite segurança e prazer. Por sua vez, isto torna o processamento

⁴ Tradução livre da autora a partir do original em inglês: “Aesthetics – in the sense defined here – brings order and unity to the world, helps us understand the world better and brings us satisfaction, comfort and well-being – and, yes, consolation.”

cognitivo mais simples e fluente. Como temos o prazer em conhecer coisas novas, gostamos da novidade, originalidade ou da inovação, e esta potencial descoberta ou aprendizagem traz-nos um género de realização pessoal. Então deve-se otimizar a novidade, mas mesmo assim preservar a familiaridade.

“Connectedness in uniqueness”: Há uma necessidade de ser diferente dos outros, de ser singular. Isto está associado com a auto-descoberta e a realização pessoal, mas ao mesmo tempo a necessidade de pertença e de se sentir conectado, ou seja, de ligação aos outros, pois é algo que traz segurança.

“Maximum effect for minimum means”: A ideia, intenção do designer, ou a razão de ser do produto também pode ser algo belo, ou seja, o significado pode tornar um produto mais atrativo. Aqui há a questão da identidade e a perceção dos objetos como extensões de nós próprios.

“Optimal match”: Aqui reunimos os princípios mencionado em cima. Pode haver condições que afetem a procura de equilíbrio; por exemplo, há uma preferência pelo seguro em situações de risco e uma preferência pela novidade em situações sem risco. Isto também pode depender do sentido dominante de cada pessoa.

Nesta sequência, Hekkert (2006) distingue três níveis de experiência do produto: prazer estético, atribuição de significado, e de resposta emocional. Assim, define a experiência com o produto como:

"todo o conjunto de efeitos que é suscitado pela interação entre um utilizador e um produto, incluindo o grau a que todos os nossos sentidos são gratificados (experiência estética), o significados que atribuímos ao produto (experiência de significado) e os sentimentos e emoções que são suscitados (experiência emocional)"⁵ (Hekkert, 2006, p.160).

2.1.3 O dildo e o vibrador na História

Atestando a preocupação humana com a sexualidade, acredita-se que o dildo remonta à Idade da Pedra. Os arqueólogos tentaram não inferir um uso sexual para objetos do género dos apresentados na Figura 5, pensando que eram meros bastões (Kuroski, 2018). No entanto, a opinião científica tende

⁵ Tradução livre da autora a partir do original em inglês: "the entire set of effects that is elicited by the interaction between a user and a product, including the degree to which all our senses are gratified (aesthetic experience), the meanings we attach to the product (experience of meaning), and the feelings and emotions that are elicited (emotional experience)."

a acreditar que estes objetos podem ter sido usados para obter prazer sexual. Isto deve-se ao facto de repararem que estes objetos muitas vezes tinham representações como o prepúcio retraído ou totalmente ausente, piercings, tatuagens e cicatrizes. Estas especificidades em conjunto com o seu tamanho natural e com uma superfície lisa e polida feito de um tipo específico de rocha, giz ou osso de chifre, levam os pesquisadores a acreditar que estes objetos foram usados como dildos (Kuroski, 2018).



FIGURA 5 - VÁRIOS OBJETOS FÁLICOS QUE REPRESENTAM O PREPÚCIO RETRAÍDO OU AUSENTE, PIERCINGS, TATUAGENS E CICATRIZES, DATADO 12000 AC [FONTE: (KUROSKI, 2018)]

Na Grécia Antiga usavam-se dildos feitos de pão, mais especificamente baguetes (Wrought, 2021). Foram encontradas algumas imagens destes objetos, mas não há certeza se foram usados para rituais ou para fins sexuais (Kuroski, 2018). Do outro lado do mundo, durante a dinastia Han na China (206 aC – 220 dC), acreditavam que espiritualmente viveriam o mesmo padrão de vida depois da morte e, por isso, levavam alguns bens mais importantes consigo incluindo dildos de bronze (Kuroski, 2018). Estes brinquedos (Figura 6) eram produtos de alta qualidade que auxiliava as elites Han no seu prazer sexual. Acreditavam também que este artefacto ajudava a garantir que a pessoa falecida teria uma vida pacífica após a sua morte (Kuroski, 2018).



FIGURA 6 - DILDO DE BRONZE CHINÊS, DATA SÉC.II AC [FONTE: (KUROSKI, 2018)]

Já no século XVI, na Europa, as freiras começaram a usar este tipo de objeto para supostamente ajudar a que não comessem carne (Kuroski, 2018). Um século depois, estes artefactos começaram a estar disponíveis para as pessoas ricas, mas mesmo assim ainda não significava que fossem tolerados pela sociedade. Por exemplo, relata-se a história de um homem que importou dildos para a Inglaterra em 1670 para o seu clube de sexo e foram totalmente destruídos (Kuroski, 2018).

Por volta dessa época, no Japão, as pessoas já tinham uma percepção diferente e já eram mais recetivos aos brinquedos sexuais. Na cultura japonesa, isto é ilustrado nos livros eróticos (*shunga*) em que as mulheres eram retratadas a comprar e a masturbar-se com dildos (Columbia University, 2020). Em 1722, o governo japonês proibiu estes livros e então começaram a aparecer nos mercados clandestinos (Kuroski, 2018).

Estes objetos foram feitos de vários materiais ao longo do tempo, mas o que teve maior sucesso foi o uso de silicone avançado por Gosnell Duncan (Kuroski, 2018). Em 1965, Duncan sofreu de uma lesão que o deixou paralisado da cintura para baixo e assim tornou-se ativo no movimento da deficiência, especialmente em defender opções melhores e mais seguras de substitutos penianos. Entre 1960 e 1970, os dildos eram maioritariamente feitos de borracha, que não era um material adequado pois não suportava lavagens mais intensas ou aquecimento sem perder as suas propriedades mecânicas e a estrutura inicial. Estes eram apenas vendidos como auxiliares médicos e destinados a casais heterossexuais. Duncan criou o dildo de silicone para ajuda médica para pessoas com deficiência, no entanto, quis vendê-lo para todos que procuravam agregar uma melhoria à sua vida sexual (Kuroski, 2018).

Também existem algumas histórias associadas ao uso de vibradores. Havia pinturas egípcias de 3000 aC que mostravam mulheres a usar objetos fálicos em volta da cintura para prestar homenagem ao deus Osíris (Columbia University, 2020). Não tendo certeza da veracidade deste facto, é contado que, no Antigo Egito, Cleópatra encheu uma cabaça oca com abelhas e usou-a como vibrador, para estimulação genital (Norman, 2016).

Os vibradores supostamente apareceram para curar as mulheres da histeria, um termo com origem na palavra grega para útero, "*hysteros*", que remonta a cerca de 2500 anos atrás (Norman, 2016). Embora atualmente tenha uma conotação diferente, histeria era um termo médico atribuído exclusivamente a mulheres, que descrevia diversos fatores desde fadiga, nervosismo, depressão a dores de cabeça. Os médicos vitorianos, no século XIX, tratavam as mulheres que diagnosticavam com histeria através da estimulação genital, até alcançarem o orgasmo. Se uma mulher não fosse casada e

não tivesse opção ou interesse em ter relações sexuais de forma “rigorosa”, então teriam de obter o “tratamento” de outra forma (Norman, 2016). A massagem manual por parte de médicos contribuía para cansaço nas mãos e os pulsos, resultando em alguns casos em lesões como tendinite, por causa dos movimentos repetitivos. Isto motivou a procura de um objeto que concretizasse a massagem de forma automatizada e daqui surgiu o primeiro vibrador, que era movido a vapor (Norman, 2016). Este tipo de objeto (Figura 7) também foi visto como um melhoramento do “tratamento”, pois era muito mais rápido a cumprir a sua finalidade e, por isso, os médicos conseguiriam tratar um maior número de mulheres e, por sua vez, ter um lucro maior.



FIGURA 7 - EXEMPLO DE VIBRADOR USADO PARA SUPOSTAMENTE CURAR A HISTERIA, DATADO DE 1909 [FONTE: (NORMAN, 2016)]

Esta ideia é descrita no livro *The Technology of Orgasm: “Hysteria”, the Vibrator and a Women’s Sexual Satisfaction*, escrito pela historiadora Rachel Maines e publicado pela primeira vez em 1999. Os médicos não associavam este tratamento a algo sexual porque, segundo Maines (1999), a prática não envolvia penetração vaginal e acreditava-se que apenas a penetração era sexualmente gratificante. A definição de sexo adotada na altura regia-se pelo modelo androcêntrico, que reconhece três passos como essenciais: preparação para a penetração (preliminares), penetração, e orgasmo masculino (Lieberman & Schatzberg, 2018). Então, o orgasmo que a mulher atingia não era visto como um orgasmo, talvez porque havia pouca informação sobre a sexualidade feminina. Como alternativa, o termo médico “paroxismo” foi utilizado na altura para se referirem ao que sabemos que é o orgasmo (Henriques, 2018).

No entanto, outras fontes dizem que esta atribuição da origem do vibrador é falsa. Lieberman (2016), diz que os vibradores eram anunciados como massajadores de costas ou pescoço (Figura 8), mas eram usados por mulheres de forma mais íntima desde o início do século XX. Não há evidências de que eram usados para esse fim quando eram comercializados só para médicos (Henriques, 2018).



FIGURA 8 - EMBALAGEM DO MASSAJADOR MAGIC WAND DA HITACHI DA DÉCADA DE 1970 [FONTE: (HENRIQUES, 2018)]

Há provas circunstanciais de que pode ter havido médicos e parteiras a concretizar a massagem genital antes do século XX, no entanto, não há provas concretas de que a massagem genital tenha sido alguma vez um princípio da prática médica aprovada (Lieberman, 2016). Para além disto, não há evidências de que os médicos usavam vibradores para mecanizar e realizar o processo mais rapidamente. Apesar de ser possível que alguns médicos podem ter chegado a usar vibradores ocasionalmente para satisfazer as necessidades das suas pacientes, como também há relatos de enfermeiras proporcionarem alívio sexual a pacientes masculinos com deficiência (Peace, 2014, citado por Lieberman & Schatzberg, 2018), os orgasmos medicamente assistidos não são uma prática aceite (Peace, 2014, citado por Lieberman & Schatzberg, 2018). Existem outras falhas apontadas aos tratamentos de histeria, incluindo que a maioria das empresas de vibradores produziam acessórios de penetração e os que eram vendidos aos médicos também incluíam estes. Isto quer dizer que pode ter ocorrido massagens dentro da vagina (Lieberman & Schatzberg, 2018).

Esta história de como o vibrador surgiu espalhou-se até à cultura popular e começou a aparecer em filmes, peças de teatro, documentários, livros e artigos mainstream e tornou-se assim aceite como um facto totalmente verídico (Lieberman & Schatzberg, 2018). Um dos perigos referidos num artigo de opinião da *The New York Times* é o facto destes mitos terem consequências reais no sentido de plantarem a ideia de que “as mulheres são naturalmente ignorantes e que as mulheres que têm conhecimento ou impulsos sexuais são atípicas”⁶ e que criaram normas repressivas ao longo da história (Lieberman, 2020). Segundo o mesmo artigo, de facto, o vibrador foi inventado por um médico britânico chamado Joseph Mortimer Granville no início da década de 1880. No entanto, este não era para curar mulheres da histeria, mas sim para ambos os sexos e para tratar dores de cabeça, doenças da coluna e surdez. O único uso mais sexual que mencionou foi sugerir o uso deste objeto no períneo dos homens para tratar a impotência (Lieberman, 2020). Os vibradores durante muito tempo foram vendidos como dispositivos médicos já para o público em geral e muitas vezes os anúncios diziam que curavam muitas outras doenças até que começaram a ser usados para outros fins (Lieberman, 2020).

⁶ Tradução livre da autora a partir do original em inglês: "women are naturally ignorant and that women who have knowledge or sexual impulses are atypical".

Vender um vibrador como brinquedo sexual era raro, até porque era considerado obsceno e, por isso, eram mascarados nas publicidades. Em 1915, a Associação Médica Americana classificou os vibradores como uma fraude médica. No entanto, os fabricantes continuaram a vender os vibradores, mas agora para os consumidores individuais. Com o passar do tempo, estes anúncios tornaram-se subtilmente mais sexuais. Devido à falta de abertura em declarar que um vibrador é um brinquedo sexual nas publicidades, referem que é difícil definir quando é que eles foram conhecidos por serem usados para tal (Henriques, 2018).

Em 1952 a Associação Médica Americana retirou o termo “histeria” da sua terminologia de diagnóstico, no entanto, a satisfação das necessidades da mulher continuou (Norman, 2016). Lieberman (citada por Henriques, 2018) menciona que nessa mesma década de 1950 começa a aparecer o vibrador como é atualmente reconhecido, tornando-se mais comum e vendido abertamente na década seguinte. A revolução sexual dos anos 70 deu uma abertura maior aos vibradores principalmente com a famosa Magic Wand (varinha mágica). Este conceito de objetos criados especificamente para o prazer feminino revelou uma evolução da presença da mulher na sociedade. Embora os brinquedos sexuais existissem há muito tempo, estes eram usados quase sempre em segredo (Norman, 2016).

Em termos de funcionalidade, inicialmente havia uma versão com manivela, que evoluiu para modelos movidos a vapor, que por sua vez evoluíram para modelos elétricos. Atualmente há uma diversidade enorme de vibradores, variando em forma, tamanho, cor e graus de intensidade, diferentes ritmos, que funcionam a longas distâncias, são à prova de água, entre outras características. Cada vez há uma aceitação maior destes objetos, o que vai aumentando as compras ao longo do tempo e a faturação desta indústria é cada vez maior. No entanto, a publicidade de brinquedos sexuais ainda é restrita a alguns meios, enquanto os anúncios de produtos para a disfunção erétil são permitidos (Lieberman, 2020). Aqui é também interessante considerar que tanto a origem do dildo como do vibrador podem ser associadas à necessidade de compensar incapacidades físicas, no entanto, parece não se ter pensado muito mais nas pessoas com deficiência.

A revista Glamour realizou um vídeo chamado *100 Years of Sex Toys* (Goller, 2017). De seguida, salientam-se alguns exemplos desse vídeo que ilustram a evolução do design e funcionalidade deste tipo de produtos (Figura 9 a Figura 25).



FIGURA 9 - VIBRADOR POLAR CUB ELETRIC, 1920S [FONTE: (GOLLER, 2017)]

Exemplo de um vibrador que era usado para tratar as mulheres diagnosticadas com histeria.



FIGURA 10 - MAGNETIC MASSAGE, 1930S [FONTE: (GOLLER, 2017)]

Os vibradores tornaram-se mais leves e portáteis, uma vez que o plástico foi favorecido em relação ao metal.



FIGURA 11 - OSTER STIM-U-LAX PARA BARBEIROS, 1940S [FONTE: (GOLLER, 2017)]

Supostamente este objeto estava destinado a dar massagens no couro cabeludo, mas algumas mulheres começaram a usá-lo para fins de satisfação sexual. Contém um motor potente e uma abas para segurar nos dedos das mãos.



FIGURA 12 - VIBRADOR WAHL HAND-E, 1950S [FONTE: (GOLLER, 2017)]

Este vibrador foi projetado para obter uma vibração mais rápida, mas ao mesmo tempo mais silenciosa. Tinha uma variedade de cabeças que pode-se mudar e servem para massagear a cara, o pescoço, as coxas e os genitais.



FIGURA 13 - VIBRA SLIM, 1960S [FONTE: (GOLLER, 2017)]

Um pequeno assento vibratório em que as utilizadoras se sentavam.



FIGURA 14 - NIAGARA HAND UNIT [FONTE: (GOLLER, 2017)]

Este é o primeiro vibrador de uso externo que tem um comando que permite regular a intensidade da vibração.

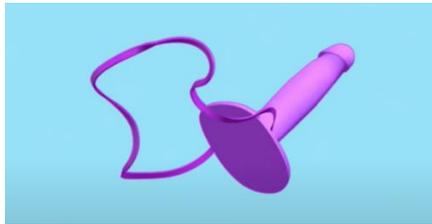


FIGURA 15 - NIAGARA HAND UNIT [FONTE: (NEW YORK MAGAZINE, 2017)]

Nesta altura surgiu o primeiro *strap-on* (cinta com dildo) na América (*The Illustrated 30,000-Year Evolution of the Sex Toy*, 2017).



FIGURA 16 - HITACHI MAGIC WAND [FONTE: (GOLLER, 2017)]

A Magic Wand é um dos vibradores mais conhecidos até hoje.



FIGURA 17 - PERSONAL VIBRATOR, 1968 [FONTE: (GOLLER, 2017)]

Nesta imagem está a patente do primeiro vibrador sem fios, sendo o primeiro vibrador denominado e comercializado como um brinquedo sexual.



FIGURA 18 - DILDO FEITO A PENSAR NA PESSOA COM DEFICIÊNCIA [FONTE: (NEW YORK MAGAZINE, 2017)]

E nesta altura também se criou o primeiro dildo para pessoas com deficiência (*The Illustrated 30,000-Year Evolution of the Sex Toy*, 2017). Os primeiros dildos não realísticos também começaram a aparecer a meio da década de 70.



FIGURA 19 - RABBIT HABIT DELUXE, 1980S [FONTE: (GOLLER, 2017)]

Com este vibrador houve outra inovação, especificamente com este objeto pode haver estimulação vaginal e estimulação clitoriana em simultâneo (Goller, 2017). Mais tarde, a Rabbit acabou por ser um bestseller por aparecer num episódio da

série *Sex and the City* em 1998 (*The Illustrated 30,000-Year Evolution of the Sex Toy*, 2017).



FIGURA 20 - MAGNUM SILICONE DILDO DA FUN FACTORY, 1990S [FONTE: (GOLLER, 2017)]

O silicone tornou-se o material mais predominante nos dildos devido à sua flexibilidade e à sua textura parecida semelhante a pele. Estes foram desenhados tanto para uso vaginal como anal.



FIGURA 21 - JIMMYJANE FORM 6 VIBE, 2000S [FONTE: (GOLLER, 2017)]

Este vibrador é completamente à prova de água, o que dá mais opções de uso.



FIGURA 22 - DILDO NJOY WAND DE AÇO INOXIDÁVEL [FONTE: (GOLLER, 2017)]

Nesta altura, os dildos começam a ter outros materiais como aço inoxidável, vidro, ou pedra.



FIGURA 23 - WOMANIZER, 2010S [FONTE: (GOLLER, 2017)]

Aqui os vibradores começam a tornar-se mais pequenos, com um design mais elegante e mais sensual.



FIGURA 24 - CRAVE VESPER [FONTE: (GOLLER, 2017)]



FIGURA 25 - OHMIBOD CLUB VIBE [FONTE: (GOLLER, 2017)]

Começam a existir vibradores que têm aplicações para controlo à distância, por exemplo, para casais que têm uma relação à distância.

2.2 Diversidade e sociedade

2.2.1 Combatendo preconceitos

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, cerca de 15% da população global vive com algum tipo de deficiência, o que corresponde a mais de um bilhão de pessoas (WHO, 2021). Este número está com tendência a aumentar devido ao envelhecimento da população e a condições crónicas de saúde, entre outras causas. No entanto, mesmo que de forma provisória ou permanente, está estimado que a maioria das pessoas vai experimentar de alguma forma a deficiência durante a sua vida (World Health Organization, 2011). As pessoas com deficiência estão constantemente sujeitas a múltiplas violações dos seus direitos humanos e enfrentam barreiras diversas (WHO, 2021).

Segundo a última informação disponível dos Censos em Portugal, que corresponde ao ano de 2001, está referido que um dos tipos de deficiência que abrange mais pessoas é a deficiência motora (PORDATA, 2022). A deficiência motora é uma limitação parcial ou completa de alguma parte dos membros do corpo humano e alguns exemplos são: a paraplegia (perda total ou parcial das funções motoras dos membros inferiores), tetraplegia (perda total da função motora dos quatro membros), amputação (perda total ou parcial de um membro), paralisia cerebral (lesão no sistema nervoso central provocando alterações psicomotoras), ostomia (necessidade de um canal alternativo no corpo, por exemplo, para evacuar as fezes e a urina ou para auxiliar na alimentação e na respiração), hemiplegia (perda total das funções motoras de um hemisfério do corpo), entre outras condições (Veríssimo, 2020).

TABELA 1 - POPULAÇÃO RESIDENTE EM PORTUGAL COM DEFICIÊNCIA SEGUNDO OS CENSOS 2001: TOTAL E POR TIPO DE DEFICIÊNCIA [FONTE: (PORDATA, 2022)]

Anos	Tipo de deficiência						
	Total	Auditiva	Visual	Motora	Mental	Paralisia cerebral	Outra deficiência
2001	636.059	84.172	163.569	156.246	70.994	15.009	146.069

Podemos perceber direta ou indiretamente que as pessoas com um determinado grau de incapacidade independentemente do tipo de deficiência estão em risco de experimentar problemas físicos, psicológicos e sociais (Lipczynski, 2010, citado por Czapla & Otrębski, 2014). As pessoas com deficiência tipicamente enfrentam múltiplas formas de discriminação, preconceito, exclusão social, opressão, e em determinadas épocas históricas eram até eliminados (Marchesan & Carpenedo, 2021). Eram vistas como pessoas totalmente dependentes e incapazes, sendo consideradas sem valor para a

sociedade (Marchesan & Carpenedo, 2021). É comum a deficiência ser vista como uma tragédia e a segregação destas pessoas tem sido constante desde sempre, o que levou a um acesso limitado à educação, elevadas taxas de desemprego e pobreza (Rohleder et al., 2019), muito também devido às barreiras físicas impostas pelo ambiente à sua volta.

A palavra capacitismo é uma designação ligada às pessoas com deficiência, que cada vez é mais ouvida e falada. Capacitismo designa o preconceito ou discriminação em relação às pessoas com deficiência, que surge a partir de ideias pré-concebidas e contidas no senso comum que pressupõe que as pessoas com deficiência têm todas as suas capacidades limitadas ou reduzidas, sendo constantemente julgada como “menos capaz” (Marchesan & Carpenedo, 2021). Esta mentalidade capacitista contém um conjunto de ideias preconceituosas e estereotipadas construído ao longo de muitos anos e que perpetuam uma imagem errada do que é a pessoa com deficiência (Marchesan & Carpenedo, 2021). Este modo de pensar e de agir tem diversas consequências negativas na vida destas pessoas.

2.2.2 Conceptualização da deficiência

O conceito mais amplamente usado sobre deficiência foi sendo construído através da *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF), que é uma estrutura da OMS de classificação e medição de domínios relacionados com a saúde e a deficiência em níveis individuais e populacionais. A *Convention on the Rights of Persons with Disabilities* (CRPD) refere que a deficiência não é um conceito estanque, mas sim um conceito em evolução. Neste momento, o conceito de deficiência é promovido pelo modelo bio-psico-social, que representa o aspeto médico e social e reconhece que a deficiência não está só relacionada com aspetos e incapacidades físicas, mas também resulta da interação com barreiras ambientais que dificultem a participação e interação destas pessoas na sociedade (World Health Organization, 2011). Assim, a deficiência pode ser menos evidenciada quando se eliminam ou minimizam barreiras enfrentadas na vida quotidiana e na participação social, pois o fator ambiente tem um impacto enorme na vivência das deficiências das pessoas (World Health Organization, 2011).

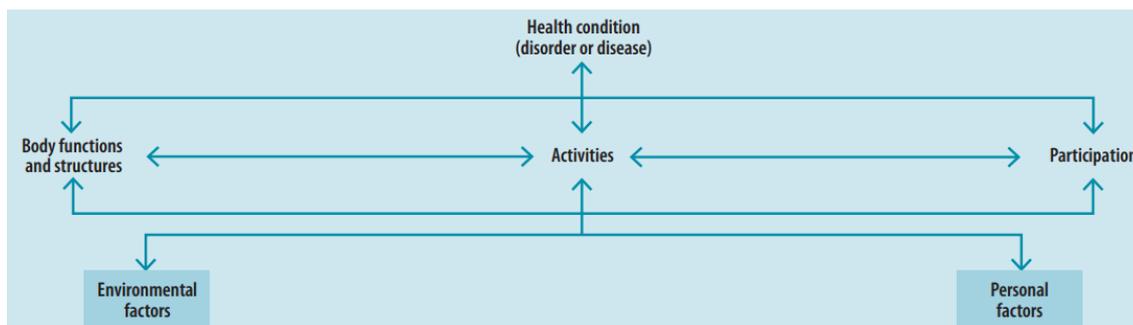


FIGURA 26 - REPRESENTAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONAMENTO, DEFICIÊNCIA E SAÚDE [FONTE: (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011)]

O modelo social tem sido muito influente na progressão dos direitos das pessoas com deficiência e ao longo do tempo foi preciso fazer-se melhorias, porque algumas perspectivas já eram muito desatualizadas (Rohleder et al., 2019). Por exemplo, o chamado modelo da caridade vê a pessoa com deficiência como coitada, lamentável e trágica, sendo frequentemente infantilizada e descrita como “super herói” ou “guerreiro” (Berghs, 2020); o modelo médico vê a pessoa com deficiência de forma anatômica, patológica, e funcional, em que o problema está em si e precisa ser tratado (Forstner, 2022); e o modelo social entende que a pessoa com deficiência é condicionada pelas barreiras que a rodeiam, sendo estas sociais, políticas, ou ambientais (Berghs, 2020). Existem também outros modelos como o modelo biopsicossocial, o modelo dos direitos humanos, e o biossocial. Estes modelos que incluem a parte social requerem que as adaptações sejam dos ambientes, produtos, ou serviços, em vez da pessoa com deficiência. Desta forma engloba o termo “inclusão”, respeitando as pessoas nas suas diferenças e diversidade, possibilitando e capacitando o acesso a todos (UNESCO, 2007, citado por Sobral & Ferreira, 2022).

2.2.3 Sexualidade em Pessoas com Deficiências Motoras

“Conhecer e esclarecer sobre os mitos existentes relativos à sexualidade de pessoas com deficiência é uma tarefa decisiva para desconstruir ideias, que podem contribuir como incentivo a práticas de discriminação das pessoas com deficiência.” (Simplex+, 2019)

Os preconceitos acerca de pessoas com deficiência influenciam muitas vezes a maneira como elas se veem, podendo originar inseguranças e vergonha (Cole, 1991). Estas ideias incluem também o domínio da sexualidade e são muitas vezes influenciadas por perspectivas falsas. Por um lado, é possível que as funções de execução são afetadas pela deficiência e isso pode causar frustração e mau estar na pessoa com deficiência. Por outro lado, outras pessoas podem vê-las como sexualmente

indesejáveis, que pode também, conseqüentemente, gerar baixa autoestima sexual na pessoa com deficiência (Sakairi, 2020). Isto resulta numa visão geral errada do que é a vida sexual das pessoas com deficiência e, por isto, têm muitas vezes a sua sexualidade silenciada, negada e negligenciada (Rohleder et al., 2019). Quando estas necessidades são negligenciadas, podem criar sentimentos de rejeição por parte dos outros e levar a um aumento da frustração, de problemas a vários níveis, e a uma experiência mais negativa a nível social (Król, 2010, citado por Czaplá & Otrębski, 2014).

Em diversas áreas da vida predomina também uma visão social do que é suposto ser normal (ou não) e tudo o que fuja a esse padrão idealizado é submetido a julgamentos potencialmente errados. Por exemplo, as pessoas com deficiências motoras como têm muitas vezes um corpo “diferente”, referido como “não funcional” ou “imperfeito”, pressupõe-se que haja à partida uma desvantagem social e limitadora (Maia & Ribeiro, 2010). Como há um modo estereotipado de compreender estas questões, desenvolveram-se mitos e preconceitos, que são ideias limitadoras à expressão sexual de uma pessoa com deficiência. Maia e Ribeiro (2010) referem alguns dos mitos mais conhecidos relacionados com o tema da sexualidade das pessoas com deficiência, que são:

. As pessoas com deficiência, principalmente as que têm deficiência motora, são **assexuadas** e **não têm necessidades sexuais** nem pensam em sexo.

. São vistas como pouco atraentes, **indesejáveis**, e **incapazes** de manter uma relação amorosa e sexual.

. Pensa-se estas pessoas como **disfuncionais** para o sexo e, como são muito **infantilizadas** e **reduzidas** à sua deficiência, é pressuposto que não consigam usufruir de uma vida sexual saudável.

. Não se pensa nas pessoas com deficiência como seres reprodutores por ideias de que são **estéreis**, geram filhos com deficiência, e não conseguem nem têm condições para cuidar deles.

Estes preconceitos de como as pessoas com deficiência são pensadas como assexuadas, como sendo seres sem desejo, desinteressados em sexo, e incapazes de ter uma vida sexual são também descritos por outros autores (Anderson & Kitchin, 2000). O *Guia prático: Os direitos das pessoas com deficiência em Portugal* tem uma secção referente aos afetos e sexualidade das pessoas com deficiência que refere justamente que existe uma percepção geral falaciosa de que as pessoas com deficiência são assexuadas, disfuncionais e que secundarizam a sua sexualidade (Simplex+, 2019). Há quem diga mesmo que a vida sexual das pessoas com deficiência quase não é um tabu pelo facto de praticamente não se falar desse tema e este não desempenhar um papel importante na consciência

das pessoas nem na política social (Shildrick, 2007). No entanto, estas perspectivas são fortemente refutadas:

“As pessoas com deficiência são pessoas sexuadas, têm sentimentos e querem demonstrá-los. As limitações físicas, sensoriais ou intelectuais de uma pessoa não são constrangimentos à expressão da sua sexualidade – evidencia-se assim, o conceito da diversidade dos afetos e da sexualidade para definir as respostas sexuais de cada pessoa, única e singular, independentemente da deficiência” (Guia Prático, 2019, p.43).

Ter problemas sexuais após adquirir alguma incapacidade é muito comum. Estima-se que 72% das pessoas com deficiência sofrem de problemas sexuais e apenas 18% são capazes de os superar de forma independente, sendo que estas possíveis mudanças no corpo podem afetar a autoestima, imagem corporal, relacionamentos e o funcionamento sexual (Dyer et al., 2015). As pessoas com deficiências motoras podem ser particularmente afetadas ao tentar concretizar uma relação sexual e principalmente a masturbação. No entanto o seu órgão que regula a libido – o cérebro – mantém-se funcional e, por isso, é fundamental dar ênfase a este tema (Morales et al., 2018). Numa investigação sobre pessoas com problemas na medula espinal e tetraplégicos, descobriram que estas têm uma menor autoestima sexual em comparação com as pessoas sem deficiência, mas a sua condição não os impede de se envolverem em comportamentos sexuais mesmo quando acreditam que os seus conhecimentos sobre sexualidade são inferiores comparando com as pessoas sem deficiência (Czapla & Otrębski, 2014). Neste mesmo artigo, refere-se que alguns estudos indicam uma diminuição da atividade e satisfação sexual quando alguém adquire uma incapacidade e isto pode estar relacionado com limitações físicas, alterações na atividade sexual, e má informação sobre sexualidade após a incapacidade. Existem outros fatores que podem afetar a expressão sexual como o isolamento social devido a falta de condições arquitetónicas, ambientais, e económicas, o excesso de proteção familiar, a falta de espaço para explorar a sua intimidade, a idealização de um corpo “normal”, e falta de educação sexual (Czapla & Otrębski, 2014).

As necessidades sexuais de uma pessoa com deficiência, seja ela congénita ou adquirida, não são necessariamente muito diferentes das de uma pessoa sem deficiência, sendo que isto é um fator importante na qualidade de vida na maioria das pessoas. Este direito é muitas vezes negligenciado por pessoas que pertencem a esta comunidade, como prestadores de serviços, pessoal médico, e famílias, sendo que muitas vezes esta nem é falada pois pode parecer uma questão inexistente (Dağlı et al., 2020). A sexualidade pode mesmo ser um tabu para muitas pessoas que não têm qualquer

deficiência, tornando este assunto ainda mais de difícil compreensão no desenvolvimento sexual, de experimentá-lo com um processo saudável, e de apoiá-lo nas diversas áreas onde assim for necessário. Uma vez que este é um direito humano importante independentemente da idade, sexo, orientação sexual, ou estado civil, é essencial avaliar a sexualidade para perceber o historial das pessoas com deficiência e o nível de informação que estas possuem, até para proteção em relação a incidentes como negligência e abuso, e detecção de outros problemas sexuais devido à incapacidade física ou outros fatores psicológicos (Dağlı et al., 2020).

É fundamental perceber que as pessoas com deficiência têm necessidade de expressar a sua sexualidade independentemente da sua deficiência. Isto engloba quebrar barreiras sociais e psicológicas, encarar a exclusão social, discriminação e opressão, e desmistificar certas perspetivas influenciadas por ideias falsas e muito arcaicas sobre dependência, vulnerabilidade, e vergonha que têm como resultado noções de incapacidade e negação sexual (Rohleder et al., 2019). Todas as pessoas que tenham a necessidade de expressar a sua sexualidade, tenham deficiência ou não, encontram inúmeras formas de o fazer e essas formas podem ser muito variadas, independentemente da diversidade funcional. Dentro da individualidade de cada pessoa é praticamente impossível determinar se a vida sexual de cada um é satisfatória ou não, mas é importante reconhecer que em qualquer momento da vida qualquer pessoa pode incorrer dificuldades ou mudanças físicas. É então injusto generalizar, rotular, e estigmatizar a pessoa com deficiência e constatar à priori determinadas ideias de como será ou não a vida destas pessoas (Maia & Ribeiro, 2010).

2.3 Inclusão pelo Design

2.3.1 Diferentes filosofias

O Design Inclusivo surge em meados da década de 1990 através de um conjunto de experiências, iniciativas e conhecimento que remonta à década de 1960, quando o Design Universal surgiu. Esta filosofia, relacionada, mas distinta do Design Universal e do Design para Todos, promove uma forma mais ampla de pensar de forma a considerar pessoas com características diversas, incluindo incapacidades de qualquer natureza (Loughborough University, 2020). O Design Inclusivo diz respeito a produtos, ambientes e serviços (Clarkson & Coleman, 2015). Numa sociedade realmente inclusiva tem de se acolher toda a diversidade de pessoas, respeitando as suas particularidades, características, diferenças e limitações. Isto é, há uma diversidade tão considerável em toda a população que o espectro do que é considerado “normal” tem que ser alargado e necessariamente

mais inclusivo. Porém, a falta de sensibilidade e falta de preparação e empatia podem contribuir para a discriminação de certos grupos de pessoas.

Uma mudança chave no pensamento foi substituir a visão de que as pessoas com deficiência o são devido a incapacidades físicas e/ou mentais para a deficiência advir de designs, ambientes e serviços que não consideram a ampla gama de diversidade funcional e capacidades humanas. Isto corresponde à transição do modelo médico de deficiência, que via a deficiência como sendo só inerente a níveis de capacidades, saúde e graus associados à deficiência, e para o modelo social, em que as pessoas têm deficiências impulsionadas pelo design, serviços, ambientes e produtos inadequados, para além dos estereótipos culturais (Clarkson & Coleman, 2015). Isto quer dizer que o design pode tanto ter um papel favorável de ajuda ou incapacitante caso não seja bem pensado nestes aspetos.

Muitas vezes existe o mito que o Design Inclusivo só trabalha para minorias, mas trabalhando os extremos e focar no uso de produtos para alguns utilizadores muitas vezes torna o uso mais eficiente para a maioria das pessoas (Persson et al., 2015). Se pessoas com incapacidades mais extremas acharem que determinado produto, serviço, ou espaço é fácil de usar, então outras pessoas que não têm essa condição tão extrema não vão ter problemas de utilização. E então estamos também a projetar para uma maioria e o máximo de população possível retira benefícios disto. Acresce que, de forma permanente ou temporária, ao longo da vida passamos por diversos estágios e experimentamos diversas condições e capacidades (Loughborough University, 2020). Podemos ter uma deficiência congénita ou adquirida, engravidar, envelhecer e este número é cada vez maior, o que faz com que o número de pessoas com diversidade funcional aumenta também (Persson et al., 2015).

É importante estudar, de facto, o comportamento das pessoas com características distintas. É necessário usar ferramentas que fomentem a aproximação cada vez maior entre o designer e o utilizador, para o entender melhor e ter uma compreensão mais profunda e sensível de alguém com características diferentes. Estas ferramentas podem incluir, por exemplo, conversas, workshops ou até simulações (Loughborough University, 2020); por exemplo, uma pessoa que não tem a experiência de ter mobilidade reduzida pode experimentar andar numa cadeira de rodas para perceber certos aspetos, experiências, e problemas que normalmente não tem. Importa entender melhor outras perspetivas. Esta experiência ajuda os designers a desenvolverem uma empatia maior, logo no início do processo de design. Através destas perspetivas diferentes, os designers podem projetar soluções mais adequadas para uma variedade maior de pessoas.

2.3.2 Boas práticas

Para chegar a uma solução mais inclusiva é necessário que o processo seja inclusivo, devendo envolver os utilizadores como participantes da pesquisa. Com toda esta diversidade de pessoas, é possível que não seja viável nem necessário definir apenas uma solução, mas várias; isto é, através da personalização podemos atender às necessidades de diferentes pessoas (Carnemolla, 2018). Dito isto, o Design Inclusivo trabalha para que todas as pessoas tenham as mesmas oportunidades de participação em várias áreas da sociedade e é essencialmente pensado nas pessoas. Como forma de orientar o processo de design, avaliar a qualidade dos projetos, e ajudar na instrução de designers, o Centro de Design Universal realizou uma investigação em que o objetivo de uma das atividades foi desenvolver um conjunto de diretrizes do Design Universal (Preiser, 2011). O livro *Universal Design Handbook* descreve estes princípios da seguinte forma:

. **Uso equitativo:** O Design deve ser utilizável e comercializável para pessoas com diversas necessidades.

. **Flexibilidade de uso:** O Design acomoda uma ampla gama de preferências e habilidades individuais.

. **Uso simples e intuitivo:** A utilização do Design é fácil de compreender, independentemente da experiência do utilizador, conhecimentos, competências linguísticas, ou nível de concentração atual.

. **Informação perceptível:** O Design comunica eficazmente a informação necessária ao utilizador, independentemente das condições ambientais ou das capacidades sensoriais do utilizador.

. **Tolerância ao erro:** O Design minimiza os perigos e as consequências adversas de ações acidentais ou não intencionais.

. **Baixo esforço físico:** O Design pode ser utilizado eficiente e confortavelmente e com um mínimo de fadiga.

. **Tamanho e espaço para abordagem e uso:** É fornecido tamanho e espaço adequados para abordagem, alcance, manipulação e utilização independentemente do tamanho do corpo do utilizador, postura ou mobilidade.

Por mais que se fale das necessidades deste grupo de pessoas, aqui pretende-se não ter como foco principal os problemas, mas sim naquilo que o utilizador consegue fazer; são essas características que são mais úteis para o design. Uma filosofia prometedora na resposta a este desafio é o Ability-

Based Design, numa vertente mais focada nas habilidades e competências dos utilizadores e não nas suas incapacidades (Wobbrock et al., 2018). Aqui, não é o utilizador que tem de se moldar ao produto, mas sim o contrário. Este design baseado nas habilidades pode trabalhar em conjunto com o Design Inclusivo. Enquanto, o Design Inclusivo concentra-se num design para uso generalizado de utilizadores, incluindo especificamente pessoas com diversidade funcional, o design baseado nas capacidades também promove a criação de um design para uso geral com a flexibilidade de haver personalização dos produtos mesmo que seja para um só utilizador individual. Estes princípios estão sumariados na Tabela 2. Aqui há a possibilidade de otimização dos resultados pelos utilizadores individuais e pode adaptar-se ou ser adaptado para corresponder às suas capacidades (Wobbrock et al., 2018).

TABELA 2 - OS SETE PRINCÍPIOS DO DESIGN BASEADO NAS CAPACIDADES DO UTILIZADOR [FONTE: ADAPTADO DE (WOBPROCK ET AL., 2018)]

	Princípio	Descrição
Posição do designer (necessário)	Habilidade	Os designers concentram-se nas capacidades do utilizador, não nas deficiências, esforçando-se por aproveitar tudo o que os utilizadores podem fazer numa dada situação, contexto ou ambiente
	Responsabilização	Os designers respondem à fraca usabilidade mudando os sistemas, e não os utilizadores, deixando os utilizadores como estão
	Disponibilidade	Os designers utilizam software, hardware ou outros componentes acessíveis e disponíveis através de meios acessíveis
Interface adaptativo ou adaptável (opcional)	Adaptabilidade	As interfaces podem ser adaptativas ou adaptáveis para proporcionar a melhor adequação possível às capacidades dos utilizadores
	Transparência	As interfaces podem dar aos utilizadores consciência dos comportamentos adaptativos e do que os governa e os meios para inspecionar, anular, descartar,

		reverter, armazenar, recuperar, pré-visualizar, alterar, ou testar esses comportamentos
Deteção ou modelação (opcional)	Performance	Os sistemas podem detetar, monitorizar, medir, modelar, exibir, prever ou utilizar de outra forma o desempenho dos utilizadores para proporcionar a melhor correspondência possível entre os sistemas e as capacidades dos utilizadores
	Contexto	Os sistemas podem detetar, monitorizar, medir, modelar, exibir, prever ou utilizar de outra forma a situação, contexto ou ambiente dos utilizadores para antecipar e acomodar os efeitos nas capacidades dos utilizadores

Apesar de aqui não se aprofundar muito o conceito, ele informou o desenvolvimento do conceito apresentado no Capítulo 4.

2.3.3 Design ao serviço da Inclusão sexual

A pesquisa feita revelou quatro tópicos relevantes no âmbito de soluções de design para a inclusão sexual de pessoas com deficiência, elencadas de seguida. Apresentam-se aqui uma seleção de exemplos, vocacionada para o prazer feminino visto que é o público-alvo desta investigação.

2.3.3.1 Brinquedos sexuais

Os brinquedos sexuais são muitas vezes usados na masturbação para alcançar os órgãos genitais e zonas erógenas, mas muitos destes brinquedos não são adaptados a condições físicas que fogem do padrão. No entanto, aos poucos, vão surgindo ideias de brinquedos sexuais mais inclusivos. Andrew Gurza e Heather Morrison fundaram a Bump`n (Gurza & Morrison, 2022) que surgiu da

necessidade milhões de pessoas não se poderem masturbar devido a limitações (dor, imobilidade, falta de destreza, fraqueza) nas mãos ou ausência das mesmas. A pesquisa feita por eles mostrou que 50% das pessoas com deficiência física abordadas lutam para alcançar o prazer sexual de forma independente (Gurza & Morrison, 2022). Segundo os autores, nenhum produto foi projetado a pensar nestas pessoas, quando 90% disse que gostava de ter um produto deste tipo. Este produto (Figura 27) foi concebido por uma equipa de especialistas em saúde sexual, design, terapeutas ocupacionais, e as próprias pessoas com deficiência.

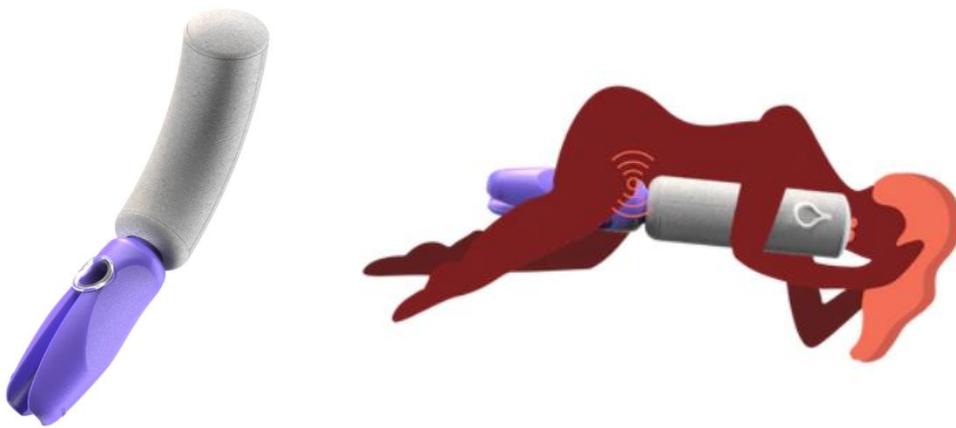


FIGURA 27 - O JOYSTICK BUMP'N [FONTE: (GURZA & MORRISON, 2022)]

Na Universidade de São Paulo, está a ser feita investigação sobre um Neurodildo que funciona de forma remota através de ondas cerebrais. Este produto foi projetado para pessoas com mobilidade reduzida como, por exemplo, pessoas com uma lesão na medula, e que têm dificuldade em manusear com facilidade os brinquedos mais comuns e/ou que podem ter dificuldade em proporcionar encontros sexuais, apesar de não excluírem a opção de pessoas sem deficiência usarem este dispositivo (Mariano Gomes & Wu, 2018). Este articula duas tecnologias cada vez mais estudadas, sendo estas a interface entre o cérebro e o computador e a inteligência artificial, que aqui possibilita que o utilizador consiga controlar, neste caso, um vibrador com o pensamento. Ou seja, o Neurodildo pode ser conectado à Internet, através de Bluetooth, ou uma aplicação de telemóvel ou pelo computador, e funciona através de três dispositivos com sensores e microprocessadores ligados sem fio, sendo um destes um fone de ouvido com elétrodos que captam as ondas eletromagnéticas que são interpretadas por um software e que, por sua vez, são traduzidos em estímulos no brinquedo sexual. Como este Neurodildo está a ser projetado com o objetivo de funcionar a longa distância com um/a parceiro/a, eles propõem um sistema de resposta de feedback para que a pessoa que está a controlar seja estimulada proporcionalmente à medida que o brinquedo sexual sente a pressão das contrações musculares do corpo da outra pessoa (Mariano Gomes & Wu, 2018).

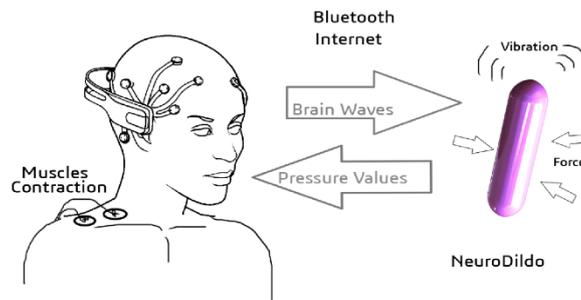


FIGURA 28 - CONCEITO DO NEURODILDO (IMAGEM RETIRADA DO ARTIGO USER EVALUATION OF THE NEURODILDO [FONTE: (MARIANO GOMES & WU, 2018)])

Este produto ainda está em fase de testes e possivelmente vai ser de difícil acesso, tanto pelo seu preço como pela comercialização do mesmo. Também é importante pensar em que contexto é usado, se seria confortável e adequado ao ambiente e ao momento. Por parecer ainda complexo e haver muitas peças, os utilizadores podem não gostar de as usar.

Também existem produtos já comercializados que não foram criados necessariamente para pessoas com deficiência física, mas que podem ser usados maioritariamente em modo mãos livres (a não ser para o colocar devidamente). O primeiro exemplo é o estimulador de clitóris Eva que tem uma forma que permite segurar-se entre os lábios na vulva, deixando assim as mãos livres e podendo ser utilizado com um/a parceiro/a. Fazendo uma leve pesquisa sobre o feedback dos utilizadores através de comentários publicados em sites de venda, percebeu-se que muitas pessoas disseram que se adaptaram bem a este brinquedo e para estas tem um ajuste seguro e confortável, algumas mesmo depois de algumas tentativas. No entanto, houve outro feedback que referiu que as dimensões deste objeto não funcionam bem para pessoas mais pequenas, muitas vezes o brinquedo não se segura e cai precisando de algo a segurar, e que às vezes isso pode ser doloroso (Dame, 2022).



FIGURA 29 - ESTIMULADOR DE CLITÓRIS MÃOS-LIVRES EVA II EM SILICONE [FONTE: (WOVO, 2023)]

O segundo exemplo é o Vibe Pad, que é uma base de silicone com formas anatomicamente adaptadas à vulva e ao ânus (Wovo, 2023). Este é pousado numa superfície como, por exemplo, uma cadeira e o utilizador só precisa de se sentar em cima deste. Este brinquedo é controlado de forma remota e oferece vários modos de vibração.

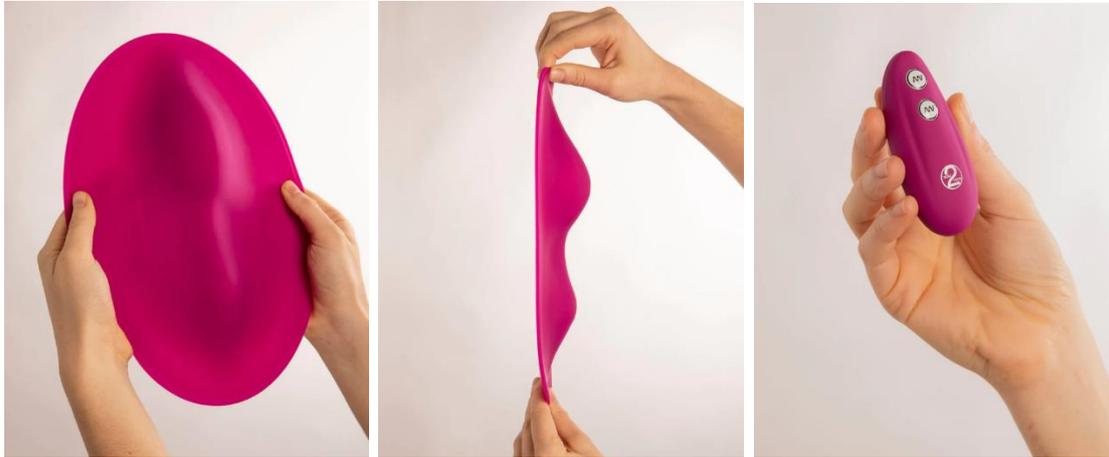


FIGURA 30 - ESTIMULADOR MÃOS-LIVRES SILICONE VIBE PADS [FONTE: (WOVO, 2023)]

E o terceiro exemplo tem uma componente mais mecânica e chama-se Humpus (Feelgood2 Ltd., 2021). Este produto é preso à volta da cintura e é usado sem mãos. Quando se liga, ativa um mecanismo de vai e vem que faz com que o brinquedo seja penetrado na pessoa. Este possui diversas velocidades e dá para ajustar o nível de penetração; por exemplo, na Figura 31 o brinquedo está em modo de penetração máxima, mas ao pôr o brinquedo na alavanca pode-se colocá-lo mais a meio de forma a ter uma penetração menos profunda.

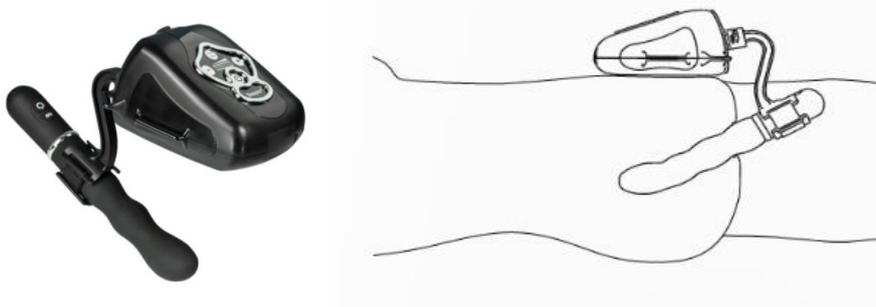


FIGURA 31 - HUMPUS FEMININO (FEELGOOD2 LTD., 2021) [FONTE: (FEELGOOD2 LTD., 2021)]

Apesar de poucas, ainda existem algumas alternativas que se pode adaptar a determinadas condições. No entanto, estes produtos não foram concebidos a pensar em alguém com mobilidade reduzida, que poderá ter dificuldade em colocar um objeto de pequenas dimensões nos genitais como o estimulador de clitóris Eva (Figura 29), ou ter dificuldade em manusear um comando remoto como o estimulador Vibe Pads (Figura 30). Outra opção que, mais uma vez não foi pensada para uso de

peessoas com deficiências motoras mas que também poderia ser algo interessante para o seu uso, são almofadas que facilitam certas posições. A marca Liberator (Figura 32) comercializa almofadas que podem ser decorativas, mas que servem para facilitar certas posições numa relação sexual (Liberator, 2022).



FIGURA 32 - ALMOFADAS RAMPA E GIRAR [FONTE: (LIBERATOR, 2022)]

2.3.3.2 Robôs sexuais e bonecas sexuais

As bonecas sexuais são objetos que imitam o corpo humano e podem ser feitas de vários materiais para conseguir uma imitação realística. Os robôs são parecidos com as bonecas, mas são equipados de tecnologia e são mais interativos. Ambos servem para fins sexuais e podem ter características físicas diferentes, normalmente com uma aparência altamente sexualizada (Döring et al., 2020). As bonecas sexuais já são comercializadas, mas os robôs ainda não. Segundo a pouca literatura existente sobre este tema, há questões sobre os efeitos do uso sistemático destes objetos, como por exemplo, se o design destes é ético, se influencia a visão que as mulheres e principalmente meninas têm do seu corpo, se haverá uma maior objetificação da mulher, avaliar estes produtos a nível de fantasia sexual, ou se terá efeitos que distorcem a realidade, avaliar a nível de parafilias, mas também para possíveis usos terapêuticos, entre muitas outras questões (Döring et al., 2020).

O Neurodildo, mencionado anteriormente, foi originalmente apresentado numa conferência no 3º Congresso Internacional de Amor e Sexo com Robôs (Mariano Gomes & Wu, 2018). Para além de referido como brinquedo sexual, a mesma tecnologia está a ser estudada para ser aplicada em robôs sexuais para assistência a pessoas com deficiência e está a ser discutido como é que este produto pode ser integrado com esta tecnologia futurista (Mariano Gomes & Wu, 2018).

Os robôs sexuais são uma tecnologia de assistência, sendo também apresentados como uma solução para auxiliar estas práticas de exploração e experimentação do prazer, mas podem não ser a melhor solução. A tecnologia não substitui a conexão e os relacionamentos humanos, correndo-se o risco de continuar a perpetuar a exclusão social das pessoas com deficiência (Carnemolla, 2018). As

opções existentes costumam ser muito mecânicas, pouco acessíveis, e com um design demasiado clínico porque normalmente as pessoas com deficiência são vistas de forma meramente patológica (Carnemolla, 2018). Tudo isto aponta para uma necessidade de abordagens mais inclusivas no que diz respeito a estas tecnologias.

2.3.3.3 Assistência sexual

Outra solução existente mais virada para a área dos serviços é a assistência sexual, também chamada masturbação assistida ou facilitação do sexo. Encontram-se opiniões muito distintas relativamente a este tema, que origina muitas dúvidas a nível moral e ético. Este tema é cada vez mais discutido, mas ainda há uma grande dificuldade em o pôr em prática por diversos fatores como a falta de orientações políticas claras e a dificuldade em definir limites (Sakairi, 2020).

Um artigo recente explora e centra opiniões de pessoas com deficiências físicas, auscultando também a opinião dos cuidadores, relativas à questão da assistência à masturbação no Japão através da introdução de duas organizações de assistência (Sakairi, 2020). Estas organizações chamam-se Whitehands, fundada em 2008 por Sakazume (um homem sem deficiência), e Noir, fundada em 2004 por Kumashino (um homem com paralisia cerebral). Os cuidadores que ajudaram às necessidades de masturbação afirmaram que veem a masturbação assistida de forma semelhante a tarefas como ajudar a tomar banho, e os pacientes como sendo uma necessidade de alívio físico. Muitas vezes este tipo de serviços é feito em segredo, pelo que gostariam que este tipo de assistência fosse vista como um serviço oficial de enfermagem. É de notar que, quando é uma mulher com deficiência a exprimir as suas necessidades, esta enfrenta o risco de ser julgada pelo o tipo de mentalidade que ainda se percebe contra a sexualidade das mulheres (Sakairi, 2020).

Whitehands oferece assistência à ejaculação, sendo este um serviço ao domicílio e de curta duração, apenas para homens com deficiências físicas graves que não conseguem masturbar-se devido a deficiências como por exemplo paralisia. Então fizeram uma proposta ao Ministério da Saúde japonês para incluir os direitos de saúde sexual e reprodutiva das pessoas com deficiência na formação para profissionais de assistência médica e social, e esta assistência pode ser entendida no contexto dos direitos humanos. Já o serviço Noir primeiro consulta um terapeuta ocupacional antes de ajudar um cliente e juntos fazem um plano específico para cada caso. Isto envolve encontrar formas de cada cliente ser capaz de se masturbar por conta própria ou prestar assistência de masturbação a quem não

pode. Os seus clientes estão proibidos de tocar no corpo dos assistentes, solicitar qualquer pedido ou comentário obsceno (Sakairi, 2020).

Dentro disto, este artigo explica que nestas organizações supostamente a assistência é orientada por assistentes que são do mesmo sexo que os seus clientes e que no Japão adere-se muito ao princípio do cuidador do mesmo sexo para prevenir possíveis abusos sexuais dos cuidadores masculinos a mulheres com deficiência. Yokosuka (2011, citado por Sakairi, 2020) refere que a atribuição de um cuidador do sexo oposto introduz um significado sexual, no entanto, esta perceção dos cuidadores do sexo oposto como tabu veio de um pressuposto de que todas as pessoas são heterossexuais, devendo ter em conta todas as orientações sexuais e considerar a possibilidade de o cliente, por exemplo, se identificar como homem e ter uma vagina. Embora a Whitehands permita que os clientes escolham o seu cuidador, apenas membros do pessoal feminino foram contratados até então.

Sakazume (2012, citado por Sakairi, 2020) também pensou em proporcionar este tipo de assistência a mulheres com deficiência, mas afirmou que até aquele momento parecia não haver mais informações sobre as mulheres com deficiência. Um dos obstáculos é que muitas vezes a sociedade não reconhece que o sexo pode ser realizado de diferentes maneiras, sem estar necessariamente centrado nos órgãos genitais, o que também pode ser um obstáculo para corpos de pessoas com deficiência física. Isto ajuda a responder à questão de por que razão aparentemente não há mulheres com deficiências dispostas a utilizar este serviço, pois ao contrário dos homens cujo clímax pode ser facilmente visto, com as mulheres é mais difícil de definir (Sakairi, 2020).

Whitehands não recebeu nenhum pedido de ajuda de masturbação de mulheres, e suspeitam que a razão seja que as mulheres com deficiência sofrem muito para levantar as suas vozes. Sakazume (2012, citado por Sakairi, 2020) diz que provavelmente as mulheres com deficiência têm como prioridade o apoio na gravidez, no parto, e proteção da violência sexual. No entanto, esta ainda é uma opinião de um homem sem deficiência. Nenhuma das participantes negou a necessidade de assistência à masturbação entre mulheres com deficiência. Disseram que não devia haver diferenças entre homens e mulheres com deficiências em relação a essas necessidades. Vários participantes desse estudo consideraram que o serviço prestado por Whitehands é centrado no homem, pelo que não se adequa às necessidades das mulheres com deficiência. As participantes do sexo feminino também explicaram que se sentem envergonhadas ao expressarem desejos sexuais e, em alguns casos, acharam que seria muito mais fácil para os homens falarem sobre essas

necessidades. Deve-se capacitar as mulheres a serem agentes sexuais com direito ao prazer e, portanto, responsáveis pela sua própria sexualidade, mas esses discursos são silenciados sistematicamente (Sakairi, 2020).

A maioria dos participantes sugeriu que um trabalhador sexual ou terapeuta poderia ser a melhor pessoa para prestar assistência e tanto homens como mulheres com deficiência sugeriram o uso de dispositivos para ajudar na própria masturbação ou com outros. Cada corpo é diferente e todos são normais, por isso recomendam discutir o que pode ser o melhor para cada pessoa com deficiência (Sakairi, 2020).

Relativamente a Portugal, considera-se que ainda está muito atrasado neste tipo de questão comparando com outros países como a Holanda ou a Dinamarca. Uma psicóloga chamada Raquel Pereira tem vindo a investigar a sexualidade das pessoas com deficiência e um dos pontos que fala numa entrevista é justamente a assistência sexual (Dias Coelho, 2019). Muitas pessoas criticam a noção de assistente sexual, dizendo que é um termo politicamente correto para prostituta/o. Refere-se que ninguém tem de ser julgado caso queira recorrer a esse serviço, mas a especialidade de um assistente sexual passa pela formação para lidar com aspetos “mais médicos”, por exemplo, de alguém que ande em cadeira de rodas, tenha algum tubo, ou outra característica específica da sua incapacidade. Finaliza este tema a dizer que a assistência sexual é muito importante, pois “é a única forma que muitas pessoas têm de aceder ao seu corpo, de perceberem como é que se podem tocar e que tipo de sensações é que despoletam e como.” (Dias Coelho, 2019).

2.3.3.4 Projetos e páginas ativistas

Anathema⁷ é um projeto de investigação europeu que visa ter o primeiro programa de promoção de saúde sexual entregue por dispositivo móvel para adultos mais velhos, pessoas com doenças crónicas, e os seus parceiros/as. Este é um programa inclusivo e que procura adaptar as intervenções mais tradicionais através da Internet, ambicionando promover e apoiar a qualidade de vida e satisfação sexual dos idosos, dos seus relacionamentos, auxiliando assim num envelhecimento saudável e melhorando a qualidade de vida dos seus utilizadores. Pretendem abordar doenças que prevalecem na velhice e que afetam diretamente a sua saúde sexual como, por exemplo, AVC, colostomia, cancro, condições debilitantes e possíveis alterações na imagem corporal. Por meio de

⁷ Site: <https://anathemaproject.eu/>

design participativo, incluem no seu projeto idosos, sobreviventes de cancro colorretal, sobreviventes de AVC, psicólogos e sexólogos, e instituições clínicas em todas as etapas.

Apoiam consultas presenciais e online, que também são relevantes no contexto do COVID-19 e das necessidades das pessoas que vivem geograficamente isoladas (Anathema, 2021). Abordam o tema da saúde sexual numa abordagem de “saúde positiva”, dando ênfase a experiências positivas e prazerosas em vez de se concentrar demasiado na deficiência ou disfunção sexual. Referem ser importante a dimensão europeia deste projeto, pois “a expressão sexual está fortemente enraizada culturalmente”⁸ (Anathema, 2021).

Num texto que escreveram para um artigo referiam uma questão importante na concepção deste tipo de projeto:

“Os designers que criam produtos para promover a saúde sexual encontram pouca orientação para tornar os seus produtos inclusivos, especialmente considerando o estigma associado a temas tabu e associações culturais com sexualidade e intimidade.”⁹ (Correia de Barros et al., 2022, p.19)

Este projeto não tem o mesmo público-alvo que esta dissertação de mestrado, mas os temas e muitos aspetos cruzam-se.

Outro exemplo é a página ativista *Sim, nós fodemos*¹⁰, que aborda e desmistifica a sexualidade em pessoas com diversidade funcional. Como descrevem na página: “Sim Nós Amamos; Sim Nós Namoramos; Sim Nós Desejamos; Sim Nós Fazemos Amor; Sim o Nosso Corpo Excita-se; Sim Nós Temos Direito a uma Sexualidade Digna e Adequada; Sim Nós Somos Pessoas.” (Sim, nós fodemos, 2013). Querem dar voz a quem não a tem e pretendem informar sobre este tema, onde ainda há muita ignorância. E essencialmente lutam pela igualdade num aspeto que é comum a todos, a sexualidade, que consideram ser um grande impulsionador do crescimento pessoal, desenvolvimento da própria personalidade e mesmo das relações sociais. Dito isto, referem que, a partir destes factos, este tema deve ser discutido para que haja mais apoio para as pessoas com diversidade funcional. Nesta página de Facebook partilham notícias, entrevistas, vídeos, testemunhos, informações não só nacionais como internacionais.

⁸ Tradução livre da autora a partir do original em inglês: “...sexual expression is strongly culturally rooted.”

⁹ Tradução livre da autora a partir do original em inglês: “ Designers creating products to promote sexual health find little guidance to make their products inclusive, especially considering the stigma associated with taboo subjects and cultural associations with sexuality and intimacy.”

¹⁰ Site: <https://www.facebook.com/simnosfodemos/>



FIGURA 33 - LOGO DA PÁGINA E COMUNIDADE "SIM, NÓS FODEMOS" [FONTE: (SIM, NÓS FODEMOS, 2013)]

3. TRABALHO DE CAMPO

O objetivo geral desta pesquisa é estudar como é que o design pode ajudar a resolver parte dos problemas associados à vida sexual das mulheres com deficiências motoras. Aqui procura-se perceber as experiências e necessidades destas relativas à sua sexualidade, com vista a perceber eventuais tabus e preconceitos e o seu potencial impacto na sua autoestima e na sua vida em geral. Com isto, pretende-se explorar como o design pode solucionar alguns problemas nesta área, entendendo os pontos importantes de intervenção e sobretudo defender os direitos sexuais das pessoas com diversidade funcional, empoderando-as e dando autonomia.

3.1 Participantes da pesquisa

3.1.1 Critérios de seleção de participantes

Inicialmente este estudo ia abranger homens e mulheres, mas tendo em conta que as soluções em termos de produtos ou serviços poderiam divergir muito entre sexos, decidiu-se trabalhar só com mulheres. Nota-se que este grupo é também o mais censurado em termos de sexualidade na sociedade e, por isso, pretende-se que este seja mais um contributo nesta luta. Sendo assim, este estudo procurou recrutar mulheres com diversidade funcional, podendo estas ter deficiências físicas congénitas – de nascença – ou adquiridas – ao longo da vida. Poderiam ter qualquer tipo de orientação sexual, qualquer tipo de estado civil, e só foram aceites pessoas acima dos 16 anos. Por ser um tema íntimo e individual, não foram convidados para a pesquisa famílias, cuidadores, ou profissionais de saúde. Porém, caso alguma participante tivesse algum tipo de dificuldade na comunicação, foi expresso que estariam à vontade de trazer uma pessoa com quem estivessem confortáveis e que as ajudasse na clarificação do que está a ser dito, podendo sempre usar uma outra forma de se comunicar. Esta informação consta da Folha Informativa (Anexo B).

3.1.2 Documentos de consentimento

Os documentos de consentimento para este estudo compreendem uma Folha Informativa (Anexo B) e um documento de Consentimento Informado (Anexo C). A Folha Informativa, tal como o nome indica contém informações sobre a pesquisa, sobre o conteúdo a ser abordado e sobre os procedimentos que serão realizados, com o objetivo de a potencial participante perceber o que esperar se decidir participar na pesquisa. Para proceder na pesquisa, foi necessário fazer um documento escrito de consentimento informado, que teria de ser assinado antes de cada entrevista e que serve para salvaguardar os direitos das pessoas ao longo da investigação, garantir os procedimentos éticos e fundamentais durante a pesquisa. Os documentos criados para este estudo foram adaptados a partir exemplos de documentos usados noutras investigações anteriores, de forma a adequá-los aos propósitos deste trabalho e a este público-alvo. A primeira versão destes documentos foi apresentada às orientadoras que fizeram pequenas correções, que foram devidamente incorporadas na versão final. Estes documentos foram partilhados com todas as possíveis participantes, como descrito abaixo. Nos documentos finais pede-se especificamente permissão para gravar o áudio das entrevistas para fins de transcrição de respostas e análise posterior das mesmas, sendo garantido que será apagada no final do projeto. Pede-se também autorização para o registo fotográfico, com foco apenas em objetos ou espaços para fins de investigação. Os dados fornecidos pelas participantes foram sempre tratados de forma anónima e foram sujeitos a um processo de pseudonimização durante o tratamento dos dados, de forma a não tornar identificáveis os participantes, sendo totalmente garantido o anonimato das participantes no final do estudo. Sendo um tema pessoal e íntimo, alguns tópicos poderiam gerar algum desconforto e, caso isso acontecesse, as participantes foram informadas do seu direito de deixar de falar sobre o assunto, adiar, ou parar a sua participação na investigação. A partir daqui, coube a cada uma decidir participar ou não na investigação.

3.1.3 Amostragem e abordagem a potenciais participantes

Foram usados dois métodos de abordagem a potenciais participantes. Primeiro, o recrutamento de participantes foi feito através de amostragem por conveniência, sendo a informação enviada diretamente a cada participante por Facebook, Instagram e email, dependendo do contacto que estivesse disponibilizado. Algumas pessoas contactadas já eram conhecidas da pesquisadora, outras possíveis participantes foram aconselhadas por outras pessoas do meio. Foi pedida ajuda à Sofia Pires, que é um elemento da revista digital *Plural & Singular* e que produz conteúdos para o

Fórum Municipal das Pessoas com Deficiência de Guimarães. Esta faz parte do Núcleo de Inclusão e, como já tem vários contactos de pessoas com deficiência, esta indicou sete possíveis participantes, sendo fornecido o Facebook de cada possível participante. Conseguiu-se entrar em contacto com poucas destas pessoas: várias não visualizaram a mensagem e uma pessoa disse não ter interesse em participar.

Algumas participantes foram recrutadas por amostragem de bola de neve, à medida que era perguntado às participantes se conheciam mais alguém que tivesse disponibilidade e interesse em participar na investigação. Ao longo do tempo, outros contactos foram sendo fornecidos por participantes e houve mais um contacto bem-sucedido conseguido pela pesquisadora através de conversas com outras pessoas. Dependendo do tipo de contacto fornecido, estas foram abordadas pelas redes sociais Facebook, Instagram, WhatsApp, e por email. O email ou mensagem para as pessoas convidadas para participar no estudo expunha as informações e objetivos gerais da investigação e em anexo foram de imediato fornecidas a Folha Informativa (Anexo B) e o Consentimento Informado (Anexo C). As pessoas que foram recomendadas por via de outras foram informadas que o seu contacto foi conseguido por intermédio dessa mesma pessoa.

Foi enviado email ou mensagem a 14 pessoas, 10 dessas através de redes sociais em que duas forneceram-me o seu número de telemóvel, duas por telefone (pois uma já conhecia pessoalmente e outra foi o contacto fornecido através de uma pessoa próxima), duas por email, sendo que a maioria da conversa desenvolvida com uma destas foi pela sua rede social. Dentro destas possíveis participantes, seis responderam positivamente, sendo que o objetivo inicial da investigação era ter no mínimo cinco participantes. A amostragem por conveniência obteve quatro participantes, sendo uma conhecida da pesquisadora, duas por indicação da Sofia Pires. As outras duas intervenientes foram indicações de participantes já entrevistadas e outro de uma conversa que se realizou com pessoas conhecidas.

3.1.4 Não participação

Em ambas as abordagens de recrutamento houve alguma dificuldade em encontrar participantes, seja pela falta de resposta ao email, por não visualizarem a mensagem no caso de redes sociais, ou por algumas pessoas não se sentirem confortáveis a falar do tema. No total das pessoas contactadas, oito não participaram na investigação. Das que foram contactadas por redes sociais, uma

agradeceu o convite, mas não teve interesse em participar e disse que o tema não lhe dizia muito; outra que tinha mostrado interesse inicialmente, mas depois deixou de responder; e as restantes não visualizaram a mensagem. Uma das contactadas por email também começou por mostrar disponibilidade, mas por fim deixou-se de obter retorno. Relativamente às pessoas de quem não consegui obter retorno, tentou-se escrever-lhes só mais uma vez mas, não querendo pressioná-las e para as manter à vontade, optou-se por finalizar ali a tentativa de contacto caso não tenha obtido mais respostas.

3.2 Coleta de dados

3.2.1 Métodos e materiais

Propôs-se utilizar métodos e técnicas que permitem que as participantes tenham controlo sobre a informação que partilham, sendo esta uma forma de dar-lhes voz. A coleta de dados compreende dois elementos principais, nomeadamente a partilha de um artefacto simbólico por parte de cada participante e uma entrevista semiestruturada. Antes da entrevista, foi pedido às participantes que trouxessem algum material, artefacto, ou objeto simbólico consigo, como fotografias, desenhos, textos, objetos, ou outros, relativos ao tema da sua sexualidade e afetividade. Esta técnica foi inspirada numa abordagem de investigação participativa chamada Photovoice, que consiste nos participantes tirarem fotografias que representem ou ilustrem a sua experiência em relação a um tópico específico (Rohleder et al., 2019). Defende-se que esta é uma forma de envolver as pessoas na investigação de forma participativa e empoderada. Devido ao tema de investigação desta dissertação ser íntimo, esperava-se que a partilha de um artefacto servisse como quebra-gelo, para pôr primeiro a participante a falar de algo que lhe é familiar e confortável como introdução ao tema. Para a investigadora, esperava-se que este elemento permitisse começar a perceber o nível de à vontade da participante com o assunto. Esta poderia também ser uma forma de estimular as participantes a pensar no que desejam neste contexto íntimo da sua sexualidade. Após a entrevista, este material permaneceu com a participante, sendo o seu principal propósito estimular a conversa inicial com a investigadora.

Desenvolveu-se um guião para uma entrevista semiestruturada, contendo perguntas-chave mas dando algum espaço para conversa mais informal. Os três tópicos principais abordados na entrevista foram baseados naqueles identificados por Dyer et al. (2015):

. **Significados e crenças em matéria de sexualidade**, que serviu para perceber que mitos e preconceitos existem à volta da vida sexual das pessoas com deficiências motoras, de que forma isso as influenciou, qual foi a informação que lhes foi fornecida, e se estas conotações sociais afetaram a sua vida ou o seu prazer;

. **Experiências de sexualidade**, que serviu para entender como é que a participante vive a sua vida sexual em termos daquilo que é importante para ela, seja sozinha ou acompanhada, se a deficiência alterou de alguma forma a sua sensibilidade e se isso interfere na prática sexual, se já usou brinquedos ou se as suas experiências mudaram com o tempo (pode-se pensar nos casos das pessoas com deficiência adquirida ou que o grau evolui com o tempo, mas também outros fatores que fizeram evoluir a sexualidade da participante);

. **Alterações necessárias**, no sentido de encorajar a participante a refletir sobre as suas experiências e perceber o que gostaria que tivesse sido diferente, que conselhos daria a uma jovem com uma condição similar à dela, quais são as esperanças que têm para o futuro das pessoas com deficiência motora, e que alterações acham necessárias tanto em termos sociais, individuais, e de produtos e/ou serviços.

No final da entrevista, foi perguntado às participantes se gostariam de acrescentar mais alguma coisa à conversa, e por último recolheram-se os dados demográficos e identificação das participantes incluindo o nome, idade, contacto, tipo de deficiência física, estado civil, e orientação sexual. O guião da entrevista utilizado neste trabalho de campo está disponível no (Anexo D). A primeira entrevista serviu de piloto, para perceber se teria de haver acertos no guião e se o intervalo de tempo estipulado estava adequado, sendo que depois desta fez-se pequenos ajustes. Com base na entrevista piloto, foi indicado às participantes que o tempo previsto das entrevistas seria de trinta minutos a uma hora.

3.2.2 Configuração da coleta de dados

Após a concordância em participar, foi agendado um dia e hora para cada entrevista. Apesar de se indicar preferência para que esta fosse realizada de forma presencial, permitiu-se alguma flexibilidade para acomodar as preferências e disponibilidade das participantes. O local foi escolhido por cada participante para que estivesse o mais confortável possível, sendo que o sítio escolhido não tivesse muito ruído e fosse adequado para conversar. Caso a participante quisesse, também foi

disponibilizada a possibilidade de fazer a entrevista no polo de Couros da Universidade do Minho em Guimarães, numa sala acessível onde foi assegurada a sua privacidade. Assim, a coleta de dados estava apta a ser adaptada às condições de mobilidade das participantes se necessário.

Foi adotada uma postura descontraída, em que ocorreu alguma conversa mesmo antes da entrevista. Ao iniciar a entrevista, entregou-se à participante o Consentimento Informado em papel para esta rever as informações e assinar a folha. A pesquisadora também lembrou o foco da entrevista e averiguou se a participante estava pronta a começar. Em nenhuma das entrevistas foi necessária a presença de alguém para ajudar a participante em termos de locomoção ou para conversar.

Em dois casos em que as participantes não estavam numa área geográfica próxima da pesquisadora e em que houve mesmo impossibilidade de se encontrarem pessoalmente, decidiu-se fazer a entrevista online. Uma dessas participantes já era pessoalmente conhecida pela investigadora, por isso não se tornou algo impessoal e ocorreu tudo de forma natural em ambas as conversas. Nestes casos, as participantes deram o seu consentimento oral à participação no estudo. Estava estimado que as entrevistas durassem de 30 minutos a 1 hora. No entanto, a entrevista que durou menos tempo demorou 25 minutos e a que durou mais foi 1 hora e 20 minutos.

3.2.3 Gravação de áudio e captação de fotografia

Todas as participantes foram lembradas no início da entrevista que o áudio desta iria ser gravado, ao que todas concordaram. Na primeira parte da entrevista, em que as participantes levaram um artefacto, foi também pedido o seu consentimento para fotografar o objeto; como o artefacto de uma das participantes era uma fotografia digital, esta enviou-me depois por email. Relativamente às duas entrevistas que ocorreram online, foi pedido às participantes se poderia gravar também o áudio dessas entrevistas. Ambas as entrevistas foram realizadas numa rede social da preferência de cada participante (Instagram e WhatsApp). Estas duas participantes foram as únicas que não trouxeram um artefacto para início de conversa.

3.3 Análise de dados

3.3.1 Transcrição

Para a transcrição das entrevistas foi essencialmente usada uma técnica, sendo que todas as entrevistas foram transcritas de forma literal, ou seja, palavra por palavra. Apesar de demorar algum tempo (cerca de 5 horas para transcrever uma entrevista de 1 hora), a pesquisadora achou preferível pois seria mais útil na fase da análise dos dados ter tudo escrito. Utilizou-se o guião da entrevista como base para transcrever as respostas das participantes relativas a cada pergunta. As perguntas foram sendo feitas em função da conversa e houve algumas que não foram perguntadas a certas participantes, pois ou já tinha dado a resposta noutra pergunta ou não fazia sentido no contexto com determinada participante. No entanto, houve outras perguntas que foram surgindo durante a conversa e as participantes que se sentiram mais à vontade até continuaram a conversa após as perguntas terem acabado. Estas pequenas nuances foram adaptadas à transcrição na base do guião. Nas quatro entrevistas em que as participantes trouxeram um artefacto simbólico, agregaram-se ao documento as fotografias desses mesmos artefactos. Não houve um retorno das transcrições às entrevistadas.

3.3.2 Método de análise

Estas entrevistas foram analisadas através de um diagrama de afinidades, que serve para ajudar a organizar as informações, feedback ou ideias contidas nas respostas de todas as participantes e agrupar estes resultados qualitativos por temáticas (Naylor, 2019). Os temas surgem de *insights* que surgem ao ler determinado excerto, de forma orgânica. Esta é um tipo de análise temática, que ajuda a organizar visualmente a informação, encontrando assim conexões e padrões (Naylor, 2019). Esta técnica interativa costuma ser bastante usada no processo de design centrado no utilizador e serve para posteriormente ajudar a perceber o que pode ser resolvido segundo a questão da investigação. Como informações qualitativas são mais complexas de analisar comparando com as quantitativas – que são tidas como mais objetivas – a análise dos dados envolveu três codificadoras. Isto assegurou que a análise fosse feita com o máximo de rigor possível, sendo que o papel de codificadores secundários coube às duas orientadoras desta dissertação.

Tradicionalmente este processo é feito em post-its de papel e colados à parede ou outra superfície. No entanto, considerou-se melhor utilizar uma ferramenta digital chamada Miro, pois assim não está vinculado a um local físico para trabalhar na análise, consegue-se fazer mudanças mais

facilmente (mudar post-its de sítio, colocar mais temas, mais post-its), tem um acesso e visualização mais fáceis (dá para ver como um todo e, com zoom, dá para ver bem a agregação de post-its em cada tema) e também é possível, se necessário, ter a participação de outras pessoas em sítios diferentes.

O processo da análise decorreu a par da coleta de dados, tendo sido iniciada após duas entrevistas. Após ler a transcrição das entrevistas, sublinhou-se as ideias explícitas nas respostas, e depois foram copiados esses excertos individualmente para post-its (virtuais), sendo que cada excerto representa uma ideia/informação. Isto foi feito com todas as respostas dadas pelas participantes. A partir daí começou-se a agrupar os post-its tematicamente. Alguns temas que surgiram nesta fase são: Atitude/Personalidade/Curiosidade, Estimulação/ Zonas erógenas/ Prazer, Significados/ Crenças - Tabus, Mitos e Preconceitos (Capacitismo), Educação/ Informação/ Influências, Objetos, Serviços, Localização/ Especificação. A Figura 34 mostra a distribuição inicial dos temas nesta fase (é meramente ilustrativa tal como a Figura 35 e Figura 36 o diagrama final encontra-se no Anexo E). Optou-se por colocar os post-its todos da mesma cor e identificar no canto inferior direito qual é a participante através do seu código.



FIGURA 34 - PRIMEIRA ETAPA DO DIAGRAMA DE AFINIDADES, CONCEBIDO NO MIRO

Depois de uma reunião com as orientadoras, decidiu-se ser ainda mais específico e minucioso na identificação dos temas. Verificou-se que cada tema tinha vários nomes que correspondiam a outros temas, o que em si revelava que havia mais ramificações em cada tema. Nesta fase seguinte já se adicionou os restantes excertos de todas as entrevistas. Daqui emergiram 51 temas ao todo (Figura 35).

conversa em torno deles, foram tratados como dados e estão consequentemente integrados nos devidos temas que a seguir se descrevem.

A análise por diagrama de afinidades resultou em 13 áreas temáticas, que foram agrupadas conforme correlações de proximidade temática e fios condutores em comum. O mapa temático final está representado na Figura 37. Os subtemas assinalados a cor de laranja são os que estavam definidos anteriormente e mencionados no guião da entrevista – temas estabelecidos à priori; os subtemas a cinzento são os indutivos, que foram emergindo naturalmente durante o processo de análise.

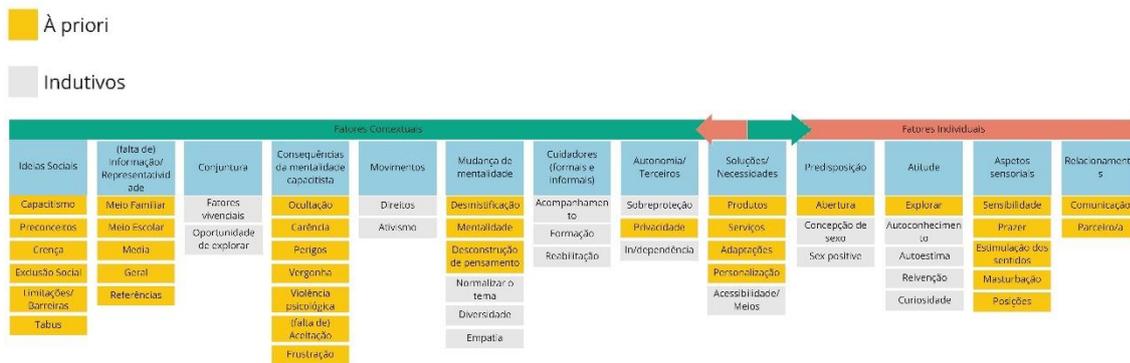


FIGURA 37 - MAPA TEMÁTICO RESULTANTE DA ANÁLISE ATRAVÉS DE DIAGRAMA DE AFINIDADES

Este diagrama está dividido em duas partes: de um lado, os Fatores Contextuais, que se referem a fatores sociais e maioritariamente exteriores ao indivíduo; do outro, os Fatores Individuais, que referem aos aspetos mais íntimos de cada pessoa, como os aspetos de personalidade, sensoriais, e físicos. Estes fatores culminam e cruzam-se na coluna dedicada a Soluções e Necessidades. Este tópico é o resultado e combinação daqueles dois tipos de fatores, que se influenciam mutuamente. No entanto, para haver uma melhor organização dos resultados, esse subtema encontra-se descrito aqui na secção referente a fatores contextuais.

3.4.1 Características das participantes

Para além de já se saber que as participantes são todas mulheres, existem outros dados que distinguem as participantes. As características das participantes com potencial interesse ao tema desta investigação estão sumariadas na Tabela 3. Para proteger a sua identidade, foi atribuído a cada participante um código simples alfa-numérico que é usado ao longo da dissertação.

TABELA 3 - DADOS GERAIS DAS PARTICIPANTES

	Idade	Tipo de deficiência motora	Estado Civil	Orientação Sexual
P1	27 anos	Lesão medular e amputação da perna direita	Numa relação	Heterossexual
P2	48 anos	Paraplegia	Solteira	Heterossexual
P3	22 anos	Osteogénese imperfeita	Solteira	Bissexual
P4	33 anos	Mielite transversa - paraplegia	Numa relação	Bi curiosa
P5	32 anos	Paralisia cerebral - tetra diplegia espástica	Numa relação	Bi curiosa
P6	42 anos	Paraplegia - lombar	Solteira	Bissexual

A idade das participantes variou dos 22 anos aos 48 anos. Todas tinham algum tipo de deficiência motora como paraplegia, paralisia cerebral, osteogénese e/ou amputação de um membro. Três participantes estavam numa relação heterossexual e as outras três estavam solteiras, mas referiram ser-lhes importante às vezes ter um parceiro ou parceira conforme a sua orientação sexual. Todas as participantes mostraram ter abertura para falar de si e apresentaram-se maioritariamente confiantes e resolvidas consigo mesmas à data das entrevistas. Estas mostraram entusiasmo em falar deste tema e gostaram do facto de terem um lugar onde têm voz. Todas mostraram ser muito independentes e prezam por isso, são mulheres ativas nas suas vidas e até na sociedade.

3.4.2 Fatores contextuais

3.4.2.1 Ideias Sociais

Alguns dos aspetos mencionados pelas participantes vão ao encontro da revisão da literatura realizada no capítulo anterior. Aqui tivemos várias confirmações das ideias preconcebidas pela sociedade sempre que a pessoa com deficiência é mencionada.

3.4.2.1.1 Preconceitos

Durante as entrevistas as participantes referiram mitos e preconceitos que foram mencionados acima no capítulo da revisão da literatura. Seleccionamos alguns excertos que traduzem ideias de que a pessoa com deficiência é infantilizada, incapaz, assexuada, não pensa em sexo, não é vista como atraente.

"Sexualidade e pessoa com deficiência motora quase que é uma coisa que não é compatível ou que não se interliga porque a sexualidade é assim todo um mundo de erotismo, sexualidade, sensualidade e tudo são características que não se associam a pessoas com deficiências motoras." (P1)

"...infelizmente nós em Portugal ainda temos muito essa questão de que as pessoas com deficiência não têm sexo, não têm companheiro/a, não têm sentimentos, somos vistos como coitadinhos..." (P2)

"É tipo, sendo uma pessoa que precisa de ajuda e é dependente de alguma forma, também é dependente na sua sexualidade e, portanto, não pode ter essas escolhas; e eu acho que isso é uma coisa muito presente na sociedade e vem muito da infantilização, da incapacidade que se projeta na pessoa com deficiência." (P4)

Percebemos que a própria pessoa com deficiência também pode ter ou já teve estes preconceitos sobre si mesma e, em certas alturas, também se limitou por este tipo de ideias sociais.

"Até eu própria fui preconceituosa comigo, no início, de achar que ninguém iria gostar de mim por andar numa cadeira de rodas..." (P2)

E este tipo de mentalidade não abrange só pessoas com um baixo nível de literacia. Mesmo pessoas formadas e com algum grau de conhecimento desconhecem aspetos deste tema e têm uma visão limitadora da pessoa com deficiência. São constatações da P2 quando afirma:

"...em escolas e universidades e até adultos que eu achei que por estar numa universidade a dar uma palestra motivacional que me fossem perguntadas certas coisas, não que eu tenha vergonha de responder, mas de eu pensar tipo estas pessoas estão quase formadas e têm esta mentalidade retrógrada, ou falta de conhecimento. Uma pessoa que está a acabar um curso a perguntar se posso ter namorado ou se posso ter uma vida sexual..." (P2)

Isto também pode estar relacionado, como afirma a P3, com o facto de as pessoas não atribuírem conotação sexual à pessoa com deficiência:

“Sinto que não há uma conotação, acho que é isso, a falta de conotação. Quando saio sinto que as pessoas não têm essa conotação referente a mim. Há toda uma friend zone instantânea.” (P3)

3.4.2.1.2 Tabus

As pessoas evitam falar sobre certos temas que maioritariamente das vezes são inerentes a toda gente. Na sociedade já é um tabu falar de sexualidade em geral, quando se fala da sexualidade da mulher e, como neste caso, uma mulher com deficiência a barreira mental ainda é maior.

"É um tabu e isto está muito ligado inevitavelmente à nossa sociedade muito religiosa e ainda um cunho que o sexo era só para procriação, era pecado fazeres sexo sozinha, masturbares-te, etc...". (P4)

"...a sexualidade é um tabu quanto mais nas pessoas com deficiência." (P1)

A P2 trouxe uma fotografia de uma sessão que fez justamente para quebrar o tabu da sexualidade da mulher com deficiência. Esta fotografia retrata o seu corpo e a sua identidade enquanto mulher sexuada, com sentimentos, desejo e que não pretende esconder porque é diferente. Sente que há muita ignorância quando se fala deste tema e que se deve abrir mentalidades e, por isso, acha importante a representatividade da pessoa com deficiência.



FIGURA 38 - ARTEFACTO DA P2

3.4.2.1.3 Crenças

Neste tópico referiram-se muito as crenças associadas ao sexo. Isto é, a sexualidade já é um tema de que muitas pessoas não falam abertamente e que tem ideias inerentes a esta como o facto de o sexo ser algo sujo e que o desejo sexual não deve ser expresso de forma aberta, muito menos por uma mulher. Então também se pensa que o sexo não é algo para uma pessoa que tenha uma deficiência, tenha um corpo “estranho” e que seja dependente. A P4 diz que muitas destas ideias advêm da mentalidade conservadora e religiosa que ainda existe, apesar que aos poucos as coisas vêm a mudar e as pessoas tendem a desvincular uma coisa da outra.

"... penso que a sexualidade acho que é uma coisa não é falada muito abertamente, ou seja, acho que muita gente tem medo, tem crença de que falar sobre sexo ou exprimir a sua sexualidade é uma coisa porca..." (P4)

3.4.2.1.4 Capacitismo

Este tópico é referido por todas as participantes que acham importante desconstruir a mentalidade capacitista da sociedade, porque limita a pessoa com deficiência direta e indiretamente.

Este tipo de mentalidade consegue perceber-se nas atitudes das pessoas sem deficiência para com as pessoas com deficiência, e também em algumas pessoas com deficiência que têm essas ideias sociais como reflexo de si próprio. Mas também se identifica em profissionais de saúde e de outras áreas que podem possibilitar soluções para estas pois, quando há um tema que não é falado e muitos acham que nem existe, não vai haver muitas pessoas que pensem em soluções para esses problemas.

"...nós temos que ultrapassar muitas barreiras, não só físicas, mas também emocionais e de mentalidade, muito grandes e isso é constante..." (P2)

3.4.2.1.5 Exclusão Social

Como já foi mencionado no capítulo da revisão da literatura as pessoas com deficiência eram uma parte da sociedade que se pretendia esconder e até ocultar. Eram vistas como “inúteis à sociedade” (P2) e, por isso, também eram pessoas a quem não se dava voz, sendo assim anuladas da sociedade.

Por haver este tipo de mentalidade enraizada existe uma exclusão social que acontece desde sempre e que se reflete também na vida sexual destas pessoas. Como muitas pessoas com deficiência motora não têm o mesmo acesso em vários aspetos da vida, acabam muitas vezes por não experienciar aquilo que desejam, acabam por ser pessoas carentes e isso gera muitos sentimentos que afetam a sua autoestima e a sua saúde. Isto também afeta a sua sexualidade, como atesta o testemunho da P5:

"...tive pessoas com deficiência a pedir-me se eu tinha relações com elas e aí cabe à nossa sensibilidade, por exemplo, eu percebi que eram pessoas carentes, que eram virgens, que nunca tinham experienciado, ou seja, não me estavam a pedir isso num lado abusivo. Não, é uma pessoa isolada do mundo, e quem diz uma, são várias." (P5)

3.4.2.1.6 Limitações/Barreiras

Dito isto, este grande grupo de pessoas têm de ultrapassar barreiras não só físicas como mentais e emocionais. Algumas participantes mencionaram que é "um caminho duro de ultrapassar, inclusivamente pelas crenças limitantes" (P2).

"Tive o meu acidente com 25 anos e hoje tenho 48. E na altura isso fez-me muita confusão de achar que eu não podia ter uma vida para além daquilo que os outros queriam que eu tivesse..." (P2)

3.4.2.2 (Falta de) Informação / Representatividade

Neste tópico reuniram-se elementos sobre a proveniência e/ou falta de informação. As fontes mais referidas foram a informação proveniente do meio familiar, do meio escolar e dos media. Este revelou ser também um dos temas de maior importância, juntamente com a representatividade - juntos são muitas vezes a base para a mudança de mentalidade e para que haja uma perspetiva mais real, atualizada e objetiva a realidade.

"...o que é que o núcleo familiar, escolar, social, que bagagem é que nos dá para termos arcaboço para responder a certas situações." (P5)

3.4.2.2.1 Meio Familiar

Quando referimos a informação proveniente do meio familiar há experiências diferentes, pois o núcleo familiar é muito íntimo e cada um funciona de forma muito específica apesar de poder haver semelhanças entre alguns. Então, por exemplo, a P1 referiu que às vezes houve algum constrangimento a falar de sexualidade com os pais, no entanto, eles sempre foram abordando o tema ao longo do seu crescimento, não tendo grandes tabus sobre o mesmo. As P2 e P3 também referiram que falavam abertamente do tema com a família e amigos. E a P4 relatou que falava muito pouco de sexualidade com a família, mas tinha uma grande proximidade com a mãe, o que para ela foi uma vantagem. No entanto, apesar de não se falar abertamente de sexualidade com a sua família disse que também nunca viu os seus pais a discriminar ninguém e que essa atitude serviu de exemplo.

"...eu nunca tive, à mesa de casa com os meus pais, conversas sobre isso, referências sobre isso. Agora, também nunca vi os meus pais a discriminarem ninguém baseado em nada. Portanto, acho que teve muito a ver com isso, com a atitude dos meus pais perante amigos que eu apresento, nunca senti nenhum tipo de discriminação e acho se refletiu em mim." (P4)

3.4.2.2.2 Meio Escolar

As participantes referiram que nas escolas já existem algumas aulas de educação sexual, mas é muito centrada nos métodos contraceptivos, nas doenças sexualmente transmissíveis e na gravidez. Aqui encontra-se uma necessidade de explorar outros temas dentro da sexualidade visto que o que é dado nas escolas é muito limitado e na maioria das vezes pouco informativo ou didático.

"Na escola a sexualidade abordada que supostamente nós deveríamos ter tido era só sobre doenças sexualmente transmissíveis e a importância de usar o preservativo por causa das doenças e das gravidezes, absolutamente mais nada..." (P1)

"Sempre falei abertamente a nível de escola havia essas temáticas, não tanto quanto eu acho que devia ser explorado..." (P5)

"O prazer não existe nas escolas." (P1)

3.4.2.2.3 Media

Outra das grandes fontes de informação são os media. As participantes disseram que a internet é uma grande fonte de informação e pesquisa. Se houvesse informação correta, de qualidade e de fácil acesso online já era um bom avanço no sentido de que atualmente quase toda gente usa a internet, por isso, seria uma grande fonte de informação.

"E a internet e tudo também ajudou..." (P6)

"E uma troca de informação fácil... até para encontrar informações sobre acessibilidade num avião é difícil. Ninguém se preocupa com essa troca de informação fácil disponível, um avião levar uma cadeira elétrica é a coisa mais complicada de sempre, as empresas não têm essa informação disponível e isso acontece em todas as áreas a falta de informação e disponibilidade." (P3)

3.4.2.2.4 Geral

Do conjunto dos dados notou-se uma necessidade de que a informação chegue mais facilmente e de forma mais orgânica, que seja algo que vai ficando intrinsecamente agregado às fontes de informação da população. Nem toda gente tem as condições todas reunidas em casa com a família para que seja adequado que esta informação seja só fornecida por essa via; tem de ser algo que tem de estar disponível para o maior número de pessoas possível.

"...informação, a mim, chegou muito pouca. Agora, sempre fui muito curiosa e muito atinada, ou seja, nunca fiz coisas que me pusessem em risco e isso é um bocado uma sorte. Acho que a informação tem que vir de outra forma." (P4)

Foram dadas algumas ideias de como é que a informação pode chegar e que tipo de conteúdo pode agregar. Entre outras, foi referido que poderia haver um kamasutra para pessoas com deficiência motora a explicar possíveis posições, poderia haver partilha de testemunhos online, pessoas a contar as suas histórias e como enfrentam o assunto da sexualidade na sua condição, perceber por exemplo como é que com determinada deficiência a pessoa pode concretizar o ato sexual e informar o que pode acontecer durante o processo de forma a tranquilizar as pessoas que estejam em dificuldade ou que tenham dúvidas sobre isso. Também foi referido que podia haver um livro a desmistificar as ideias preconcebidas, a informar mais sobre sexo seguro, e sobre outros temas relacionados, como a higiene, por exemplo.

"...à medida que fui ficando mais limitada fisicamente, às vezes acontece, fui tentar perceber o que existia a nível de conteúdos e informação sobre... e não há!" (P5)

Dito isto, é notório que vai existindo cada vez mais informação sobre sexualidade e produtos sexuais. No entanto, seja por que meio for, é perceptível que existe pouquíssima informação relativa à sexualidade da pessoa com deficiência motora e a soluções adequadas para estas.

"Provavelmente uma pessoa sem deficiência tem acesso a mais conteúdos, quem diz mais conteúdos diz mais posições..." (P5)

3.4.2.2.5 Referências

Revelou-se também a necessidade de haver referências pelas quais as pessoas se possam guiar ou inspirar. Estas referências servem para educar as crianças e adultos com deficiência para as aconselhar e dar um estímulo positivo. Aqui a representatividade também é muito importante: ver pessoas com deficiência a ocupar vários espaços na sociedade, a serem representadas nas diferentes áreas sociais e a realizar a sua vida normalmente. Estas referências são importantes no sentido das pessoas não se limitarem pelo que a sociedade lhes impõe - territórios que muitas vezes é delimitado por pessoas sem deficiência e que não têm contacto nenhum com pessoas com diversidade funcional.

3.4.2.3 Conjuntura

Estes subtemas não foram muitas vezes mencionados pelas participantes, mas referem algo que pode alterar aspetos relevantes na vida das pessoas. O contexto em que uma pessoa está inserida pode mudar completamente a vivência da pessoa sobre determinado assunto em determinadas condições.

3.4.2.3.1 Fatores Vivenciais

Quando aqui referimos fatores vivenciais referimo-nos, por exemplo, à idade, ao trabalho, aos filhos, a experiências do dia a dia que vão mudando ao longo da vida e a P1 refere que, alteram a forma como as pessoas vivem as suas experiências a todos os níveis e nomeadamente a sexualidade.

3.4.2.3.2 Oportunidade de Explorar

O facto de cada pessoa poder e conseguir explorar a sua sexualidade tanto tem a ver com estes fatores como com a oportunidade para tal.

Duas das participantes referiram o facto de estes fatores serem muito voláteis e ao mesmo tempo consideram-se com sorte pelo facto de terem tido a oportunidade e o mínimo de condições para explorar a sua sexualidade.

3.4.2.4 Consequências da mentalidade capacitista

A mentalidade maioritariamente capacitista da sociedade faz com que haja algumas consequências na vida das pessoas com deficiência e estes temas referidos a seguir são todos consequências negativas que podem afetar diretamente o seu estado psicológico.

3.4.2.4.1 Frustração

A P5 refere que o isolamento social e a infantilização da pessoa com deficiência pode levar à ausência de uma vida sexual que, por sua vez, pode gerar frustração. Este isolamento inibe estas pessoas a explorarem a sua sexualidade que é uma área essencial a ser explorada.

3.4.2.4.2 Carência

A P5 refere também que muitas vezes estas pessoas querem ter a oportunidade de conversar sobre as suas necessidades e poder explorá-las em segurança e têm várias barreiras sociais, físicas e psicológicas. E como há um núcleo de pessoas que acha que estas podem ser mais frágeis ou carentes, acham que vão ceder sempre a atos sexuais. Este é mais um exemplo de uma mentalidade capacitista que pensa que a pessoa com deficiência não tem opção de escolha e, por isso, dá-se como certo que vão aceitar qualquer acesso a pedidos sexuais.

3.4.2.4.3 Perigos

No entanto existe mesmo um núcleo de pessoas mais frágil e carente que pode levar-se por pessoas “com segundas intenções”.

"...esse isolamento e dependência de terceiros, muitas vezes cuidadores e depois faz com que a pessoa se refugie na internet e vá procurar o “perigo” ou então o perigo vai até ele." (P5)

E outro ponto referido foi o facto da P5 relatar que:

"Eu não sei se é verdade mas há pais que fazem a masturbação aos filhos, porque não têm outra forma de explorar e não sei o impacto que isto tem na vida das pessoas." (P5)

3.4.2.4.4 Meio Violência

Muitas pessoas com deficiência motora correm o risco de entrar em situações mais perigosas de abuso e violência psicológica e física. Isto é um ponto importante de ser falado e que dá, mais uma vez, ênfase ao facto de ser necessário haver educação sexual e haver acompanhamento.

"...há muitas crianças com deficiência que exatamente por essa falta de privacidade e por terem o seu corpo muito manipulado às vezes não percebem o que é que é o amor, o que é que é o abuso e isso é muito importante ser falado..." (P4)

A P4 refere também que é necessário também procurar meios alternativos de proteger as pessoas mais vulneráveis e que podem sofrer de abusos.

3.4.2.4.5 (falta de) Aceitação

A P6 fala muito da falta de aceitação essencialmente com o seu próprio corpo e que influenciava muitas outras áreas da sua vida. Como foi muita informação ao mesmo tempo e de uma condição que desconhecia, inicialmente não pensava em sexo e durante muito tempo o sexo para ela não existia. Nessa altura em que teve o acidente estava num relacionamento e passado dois anos falou com a sua parceira, pois achava que ela estava a perder a sua vida com ela. Então, refere que só conseguiu abrir-se sexualmente e sentir prazer depois que se aceitou na sua nova forma de ser e estar.

"...tenta se aceitar mais, não se ver como a sociedade vê, estou numa cadeira de rodas, mas continuo a ser uma mulher." (P6)

3.4.2.4.6 Ocultação

A falta de aceitação e o medo do que o outro vá pensar faz com que algumas pessoas tentem fazer uma ocultação da deficiência. Por exemplo, uma das participantes referiu ter usado aplicações de encontros e que algumas pessoas escondiam a sua deficiência nas fotos para conseguirem ter interações. No entanto, "...acaba por haver ali um quebra-gelo, um ghost e às vezes acontece por causa disso. Às vezes eu acho que não tem a ver em si com a deficiência, mas pelo facto de a pessoa já ter escondido, já ter mentido." (P1).

3.4.2.4.7 Vergonha

Neste subtema abordou-se o facto de certas coisas que acontecem durante o sexo serem normais ou não. É sempre uma pergunta muito frequente neste âmbito. E se a pessoa não estiver informada ou achar que determinada coisa não acontece com mais ninguém ou que é anormal vai inibir-se ou sentir vergonha.

"...no meu caso que tenho squirts¹¹, tinha muita vergonha, achava que eu não era normal, tenho espasmos e tenho isto." (P5)

3.4.2.5 Movimentos

Estes dois subtemas surgiram do facto de as participantes referirem os seus direitos e a luta que travam é diariamente para os defender. Estas são pessoas dinâmicas e ativas na defesa dos direitos das pessoas com deficiência e algumas têm um trabalho ativista em prol deste tema.

3.4.2.5.1 Direitos e Ativismo

Várias participantes referiram o facto de ser importante que a sociedade perceba que estas têm o mesmo direito de ter uma vida dita normal.

"...quebrei todas estas situações porque o meu sonho após o meu acidente foi lutar para ter uma vida normal e não deixo que ninguém me tire esse direito..." (P2).

E ter uma vida normal passa por ter uma vida sexual e afetiva, "...pessoas com deficiência são pessoas normais que conseguem ter relacionamentos, que têm direito à sua sexualidade, que podem

¹¹ A tradução literal para português é "esguicho", mas também há quem lhe chame "ejaculação feminina".

ter filhos, podem fazer tudo como qualquer outra pessoa..." (P1). Muitas vezes esta visão do que é ter um corpo normal ou não também afeta e deve-se ser consciência de que "...o teu corpo é bonito independentemente de não ser o padrão..." (P4) e que "podes ser o que tu quiseres, podes ser mãe, podes não ser se não quiseres, podes gostar de homens, podes gostar de mulheres se fores uma mulher, podes não gostar de ninguém... não te acredites quando muitas vezes te dizem que não tens o direito de ser amada ou que não tens o direito de escolher com quem vais estar, que não tens o direito de ter uma relação casual ou uma relação duradoura, tens o direito de escolher se queres estar com aquela pessoa ou não" (P4).

A mentalidade capacitista da sociedade faz com que muitas pessoas com deficiência sejam inibidas de experienciar a sua vida sexual como querem e de forma saudável e segura.

A P4 referiu que existe ainda, em muitos países como nomeadamente Portugal:

"...a esterilização forçada de mulheres com deficiência, para impedir mulheres com deficiência de ter filhos, única e exclusivamente porque acham que elas não são capazes de tomar consciência sobre as suas próprias decisões e isto não pode acontecer..."(P4).

Por estas e outras razões é importante haver um trabalho direccionado a defender os direitos das pessoas com deficiência e ser ativista nesse sentido. Algumas participantes mencionaram o facto de ser importante a pessoa com deficiência não esperar que outros lhe deem voz mas, as que podem, serem uma voz ativa na sociedade e mostrarem uma posição em representação do núcleo de pessoas com deficiência que não conseguem mostrar-se.

"Há um núcleo de pessoas com deficiência muito feliz, há outro que faz por ser feliz (acho que é o meu caso) e depois há um que está esquecido, que não tem voz, que não pode nem vitimizar-se por um lado nem fazer isto de uma bandeira onde as nossas necessidades são supridas." (P5).

3.4.2.6 Mudança de mentalidade

Este tema surge da necessidade que as participantes revelaram de que é indispensável refutar as ideias pré-concebidas e informar sobre temas associados à pessoa com deficiência.

3.4.2.6.1 Mentalidade

Quando nos referimos à mentalidade referimo-nos a ideias gerais, pessoais e quais são os efeitos que ambas têm e como se cruzam e influenciam. As ideias que mais parecem prevalecer são aquelas pelas quais a sociedade se guia pelo senso comum apesar de muitas delas serem falaciosas e desinformadas. São ideias que em geral, não são inclusivas. Segundo a P2:

"... se não tiveres uma mentalidade forte és anulado constantemente." (P2).

As mudanças na sociedade são sempre bastante demoradas e trabalhosas. Relativamente à sexualidade da mulher "...as pessoas são muito púdicas e apontam muito o dedo e criticam..." (P2), o que já afeta só por si as ideias sociais. Por outro lado, "...as famílias não sabem como agir e têm aqueles conceitos e pré-conceitos, tabus, medos, obsessão, proteção, é tudo junto porque eles não sabem como vão lidar." (P2).

3.4.2.6.2 Desconstrução de pensamento

Dito isto, encontra-se uma grande necessidade de haver uma desconstrução de pensamento e desmistificação de ideias pré-concebidas. Este processo é demorado, mas necessário para que haja menos exclusão social, e para que todos tenhamos as mesmas oportunidades e mais poder de escolha. Para haver estas escolhas também é necessário que haja mais soluções. Segundo a P1:

"...a partir do momento que tenhamos feito esta desconstrução o resto vem naturalmente e que acaba por haver mais produtos, acaba por haver mais serviços, brinquedos um bocado mais acessíveis e adaptados, que estimulem zonas erógenas diferentes, que permitem posições diferentes..." (P1).

3.4.2.6.3 Desmistificação

Esta desconstrução também passa por desmistificar, por exemplo, a ideia de que as pessoas com deficiência (não) têm uma vida sexual: "Na realidade, a sexualidade aplica-se a pessoas com deficiência motoras e pessoas com deficiências no geral, só não se aplica se elas não quiserem e isso acontece com qualquer pessoa." (P1); que algumas diferenças encontradas num corpo que é diferente não impede que se possa levar uma vida sexual saudável: "...é como fazeres amor com uma pessoa mais gorda, se calhar é um bocadinho mais difícil do que fazer com uma pessoa mais magra, não é por isso que tu deixas de fazer." (P5); haver mais à vontade para falar deste tema para que haja uma

certa normalização: "... nós temos que normalizar as coisas de maneira que este assunto não continue a ser tabu..." (P2); que os profissionais de saúde também tenham mais formação sobre o tema: "...gostava que fosse mudado era que se houvesse esta equipa multidisciplinar nos centros de reabilitação, hospitais, etc, eu acho que a mentalidade mudaria da mesma forma que estou a tentar mudar outra, que é a falar e passar conhecimento e desmistificar as coisas e falar de uma forma positiva e tirar os bichinhos da cabeça das pessoas." (P2); perceber que a pessoa com deficiência pode usufruir dos espaços e atividades sociais como qualquer outra pessoa: "...uma maior integridade, menos surpresa, que as pessoas se habituem à ideia de que esta pessoa tanto vai andar de comboio e de avião com uma cadeira enorme, mas vai fazer isso e vai trabalhar e entrar numa sexshop, por isso, ponham lá uma rampa também." (P3).

3.4.2.6.4 Normalizar o tema

Quanto mais se falar sobre o tema e quantos mais projetos houver, haverá também mais informação e aos poucos tornará este tema tabu em algo banal e comum.

"...urgência que há de se falar dessas temáticas, não só como educar as pessoas porque nós não somos coitadinhos..." (P5)

3.4.2.6.5 Diversidade

Para isto tem de haver um debate mais aprofundado sobre os temas da sexualidade e as pessoas com deficiências motoras. Este pretende ser empático e que sirva para que haja uma maior inclusão de todas as pessoas, ou seja, "...o objetivo é atingirmos esta diversidade" (P1) funcional.

3.4.2.6.6 Empatia

Para ilustrar a empatia para com a situação de muitas pessoas com deficiência, a P2 usou o exemplo dos vários confinamentos causados pela pandemia Covid 19.

"...foi um abre olhos para toda a sociedade e eu gostaria muito que as pessoas tivessem mudado um bocado, porque sentiram também o que é estar enclausurado, o que é estar fechado, o que é não ter uma vida..."(P2).

3.4.2.7 Cuidadores (formais e informais)

Neste ponto, quando nos referimos aos cuidadores estamos a atender tanto aos cuidadores formais - isto é, médicos, enfermeiros, profissionais relacionados com esta área – como também aos cuidadores informais - a família ou alguma pessoa próxima que tenha a função de auxiliar à vida diária da pessoa com deficiência motora.

3.4.2.7.1 Formação

Algumas participantes e principalmente a P2 referiram várias vezes a importância de haver profissionais com formação direcionada para estes temas, tanto para as pessoas com deficiência como suas famílias e cuidadores. Falta muitas vezes falar sobre como vai ser a vida sexual de uma pessoa que tenha adquirido uma deficiência ou dar algum tipo de educação sexual também direcionada a uma pessoa que nasça com deficiência.

"...passado 22 anos percebo que o medo inicial, faz parte. Não deveria, porque se as pessoas tivessem a formação necessária - tipo de ter terapeutas, médicos, psicólogos - uma equipa vasta que forme até mais as famílias do que a pessoa com deficiência, porque aí centra-se sempre o tratamento à pessoa com deficiência e esquece-se quem está ao redor." (P2)

Mesmo para as famílias e cuidadores é importante que os profissionais de saúde as tranquilizem de alguma forma e que lhes forneçam informação sobre o caso.

"...gostaria que houvesse mais formação inicial quando uma pessoa tem um acidente e nos hospitais haver apoio psicológico às famílias, de haver uma abordagem muito intensiva, quase como uma formação para que eles se tornassem pessoas e cuidadores com uma mente mais aberta, sem tantas restrições..." (P2)

"Isto começa num acidente em que vamos para o hospital e a família não é formada para lidar com uma pessoa e depois criam-se muitos mitos, bichinhos na cabeça, aquela proteção exagerada." (P2)

Refere também que existe uma grande discrepância entre os hospitais públicos e os privados e que teve sorte justamente por ter sido acompanhada num hospital privado. No entanto, defende-se aqui que todos os profissionais de saúde tivessem sensibilidade para este tema e que isto fosse incluído na sua formação.

3.4.2.7.2 Acompanhamento

Aqui refere-se a relevância que o acompanhamento tem durante uma fase de recuperação e mesmo durante todo processo em que a pessoa considere que precisa de ajuda. Quando os médicos têm esta formação inicial e têm sensibilidade para este tema preparam melhor os pacientes para as mudanças que podem vir a acontecer e também encorajam-nos para seguir a vida normalmente. O acompanhamento aqui é importante tanto no sentido da recuperação física como mental.

"O meu fisioterapeuta disse-me "nós estamos aqui para te apoiar, mas quem tem que fazer tudo és tu, tudo no sentido de teres vontade e de queres, somos um apoio, mas não vamos fazer por ti aquilo que não quiseres fazer". (P2)

3.4.2.7.3 Reabilitação

Inicialmente quando alguém adquire uma deficiência pode estar mais frágil fisicamente e emocionalmente. É na base da reabilitação que se começa a ensinar como a pessoa vai lidar com todas as mudanças e como ultrapassar possíveis barreiras. Foi referido também que a abertura dos médicos e enfermeiros facilita muito no processo de recuperação no sentido de os pacientes levarem a situação com mais leveza.

3.4.2.8 Autonomia/Terceiros

Este tema surgiu pelo facto de as participantes mencionarem a relação com as pessoas mais próximas delas e como lidam com a situação de serem uma pessoa com deficiência.

3.4.2.8.1 Superproteção

A superproteção é muito comum existir sobre pessoas com deficiência justamente por causa de ideias pré-concebidas como o facto de se achar que estas estão sempre mais vulneráveis, são infantilizadas e as famílias revelam terem receio muito devido a terem falta de informação sobre a questão. Esta superproteção acaba por limitar muitas vezes a vida destas pessoas e acabam por se deixar dominar pelo medo e desinformação.

"Inicialmente, foi uma luta mudar o chip dos meus pais. Achavam, por proteção, que iriam ser donos da minha vida, não no sentido negativo, mas a frase que mais ouvi e que mais me

estimulou a chegar onde cheguei hoje, a ser uma mulher independente, foi “não podes” ou “não vais conseguir”. É sempre isto que se diz às pessoas com deficiência que têm um acidente ou alguma incapacidade de nascença." (P2)

"...inicialmente, e eu senti isso na minha família quando tive o acidente, isso é verdade e tudo se constrói, acharam que eu era um bebé e tinha que ser tratada como tal e isso começou a fazer-me muita confusão, porque sou uma mulher feita." (P2)

"Alertar para a família não ser protetora demais, porque isso pode ser castrador." (P5)

3.4.2.8.2 Privacidade

Algumas das participantes referiram que raramente tiveram problemas com falta de privacidade, isto é, sempre conseguiram assegurar essa parte devido a serem bastante independentes. No entanto, mencionaram o facto disto ser um problema para muitas pessoas com deficiência que têm um grau de dependência muito grande. Por exemplo, a P5 referiu que quando tinha crises de ciática e estava num ponto em que não se conseguia mexer aí refere que não é uma questão de falta de privacidade ou não, mas uma questão de necessidade.

A P3 mencionou que "...no hospital foi tipo raparem-me para ajudar na limpeza e eu no meio de um quarto, mais três pessoas e tudo a acontecer em camas e as famílias delas lá." (P5). Isto é, o cuidado que têm com uma pessoa que está dependente desta forma é pouco no sentido de privacidade e principalmente no hospital em que é frequente e tem mesmo de se realizar estas tarefas.

Esta participante refere também que o senso de privacidade da sua mãe demorou algum tempo a desenvolver e a P2 diz que muitas vezes teve que batalhar para conquistar o seu espaço.

"Suponho que qualquer jovem prefira sair de casa dos pais e ter o seu espaço, mas isso ainda não se proporcionou, mas não é isso que impede principalmente quando estou num núcleo que me trata de igual para igual a nível de necessidades. Mas eu sei que no que toca a pessoas com deficiência nem sempre é assim." (P5)

Muitas vezes nem têm a possibilidade de morarem sozinhos e ter uma casa adaptada, um carro ou transportes públicos adaptados para conseguirem concretizar o seu dia a dia normalmente.

3.4.2.8.3 In/dependência

Como já foi referido no tópico anterior a deficiência destas participantes não fez com que estas dependam de outras pessoas para tratarem de si. No entanto, tiveram de reunir as condições necessárias como, por exemplo, ter um carro adaptado visto que é complicado para uma pessoa em cadeira de rodas andar em transportes públicos; isto fez com que a P2 estivesse mais dependente de outros para sair de casa.

Algo pertinente mencionado pela P4 é o facto de as pessoas com deficiência muitas vezes precisarem de ajuda a concretizar atividades da vida diária sendo de alguma forma dependentes, no entanto, estas devem ser autónomas nas suas decisões “e a sociedade não consegue destituir uma coisa da outra.” (P4).

A P2 referiu que na altura que estava no hospital e estava ainda muito dependente, passou por algo muito angustiante para si, como o “estarem lá a raparem-me os sovacos, a fazer-me a depilação e sentires-te um objeto, estares ali e não te poderes mexer “será que a minha vida vai ser isto?” (P2). Depois começou a recuperar e a fazer as tarefas sozinha.

“...agora que estamos a falar de sexualidade: a coisa que mais me custou quando estive acamada, e lá está, o corpo é sagrado e é tão nosso, ver pessoas que eu não conhecia de lado nenhum (sentia-me mais à vontade com mulheres vou ser sincera) era chegar uma equipa de quatro enfermeiros e estar a dar banho e virar e por creme. Aquilo era quase como se me sentisse um objeto, aquilo fez-me muita confusão e fez-me pensar muito...” (P2)

Uma preocupação comum é a individualidade e autodeterminação da pessoa com deficiência: o facto de poder sair sem ter de dizer a alguém para onde vai e, mais, ter a hipótese de escolha de ir e não ter que dizer “eu quero fazer sexo, leva-me”. Neste âmbito a P2 também referiu que conheceu uma mulher que anda em cadeira de rodas e que, para concretizar a sua vida sexual, tem de ter sempre alguém que pegue nela, que a ponha na cama e que seja praticamente um assistente.

3.4.2.9 Soluções/Necessidades

Muitas vezes as soluções advêm de necessidades percebidas e, por isso, quando algo não é mencionado ou explorado não haverá soluções para esse tipo de contexto.

3.4.2.9.1 Produtos

Todas as participantes disseram ter experimentado brinquedos sexuais pelo menos uma vez na vida. Pode ser coincidência mas neste grupo observa-se que as duas participantes mais velhas dizem não gostar de usar brinquedos e as restantes participantes mais novas dizem ser um bom complemento à relação sexual e principalmente na masturbação. Usam brinquedos sexuais com frequência e dizem que já compram estes produtos a pensar em algo prático e versátil.

Uma das participantes referiu que lhe tinham oferecido um estimulador de clitóris e na altura achou que não lhe ia dar utilidade, pois não tem sensibilidade nessa região. No entanto, depois de o experimentar, percebeu que o podia usar noutros sítios do corpo. Isto indica que os brinquedos podem ser usados de outra forma e que podia haver mais opções não tão centradas nos órgãos genitais, mas também na exploração do resto do corpo e de outras zonas erógenas.

"...antes não me lembro de usar com tanta frequência brinquedos sexuais, acho que não tinha essa abertura, porque, lá está, era tudo muito pénis, vagina, penetração, muito assim e hoje em dia uso muitos brinquedos sexuais, tenho muito sexo sem penetração, tenho sexo com penetração, acho que me reinventei muito (...) antes quando eu tinha a sensibilidade preservada não pensava nestas reinvenções..." (P4)

Outro fator referido foi o facto de este tipo de produtos muitas vezes ser caro e, por isso, nem toda a gente ter acesso a um leque diversificado de opções.

"Como aquilo é caro comprei-o com o meu namorado: eramos dois a pagar, na altura, eu e ele tínhamos curiosidade e acabamos por comprar um. Gostava de experimentar outros, mas são muito caros." (P3)

Outro problema apontado foi o facto de não conseguirem muitas vezes concretizar certas posições e haver a necessidade de recorrer a ajuda de algum produto para tal e que este seja adequado a uma pessoa com deficiência motora, que pode não se conseguir segurar totalmente ou ter total destreza motora. Referiram que, por exemplo:

"...um tetraplégico precisa de muito apoio tipo de objetos que permitam ter uma vida sexual ativa, de medicação que permita ter o estímulo sexual, de injeções que permitam ter a ereção, ou seja, há todo um portefólio de coisas, por exemplo, a nível de sexualidade, de lojas, de produtos sexuais que as pessoas queiram experimentar e usar, há tanta coisa a explorar." (P2).

3.4.2.9.2 Serviços

Depois há outra vertente na ajuda na realização das necessidades deste grupo de pessoas que consiste num serviço de assistência sexual. No entanto, estes serviços ainda não são legais em Portugal.

"... gostava muito que houvesse de forma legislada e regulamentada como já há em Espanha: a assistência sexual. No meu caso não preciso, mas há muita gente que precisa e é uma coisa que as pessoas confundem com prostituição..." (P4)

Esta é uma forma de certas pessoas terem uma vida sexual ativa e segura. Consideram que este serviço é justificado pela saúde sexual e que faz parte da vida de cada indivíduo e deveria ser vista como parte da saúde mental e da saúde física. Só usaria este serviço quem quer e precisa, porque às vezes determinadas deficiências impossibilitam que as pessoas mexam as mãos ou tenham outras incapacidades físicas e nem têm a possibilidade de se vestir e despir sozinhos. O facto de as pessoas com deficiência serem mais vulneráveis para ocorrer algum tipo de violência faz com que seja um fator a mais no sentido de se regularem serviços como os destes assistentes, devidamente formados.

"...terem em atenção porque ser um alvo fácil pode ser muito perigoso e é por isso que eu sou super a favor de assistentes sexuais, pagos mesmo se assim tiver que ser, com a devida formação, para devidas condições não partirem uma anca a alguém, para não assaltarem a casa de alguém, para a pessoa não ir na loucura de "ah sou virgem nunca fiz" e põe-se numa situação muito indelicada e de risco..." (P5)

Outros tipos de serviços referidos como estando em falta são, por exemplo, aulas para ensinar as próprias pessoas a funcionar com o próprio corpo, e que tipos de ajudas têm. Haver retiros, formações, palestras tanto para pessoas com deficiência como também para o conjunto de pessoas sem deficiência, família, amigos, entre outros, como refere a P5.

3.4.2.9.3 Personalização

Sendo cada caso muito específico pode ser necessário haver personalização tanto em produtos como em serviços. De facto, existe essa necessidade para determinados produtos serem acessíveis e adequados a determinadas pessoas. Mostraram a necessidade de haver uma customização, por exemplo, para pessoas com diferentes dimensões, com diferentes necessidades. Haver um serviço destes faz com que haja uma maior inclusão de pessoas diferentes.

3.4.2.9.4 Adaptações e Acessibilidade/meios

Este tópico serve para salientar que "...se criarem as adaptações necessárias toda gente pode ter uma vida perfeitamente normal." (P2). Todas as pessoas têm características diferentes logo podem precisar de soluções diferentes. Este mindset vai tornar-se mais simples quando as pessoas perceberem isso como uma coisa natural. Estas adaptações passam por algo mais físico como próteses e materiais de apoio ou, por exemplo, aspetos ambientais como acessibilidade nos edifícios.

"Eu acho que é muito fácil ser-se uma pessoa com deficiência feliz quando se tem acesso rápido e fácil a todos os utensílios, é mais difícil viver essa realidade a quem passa pelo processo de não ter isto. Quem fala disto, fala da vida sexual, porque provavelmente se tem dificuldade para isso também terá dificuldade para sair à rua, tomar café, sair com amigos e ter liberdade sexual." (P5)

"...condicionou-me algumas vezes eu gostar de alguém e não poder estar com a pessoa porque não tinha meio de transporte." (P2)

3.4.3 Fatores individuais

3.4.3.1 Predisposição

A palavra predisposição aqui significa a tendência e o interesse que as participantes têm neste tema da sexualidade.

3.4.3.1.1 Sex positive

Todas as participantes, tendo uma deficiência congénita ou adquirida, mostraram ser-lhes importante ter uma vida sexual e mostraram que é algo que faz parte de si e que efetivamente são seres sexuais e gostam de fazer sexo, acompanhadas e/ou sozinhas.

"Nós já reconhecemos a sexualidade e o prazer como uma coisa do dia a dia ao qual nós temos direito, é uma coisa importante..." (P1)

"...a sexualidade faz parte de mim e eu não pretendo escondê-la..." (P2)

"...sempre gostei de fazer sexo, sempre quis continuar a fazer sexo..." (P4)

3.4.3.1.2 Abertura

"A partir do momento em que uma pessoa tem desejo e tem vontade todos nós temos direito a fazer e cabe-nos a nós fazermos esse papel e colocarmo-nos nesse papel." (P1).

Com isto todas mostraram que têm abertura para tal, que elas próprias ultrapassaram certas ideias limitantes e que para concretizar uma vida sexual satisfatória tiveram que se predispor a isso. O facto de terem certos traços de personalidade influencia muito a atitude que a pessoa tem perante certas situações e como se deixa afetar por fatores internos e principalmente externos, ou seja, "... às vezes não tem a ver em si com a deficiência, mas sim com a nossa predisposição e a nossa personalidade." (P1). Esta predisposição inclui, por exemplo, tomar iniciativa de explorar a própria sexualidade, ter vontade de aprender e explorar tanto a nível de conhecimento da temática como a nível de experiências, não esperar que sejam sempre os outros a tomar iniciativa para haver alguma interação, não se fechar dentro de uma certa mentalidade, ir à procura de mais informação e falar de sexualidade de forma natural. Mas é necessário que isto seja um trabalho conjunto, mesmo das pessoas e comunidade sem deficiência porque "...a imagem sobre as pessoas com deficiência tem que mudar para que nós possamos falar da sexualidade de forma mais aberta." (P4).

3.4.3.1.3 Concepção de sexo

Outro ponto interessante é que muitas das participantes não se limitam à concepção de sexo heteronormativa e comum em que o principal foco são os genitais. Segundo algumas participantes esta visão ainda é muito comum porque ainda estamos inseridos num sistema machista em que o sexo tem de ter penetração e finaliza na ejaculação do homem. A P4 tem uma perspetiva do antes e depois de adquirir a deficiência e considera que a concepção de sexo dela mudou. Refere que hoje em dia o sexo está completamente desvinculado da penetração, apesar de também fazer sexo com penetração, sendo hoje algo "mais corporal e muito mais inteira".

"O sexo oral é sexo, não é um preliminar para depois haver uma penetração e eu antes acho que pensava muito assim e hoje em dia de todo que penso assim." (P4)

"...também faço sexo sem penetração, faço sexo única e exclusivamente muitas vezes com preliminares, as pessoas chamam preliminares, mas não são preliminares nenhuns, são sexo já." (P4)

O facto de as suas sensações e zonas erógenas mudarem fez com que explorasse mais e percebesse que existem outras formas de ter prazer e atingir o orgasmo.

"...eu também leio muito sobre isso de o orgasmo ser um mecanismo cerebral e de pessoas em sexo tântrico que às vezes não se tocam e atingem o orgasmo e eu nunca tinha conseguido perceber isso antes." (P4)

3.4.3.2 Atitude

Este tema refere-se a tópicos que têm mais a ver com o indivíduo, tem a ver com aspetos mais individuais, íntimos e que também estão muito relacionados com a personalidade das participantes. Aqui podemos ver quais são as aprendizagens que retiraram do processo de lidar com o facto de serem pessoas com deficiência e que fazem sexo.

3.4.3.2.1 Autoestima

As participantes em geral mostraram ser mulheres resolvidas com todas as suas diferenças, tanto sozinhas como com parceiros/as. Durante a sua vida trabalharam para ser independentes, têm orgulho do seu corpo e não o pretendem esconder. Em geral consideram-se mulheres sexualmente "atraentes e sensuais" (P1). A P6 referiu até que tem uma autoestima mais alta depois de todo o processo que passou até chegar a este ponto e mesmo melhor do que antes de adquirir a deficiência, pois teve de trabalhar essa área e focar mais nesse processo.

3.4.3.2.2 Reinvenção

A P4 trouxe consigo um sugador de clitóris. Com a deficiência que adquiriu aos 27 anos perdeu bastante sensibilidade no clitóris, por isso, explorou como o podia usar de outras formas. Neste momento estimula-se de outras formas que nunca tinha pensado antes quando tinha a sensibilidade preservada, como por exemplo, usar o este brinquedo no peito, pois esta zona ficou supersensível depois da lesão. Este objeto faz esta participante refletir como a sua vida sexual foi reinventada e como experiência esta área da sua vida de uma forma mais completa e melhor.



FIGURA 39 - ARTEFACTO DA P4

Apesar de haver participantes a referir que não passaram propriamente por uma fase de revolta, a maioria das participantes referiram que foi um processo doloroso. Mas perceberam esta experiência como uma oportunidade de se reinventar: "... acho que trazer este brinquedo faz-me refletir muito como a minha vida sexual foi reinventada e como eu a experiencio de uma forma muito mais completa e melhor hoje do que quando tinha a sensibilidade preservada ou quando não tinha a lesão." (P4).

Depois de terem passado por aceitarem todo o processo do que é ser uma mulher com deficiência "...foi como se tivesse renascido outra vez..." (P2).

3.4.3.2.3 Explorar

Este tópico revela muito a personalidade e a atitude das participantes, pois estas tiveram interesse em explorar mais a sua sexualidade de forma a estarem realizadas com a sua vida sexual. Esta necessidade e vontade de explorar é algo que é importante na vida destas pessoas.

"...há muita coisa a explorar numa relação sexual." (P2)

"...sempre me obriguei também a me conhecer neste novo corpo em que as sensações não são iguais." (P4)

"...o que eu escolhi foi explorar até porque acho que isso ajuda muito no bem-estar físico, mental e emocional e isso ser uma prioridade para mim..." (P5)

Começaram a explorar áreas diferentes do corpo: "Exploro muitas áreas do corpo que não explorava antes..." (P4); experimentaram mais brinquedos sexuais: "...é tudo uma questão de ir vendo aquilo que vou descobrindo de mim mesma e ir-me adaptando a isso, em função da oferta." (P1); continuaram a fazer atividades que ativem o corpo e a mente: "...a desporto também ativa muito,

dizem que isso ajuda muito e para mim ajudou muito principalmente a dança porque eu movimento muitas partes do corpo, acho que isso me ajudou, senti-me mais viva ainda, mais desejada, isso abriu-me mais a mente e sou capaz de fazer muitas mais coisas que não imaginava que podia fazer depois do acidente, que eu poderia fazer novamente." (P6) ou "...assim como a fisioterapia é algo que me faz muito bem... eu por exemplo explorar o tantra para mim é algo que me faz sentir bem..." (P5).

Também foi referido o facto que nesta procura teve de ser muito por conta própria, pois não existe muito conteúdo na internet e maioritariamente das vezes não se pode esperar por informação vinda do núcleo familiar, pois estes também não estão informados sobre o tema.

3.4.3.2.4 Autoconhecimento

A exploração resulta num autoconhecimento em que é "...importante sabermos o que nós gostamos e o que nos dá prazer." (P1). Este é útil, estejam sozinhas ou acompanhadas visto que depois é mais fácil dizer à outra pessoa como o seu corpo funciona e quais são os seus limites. Isto também pode originar uma descoberta de saber que também conseguem ter uma relação dita normal e adaptarem o registo à sua condição funcional e gostarem de se verem ao espelho com todas as suas características.

O autoconhecimento também serve para saber o que explorar a nível de produtos. Por exemplo, a P1 mencionou que a partir do momento em que sabe que não tem tanta sensibilidade no clitóris e não lhe dá tanto prazer já não vai investir em brinquedos que estimulem essa área, mas sim o resto.

Este autoconhecimento não é só a nível físico, mas também em termos sociais e psicológicos no sentido da aceitação. A P3 trouxe uma fita que uma amiga lhe deu quando foi a uma marcha LGBTQI+ em 2017/18. Foi nesta altura que ela percebeu que também gostava de mulheres.



FIGURA 40 - ARTEFACTO DA P3

3.4.3.2.5 Curiosidade

Este tópico foi mencionado pelo facto de a personalidade das participantes ser propensa a explorar e a ter interesse no tema. A P4 referiu isto mesmo, o facto da curiosidade dela lhe influenciar muito e ser um grande traço na sua personalidade.

3.4.3.3 Aspectos sensoriais

O tema referente aos aspetos sensoriais é alusivo à exploração dos sentidos físicos, mas também da estimulação mental e emocional.

3.4.3.3.1 Sensibilidade

É considerado que muitas vezes é importante conhecer cada caso, cada deficiência, cada condição e se a deficiência é congénita ou em que altura da vida a adquiriu para perceber se houve um antes e depois relativamente a vivências e neste caso a experiências sexuais. Neste sentido, fazemos de seguida uma descrição/ caracterização das participantes neste estudo.

A P1 adquiriu a deficiência aos dois anos e anda em cadeira de rodas. Por isso, não se conhece como ser sexual antes da deficiência. Tem menos sensibilidade em algumas zonas do corpo como por exemplo nos pés, mas sexualmente não sabe se de facto tem alguma diferença que provém da deficiência como o facto de não sentir tanto o clitóris. Como foi uma lesão adquirida muito cedo, a zona das pernas não se desenvolveu como era suposto. Mas relata não ter problema em chegar ao orgasmo principalmente com estimulação interna e na zona mamária.

A P2 adquiriu a deficiência aos 25 anos e a partir daí também começou a usar cadeira de rodas. Como a lesão foi incompleta a área mais afetada em termos de falta de sensibilidade foi do joelho para baixo. Por isso, fisicamente nunca sentiu dificuldade a obter prazer seja nos órgãos genitais ou no resto do corpo.

A P3 nasceu com osteogénese imperfeita que é uma doença que prejudica o crescimento dos ossos. No último procedimento cirúrgico que fez à coluna e quando há uma lesão há um corte grande nas costas, ou seja, há uma perda de sensibilidade especialmente nessa zona. Para além de haver certas zonas nas costas que não sente, há uma faixa na parte da frente, na zona do peito, que não sente. Refere que sente bem o resto do corpo, mas tem de ter cuidado visto que tem algumas fragilidades físicas e o facto de ser pequena e não ter crescido muito, influencia um bocado as suas experiências sexuais.

A P4 adquiriu a deficiência aos 27 anos. Por isso, consegue ter uma boa perceção do antes e depois da sua vida em todos os aspetos, nomeadamente das suas experiências de sexualidade. Com a lesão perdeu muita sensibilidade da cintura para baixo, não sentindo quase nada - só alguma pressão. A estimulação dos genitais deixou de ser prioridade, mas ganhou hipersensibilidade na zona mamária e passou a explorar mais o resto do corpo.

A P5 nasceu com paralisia cerebral, por isso, não se conhece de outra forma. Esta deficiência faz com que tenha espasmos e às vezes tenha crises maiores de dores e limitação motora, por isso, anda quase sempre em cadeira de rodas, mas às vezes também anda de muletas. Diz que sente tudo na perfeição, que às vezes pode ter menos destreza motora, ter receio de magoar o parceiro devido aos espasmos. Quando tem crises fortes pode ter dor, mas o orgasmo também revela ser um processo de alívio quando não está numa situação completamente incapacitante.

A P6 adquiriu a deficiência aos 28 anos. Teve muita dificuldade a abrir-se sexualmente durante os primeiros anos até porque deixou de ter sensibilidade em algumas zonas. No início, quando tentava concretizar alguma relação sexual disse que se sentia um “boneco”. Só começou a ganhar a sensibilidade ao longo do tempo apesar de referir que não é como antes. A zona das pernas e glúteos foram as mais afetadas, no entanto, também referiu ganhar mais sensibilidade no peito. Para além disso também sente que a zona das virilhas está mais sensível.

Dito isto, é necessário perceber que uma pessoa com deficiência pode ter dores e que há cuidados a ter, no entanto, essa consciência não impede que se concretize o ato sexual. É preciso

perceber também que as pessoas que perdem a sensibilidade nos genitais podem ter outras formas de estimulação. A título de exemplo usamos a frase de P5:

"...o sexo muitas vezes não passa pela penetração. Há pessoas que têm paralisias e tetra paralisias e que podem estimular as orelhas." (P5).

3.4.3.3.2 Prazer

A P1 trouxe consigo o seu vibrador preferido. De todas as opções que pode experimentar é o que lhe dá mais prazer por ser de estimulação mais interna e o que considera mais versátil. Não sabe se o facto de não ter tanta sensibilidade no clitóris se deve à sua deficiência ou não visto que a adquiriu aos dois anos. Mas não descarta a hipótese das suas zonas erógenas tenham mudado devido à sua deficiência, ou seja, por não ter tanta sensibilidade no clitóris ganhou mais sensibilidade no ponto G e no peito.



FIGURA 41 - ARTEFACTO DA P1

Alguns aspetos mudaram no prazer destas participantes quando há um antes e depois da deficiência e a maioria referiu que explorar o corpo todo é algo importante para perceberem o que lhes dá prazer e que novas formas têm de o proporcionar. Este prazer é muitas vezes obtido acompanhadas e referem que é algo que gostam de partilhar independentemente da sua condição física. Algumas participantes referem que agora o orgasmo por vezes não é tão físico, mas algo mais mental e, por isso, também é importante o companheiro/a, é algo que as estimula muito e todo o ambiente que se concretiza, é muito importante a estimulação de todos os sentidos.

No entanto, por exemplo, a P1 diz que mesmo antes de ter um parceiro já tinha alguns brinquedos para explorar o seu prazer sozinha.

A P6 refere que anda em cadeira de rodas há 15 anos e nos primeiros sete anos não sentia prazer o que a direcionou a reinventar-se tal como a P4 alude várias vezes.

"...eu consegui reinventar isso, ou seja, por exemplo o orgasmo que eu atinjo não é igual ao que era. Antes era um orgasmo mais físico, tremia, hoje em dia é muito mais mental, ou seja, eu atinjo ali um platô de prazer..." (P4)

3.4.3.3 Masturbação

Relativamente à masturbação houve opiniões muito distintas. Há participantes que sempre tiveram e têm isso como um hábito de autossatisfação e autoconhecimento e que até usam mais os brinquedos sexuais na masturbação:

"...mesmo antes de estar com um parceiro já tinha alguns brinquedos porque prazer pessoal acima de tudo." (P1)

"...eu tirei o curso de tantra então entramos no lugar do auto prazer em que não há propriamente a necessidade de um parceiro, tem a ver com o teu bem-estar físico e emocional, por uma questão de merecimento..." (P5)

E, por exemplo, para a participante que perdeu grande parte da sensibilidade nos órgãos genitais refere que:

"Uma coisa que a deficiência me trouxe foi que, como eu não sinto da forma como sentia antes, não tenho por hábito masturbar-me, por exemplo, é uma coisa que não me dá prazer como dava antes." (P4)

Não podemos aferir se é coincidência mas observamos que as duas participantes mais velhas são as que não têm o hábito da masturbação quando as participantes mais novas o consideram essencial.

3.4.3.3.4 Estimulação dos sentidos

Este subtema resulta da necessidade de dar ênfase ao tópico da estimulação de vários sentidos e não só estimulação genital. Como a sensibilidade de várias participantes se alterou, sentiram mais necessidade de explorar outras partes do corpo e outro tipo de sensações e aqui importa "a visão, o toque, o cheiro, os barulhos, tudo isso parece que sinto muito mais que antes." (P4).

3.4.3.3.5 Posições

Aqui as participantes referiram o facto de lhes ser difícil concretizar algumas posições pelas possíveis limitações físicas que têm. A P5 referiu que "...há posições que não dá..." (P5), no entanto, sentiu-se aqui a necessidade de poder haver algum material de apoio.

Outro aspeto é o facto de esta mudança de posições estimular mais, por exemplo, "o eu estar de costas para a pessoa estimula-me imenso" (P4).

3.4.3.4 Relacionamentos

Nos relacionamentos mencionamos principalmente os/as parceiros/as sexuais das participantes, mas também na parte da comunicação, mencionam-se amigos e família.

3.4.3.4.1 Parceiro/a

Muitas participantes referiram a importância do parceiro/a na sua vida sexual. Como muitas vezes disfrutam mais a sua vida sexual com o seu namorado/a e que lhes estimula muito mais estarem com alguém e trabalhar todos os sentidos em conjunto.

"...diria que no nosso prazer o meu parceiro hoje em dia tem um papel fundamental, por exemplo, eu estar solteira é uma coisa que me passa um bocado ao lado, hoje em dia vivencio muito a relação sexual, mas é com alguém e não tanto sozinha como antes se calhar fazia."
(P4)

Pode também haver muita descoberta conjunta com os parceiros, como refere P1:

"... deixarmos também o outro parceiro fazer algumas coisas, porque algumas coisas podem não resultar connosco sozinhas e com o parceiro até pode resultar porque é outro toque que não estamos à espera e até nos pode dar prazer." (P1)

3.4.3.4.2 Comunicação

Existe uma grande importância dada à comunicação com os parceiros ou parceiras e que têm um papel fundamental no seu bem-estar sexual. Primeiro, foi mencionado que as pessoas podem não conhecer os limites físicos daquela pessoa, o que é que a deficiência pode influenciar e até que ponto

podem ir. Dizem ser-lhes importante a conexão e conversar sobre o que gostam ou não, como refere a P5:

"...com uma conversa se calhar o que para aquela pessoa pode ser acrescido ou pode magoar até nem é, ou seja, limitações, crenças limitantes. Isso resolve-se a experienciar e a falar." (P5)

Mas a P1 também refere como a comunicação também serve para desconstruir alguma crença limitante ou alguma ideia errada que possam ter.

"...muito provavelmente a pessoa não vai saber aquilo que nós gostamos ou não, o que nos dá prazer ou não, o que conseguimos fazer até porque também há uma parte física em que há muitas coisas que podemos não conseguir fazer e é importante tranquilizarmos a pessoa nesse sentido." (P1)

Mesmo com família, amigos e outras pessoas e mulheres com deficiência são abertas e comunicam de forma a partilhar as suas experiências e acabam por aprender uns com os outros. Acreditam que a partir da comunicação também há muita desconstrução de pensamento e que as coisas se tornam mais simples, porque muitas vezes a maior barreira é psicológica. E isto abrange a deficiência e a sexualidade como temas juntos ou separados.

4. DESENVOLVIMENTO DO CONCEITO

Depois da fase do trabalho de campo e da análise dos dados pretende-se neste capítulo desenvolver um conceito de um produto que atenda aos requisitos deste público-alvo. As informações fornecidas pela revisão da literatura e principalmente as entrevistas forneceram bastantes dados relativos a soluções em falta quando nos referimos à sexualidade da pessoa com deficiência, em particular ao grupo feminino. Primeiramente e de forma informal, foram surgindo algumas ideias de soluções que poderiam ser concretizadas. Estas agrupam-se em dois tipos: materiais (produtos) e as imateriais (informação e comunicação).

As do primeiro grupo referem-se a objetos e complementos de equipamento ou espaços facilitadores de atividades sexuais, como por exemplo:

. Almofadas específicas para pessoas com deficiências motoras conseguirem concretizar várias posições em segurança;

- . Brinquedos sexuais que permitem estimular várias partes do corpo;
- . DIY de como podem os próprios utilizadores podem adaptar ou incluir objetos que tenham em casa para, por exemplo, facilitar posições na relação sexual;
- . Personalização de produtos;
- . Espaço desenhado de forma inclusiva e acessível (género motel);
- . Mobiliário sexual personalizado;

As ideias do segundo grupo pretendiam atender necessidades relacionadas com o acesso a informação e estimular a comunicação como, por exemplo:. Jogo de cartas para iniciação de conversa sobre o tema;

- . Kamasutra com ideias de posições para pessoas com deficiências motoras;
- . Dicas e testemunhos de como outras pessoas com deficiência motora vivem a sua sexualidade;

A partir daqui houve uma seleção de algumas destas ideias para a realização de uma proposta conceptual.

4.1 Conceito

O conceito foi desenvolvido a pensar nas capacidades das utilizadoras, tal como referido na secção 2.3.2.

As participantes reportaram alterações de sensibilidade no corpo, acarretando a necessidade de estimular e explorar várias partes do corpo para além dos genitais. Percebeu-se aqui uma oportunidade, já que, como se pode constatar na revisão da literatura (secção 2.3.3.1) a maioria dos brinquedos sexuais existentes destina-se à estimulação genital. Nesse sentido e com base nos testemunhos das participantes, pretendeu-se criar um brinquedo sexual desenhado a pensar na exploração de outros pontos do corpo. As partes do corpo mais mencionadas foram as orelhas, o pescoço e essencialmente o peito, local onde algumas participantes referiram ter quase uma hipersensibilização. As costas, nádegas e coxas também foram mencionadas.

Czapla & Otrębski (2014) afirmaram que a resposta sexual de uma pessoa com deficiência motora pode ser mais variável e adaptativa às suas necessidades e circunstâncias, comparando com as pessoas sem deficiência, e que podem igualmente envolver-se em vários laços sexuais e focarem-se mais em descobrir diferentes áreas erógenas do corpo a fim de alcançar o prazer (Czapla & Otrębski, 2014). Assim, o objetivo é projetar um produto que atenda à diversidade destas necessidades de exploração da sexualidade deste grupo de pessoas.

Depois de entender os vários pontos referidos pela revisão da literatura e pela análise dos dados das entrevistas com as participantes percebeu-se que independentemente da existência de produtos físicos é necessário que estes agreguem informação. Revelou-se a necessidade de haver informação específica sobre como a deficiência tem impacto na sua saúde e vida sexual, ou, por exemplo, como uma lesão pode ter impacto na utilização dos produtos, para obter prazer e satisfação pessoal.

4.1.1 BodyExplore – Kit de exploração do corpo

A proposta que emergiu deste trabalho é um kit chamado “BodyExplore”. A base deste kit foi a vontade das participantes explorarem todo o seu corpo.

"O prazer pode dar-se em qualquer parte do corpo..." (P2)

E esta informação levou-nos a pensar em formas de brinquedos sexuais que pudessem ser usados no resto do corpo, de forma a criar uma experiência mais inteira e diversa ao utilizador final. Este kit pretende incentivar a exploração de várias zonas erógenas, várias sensibilidades e prazer. É dedicado a mulheres com deficiência, que não sabem bem o que comprar em termos de produtos sexuais e pretendem explorar as diferentes sensações. O kit é constituído por três peças com características diferentes, para proporcionar sensações e experiências diversificadas (Figura 42). Todas as peças partiram do desenho base de uma esfera para que houvesse uma maior adaptação ergonómica à mão.



FIGURA 42 - BODYEXPLORE: ILUSTRAÇÃO DOS TRÊS MODELOS CONCRETUAIAS

Em primeiro lugar, foi projetado o conceito de um brinquedo de sucção, em silicone macio (Figura 43). Este possui abas adaptáveis à mão ou dedos para maior conforto e segurança. Estas abas também são essencialmente indicadas para quem não tem muita destreza motora nas mãos ou para evitar o cansaço. Podem ser retiradas caso a utilizadora assim pretenda. Este sugador tem vários níveis de intensidade, é à prova de água e é recarregável. Costuma ser usado no clitóris, mas também pode ser usado nos mamilos, por exemplo.



FIGURA 43 - MODELO DO BRINQUEDO DE SUCCÃO

Depois, desenvolveu-se o conceito do brinquedo de vibração também feito de silicone macio (Figura 44) e também possui abas adaptáveis à mão ou aos dedos conforme o tamanho da mão e a preferência. Este como que imita as pontas dos dedos e tem um design que também abraça pequenas partes do corpo como os mamilos, virilhas ou orelhas. Tem vários níveis e modos de vibração, é à prova de água e é recarregável.



FIGURA 44 - MODELO DO BRINQUEDO DE VIBRAÇÃO

Por último, o brinquedo de temperaturas, feito de vidro hipoalergénico, não poroso e seguro para o corpo (Figura 45). O metal ou rocha também são exemplos de outros materiais que se poderia usar aqui. Estes são materiais bom condutores de temperatura, ou seja, poderão ser aquecidos (ex: em água quente ou no microondas) ou gelados (ex: em água fria ou no frigorífico) conforme a preferência da utilizadora. Como é um material não poroso é de fácil limpeza. Este possui saliências na esfera maior para que proporcione mais estímulos ao friccionar ou massajar. Agrega uma pequena esfera menor para se segurar melhor à mão ou para outras funções que a utilizadora desejar. Este pode ser usado para explorar, por exemplo, a parte interior das coxas, nádegas, costas ou pescoço.

É sempre aconselhável utilizar lubrificante à base de água com este tipo de brinquedos sexuais para uma experiência melhor, mais segura e é o mais compatível com os materiais dos brinquedos de silicone.



FIGURA 45 - MODELO DE TEMPERATURAS (QUENTE OU FRIO) DE VIDRO, METAL OU ROCHA

Estas peças foram projetadas a pensar em mulheres com deficiência motora, no entanto, contém um design inclusivo, permitindo alargar o seu uso a um grupo mais generalizado. Podem ser usados pelas pessoas quer estejam sozinhas ou acompanhadas. Na Figura 46 e na Figura 47 ilustram-se alguns modos de utilização dos brinquedos sexuais.

O design destas peças é um exemplo que poderia progredir em conjunto com novas fases de investigação e testes de utilização (informações a seguir).

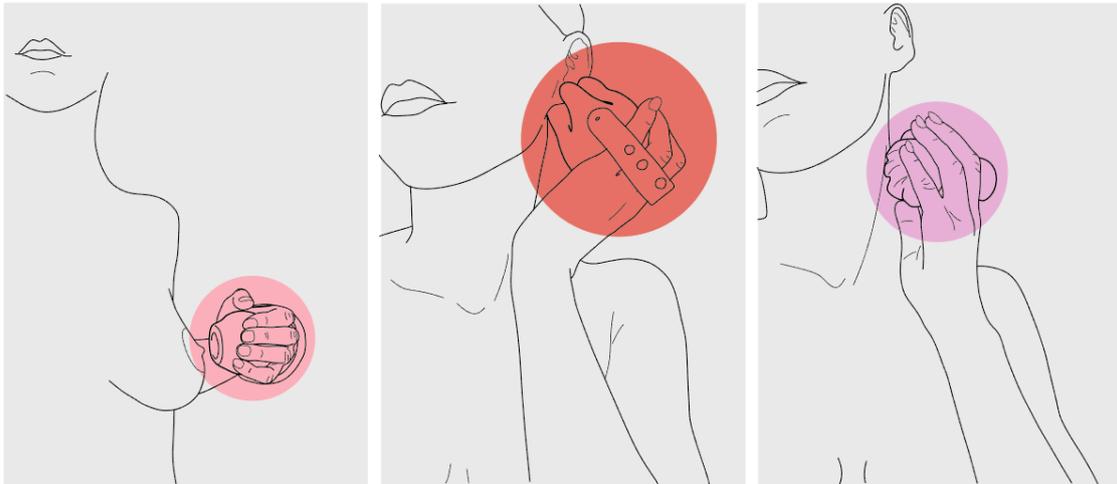


FIGURA 46 - ALGUNS MODOS DE UTILIZAÇÃO DOS BRINQUEDOS SEXUAIS BODYEXPLORE

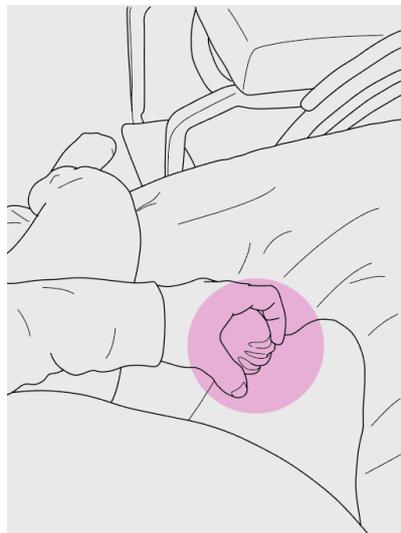


FIGURA 47 - ALGUNS MODOS DE UTILIZAÇÃO DOS BRINQUEDOS SEXUAIS

Embalagem e acesso a informação complementar:

Estas três peças seriam colocadas numa única embalagem, constituindo um Kit como foi referido anteriormente (Figura 48). Esta embalagem contém um encaixe de espuma para acomodar as

peças de forma segura. Esta espuma tem o recorte do perímetro dos brinquedos e tem duas zonas onde se poderá inserir os dedos para conseguir os retirar mais facilmente da caixa. A embalagem contém um QR Code que dará acesso a um site.

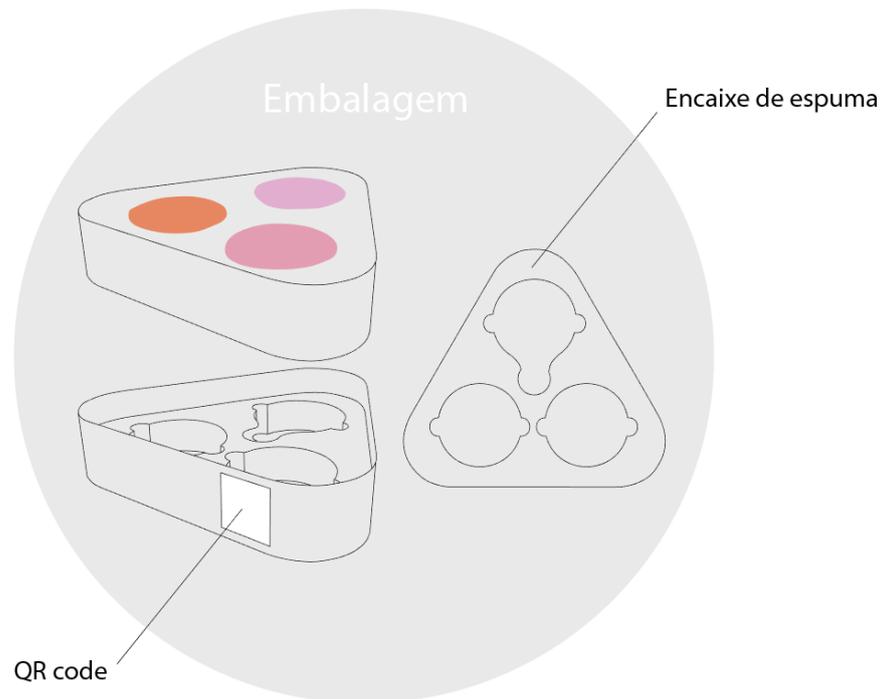


FIGURA 48 - CONCEITO DE UMA POSSÍVEL EMBALAGEM PARA O KIT

Informação e serviços associados ao Kit BodyExplore (site):

Na proposta preconiza-se a criação de um site que, além das instruções de utilização de utilização do Kit, forneça informação específica e atualizada relativa à sexualidade das pessoas com deficiências motoras. Neste site pretende-se expor assuntos relacionados com os vários temas e barreiras identificadas no trabalho de campo. Entre outros poderiam conter:

- . Testemunhos de pessoas com deficiência (experiência sexual, histórias dentro do tema, ...);
- . Informação organizada por tipo de deficiência (Paraplegia, Tetraplegia, Amputação, Deformação dos membros, Ostomia, Paralisia Cerebral, Nanismo, Osteogénese imperfeita, ...);
- . Informações de como determinada deficiência ou lesão pode afetar a vida sexual de alguém;
- . Dicas de como podem resolver problemas práticos com que se deparam nesse contexto;
- . Uma aplicação (chat) que promova a interação direta entre pessoas com deficiência ou pessoas dentro deste contexto que possam contribuir e partilhar as suas experiências;

Além desta informação, também se pensou em associar a este site: Um serviço de co-design para promover uma melhoria constante do design dos produtos;. Um serviço dedicado à personalização adaptada a cada pessoa;

A personalização para um caso específico pode resultar, por exemplo para o caso de uma pessoa que tem só uma mão e devido a isso não conseguiria ajustar a aba de forma simples ou até independente. Neste caso poderia dar-se a solução de mudar para uma aba magnética, como um íman. Este tipo de solução flexível e abrangente poderá promover o acesso destes produtos a um maior grupo de pessoas.

No conjunto esta proposta vai ao encontro de alguns dos principais requisitos e necessidades identificadas no trabalho de campo. Esta é uma das formas que o Design pode contribuir na vida sexual de mulheres com deficiências motoras, sendo que, a informação que germinaria do serviço seria também útil para ambos os sexos.

5. DISCUSSÃO

Neste capítulo será abordada a discussão dos resultados do trabalho de campo e do conceito desenvolvido no capítulo anterior, em conjunto com os objetivos traçados para esta investigação. Esta discussão confronta os resultados deste trabalho empírico e de design com informações relevantes coletadas na revisão da literatura.

5.1 Tabus e preconceitos relativos às pessoas com deficiência

Muitos pontos mencionados na literatura foram também mencionados pelas participantes nas entrevistas. Todas referiram ter sentido algum tipo de julgamento por serem pessoas com deficiência e quando se falou da vida sexual seguiu o mesmo caminho. O facto de todas usarem cadeira de rodas ou terem um corpo considerado fora do padrão gera a sensação de que a partir daí são rotuladas constantemente como incapazes, como está descrito por Marchesan e Carpenedo (2021); ou que a sua vida é uma tragédia, conforme o modelo de caridade da deficiência (Berghs, 2020). Na realidade, uma das maiores barreiras é mental. Como estas ideias já vêm muito enraizadas, a pessoa com deficiência é automaticamente pensada como dependente, logo não tem voz e não tem autonomia nas

suas escolhas de vida. Como a P4 refere, é perceptível que não há a distinção entre estes dois conceitos na sociedade:

"...mesmo pessoas com deficiência que precisam de ajuda e são de alguma forma dependentes, elas devem ser autônomas. Elas podem ter que ter ajuda para fazer as atividades da vida diária, mas elas podem ser autônomas na sua decisão e a sociedade não consegue destituir uma coisa da outra." (P4)

Então, para muitas pessoas, a sexualidade de uma pessoa com deficiência motora nem é uma questão (Dağlı et al., 2020) como confirma a P2: "...a conotação sexual que a sociedade dá às pessoas com deficiência é zero, porque na cabeça delas nem existe." A infantilidade associada a este grupo também provém deste tipo de raciocínio e, por isso, quando as pessoas com deficiência conseguem fazer a sua vida normalmente são rotuladas de "guerreiros" (Berghs, 2020).

Apesar de ser uma coisa com que lidam habitualmente, as participantes mostraram-se descontentes com este tipo de mentalidade e com o facto de as pessoas ainda fazerem perguntas como "...se eu posso ter filhos, se tenho namorado, se tenho uma vida afetiva." (P2), e "você sente alguma coisa, você sente prazer, como você faz sexo, para mim é um absurdo a forma que eles nos veem." (P6). No entanto, a P6 referiu que ela própria chegou a ter uma mentalidade capacitista: "Até eu própria fui preconceituosa comigo no início, de achar que ninguém iria gostar de mim por andar numa cadeira de rodas..." (P6). É provável que quase todas as pessoas chegam a ter algum tipo de ideia capacitista, tanto pela ignorância sobre o tema ou, como podemos perceber nesta investigação, quando se tem a experiência de perto começa-se a pensar mais sobre estas questões. Um exemplo disto que foi referido pela P1 que, na aplicação de encontros Tinder, percebeu que havia pessoas que escondiam a sua deficiência. Mas aqui também podemos supor que pode haver uma baixa autoestima como refere Sakari (2020) ou receio de que as outras pessoas não a achem atraente (Maia & Ribeiro, 2010).

Algumas mas não todas as participantes disseram passar pela fase da revolta. Por exemplo, a P4 referiu que nunca se deixou afetar por certas abordagens ou ideias, mas a P2 refere que "... se não tiveres uma mentalidade forte és anulado constantemente.". E aqui é relevante perceber que nem todas as pessoas com deficiência têm as mesmas oportunidades, ou muitas delas estão em situações onde não têm a possibilidade de ser ouvidas. Um ponto importante que não foi encontrado na literatura e que foi referido essencialmente pela P5 é o tipo de perigos que surgem com pessoas que estão frustradas por não conseguirem explorar a sua sexualidade e têm falta de autoestima por muitos dos

aspectos mencionados acima. Isto pode levar algumas pessoas com deficiência a consequências negativas por estarem psicologicamente frágeis ou vulneráveis, e pelo facto que não conseguirem ter soluções adequadas às suas necessidades, potencialmente levando-as a ceder a perigos relacionados com violência psicológica ou física.

Estas seis mulheres entrevistadas deparam-se constantemente com preconceitos e a maioria chegou a ser afetada por estas ideias. No entanto, agora são mulheres que se aceitam e gostam de si. Os tabus relativos à sexualidade, principalmente das mulheres, ainda é um problema social. Uma vez que a diversidade de afetos e formas de expressão sexual é tão grande, é praticamente impossível referirmo-nos com justa causa a este grupo específico de pessoas como assexuadas ou como não merecedoras de ter uma vida amorosa.

5.2 Experiências e necessidades sexuais

Ao contrário dos mitos existentes sobre a pessoa com deficiência não ter interesse em sexo (Maia & Ribeiro, 2010), aqui revela-se justamente o contrário. Todas as participantes revelaram gostar de sexo e terem interesse em envolverem-se em laços amorosos. Na revisão da literatura identificaram-se alguns dos pontos confirmados pelas participantes relativos a necessidades sexuais como, por exemplo:

. Haver uma maior atenção por parte dos profissionais de saúde (Rohleder et al., 2018), para pensarem em conjunto com a pessoa com deficiência como se procederá a vida sexual, se têm dúvidas, por exemplo, depois de adquirirem uma deficiência. Na recuperação é essencial que haja acompanhamento, como refere a P2: "...estive na ortopedia ou algo do género e senti muita falta de formação nesse aspeto...", no entanto, "...tive a sorte de ter uma ótima médica fisiatra que me pôs num centro de reabilitação, e aqui senti uma abertura do médico, das enfermeiras, e facilitou porque eu não passei pela aquela fase de revolta." (P2);

. Haver mais referências de mulheres com deficiência para anular a ideia de que um corpo "disforme" e "não funcional" não lhes permitem ter uma vida sexual ou até ter filhos (Maia & Ribeiro, 2010). Como a P4 aconselha: "...procura referências, procura outras mulheres com deficiência, fala com elas, não te limites ao que uma pessoa sem deficiência que não percebe necessariamente da tua realidade te diz". Aliás, foi referido pela maioria das participantes que a educação sexual que lhes foi dada foi limitada. E o tema da sexualidade é tão complexo e inclui tantos outros temas além dos

métodos contraceptivos como, por exemplo, o prazer, o consentimento, a orientação sexual, ou até mesmo a aceitação do próprio corpo. É necessário abordar isto principalmente nas escolas, que são um ambiente seguro para as crianças e adolescentes aprenderem estas informações;

. As participantes desta pesquisa consideram não ser sexualmente dependentes, mas referiram ser necessário um serviço de assistência sexual para as pessoas que não têm de facto acesso ao seu corpo por condicionantes físicas. É um serviço que ainda não está legalmente disponibilizado em Portugal, pois para além de ser um tema que se fala pouco e que envolve muitos tabus, também há muitas questões éticas a esclarecer (Sakairi, 2020). A P4 refere que ainda existe quem confunda assistência sexual e prostituição, sendo que a assistência sexual seria um serviço médico e realizado por pessoas devidamente formadas. Também foi mencionado num dos exemplo por Sakari (2020) que esta assistência pode ser também uma forma de dar dicas de sexualidade para cada caso em específico e não só o dito “apoio à masturbação”. Mesmo no artigo escrito por Sakari (2020) refere que as mulheres ficam sempre um bocado fora da equação, por haver um julgamento maior e por haver ainda muito desconhecimento sobre a sexualidade feminina. As necessidades sexuais tendem a ser desvalorizadas e, como é referido por Pinho et al. (2020), há de facto uma procura de gratificação sexual, necessidade de toque, de exploração de várias vertentes dentro da sexualidade. A P5 refere um ponto importante de segurança neste aspeto:

"... atenção porque ser um alvo fácil pode ser muito perigoso e é por isso que eu sou super a favor de assistentes sexuais, pagos mesmo se assim tiver que ser, com a devida formação, para devidas condições – não partirem uma anca a alguém, para não assaltarem a casa de alguém, para a pessoa não ir na loucura de ‘ah sou virgem nunca fiz’ e põe-se numa situação muito indelicada e de risco..." (P5)

Nesta pesquisa também quis-se ter uma interação mais próxima com as participantes, de modo a perceber bem o que sentem e ter informações pormenorizadas. Contrariamente a ideias existentes sobre pessoas com deficiência serem assexuadas (Anderson & Kitchin, 2000) e até desinteressadas em sexo (Maia & Ribeiro, 2010), as participantes neste estudo não tiveram problemas em falar sobre a sua vida sexual, acharam ótimo o facto de alguém amplificar a sua voz, e acharam importante esta intervenção na pesquisa de modo a haver uma aproximação maior às suas necessidades específicas. Aqui realça-se a importância de envolver diretamente o público-alvo na investigação para a identificação de oportunidades de Design, sendo que este oferece boas

ferramentas como as filosofias de Design Inclusivo (Preiser, 2011), o Ability-Based Design (Wobbrock et al., 2018) e processos como o Design Centrado no Utilizador (ISO 9241-210, 2019).

Houve pormenores relevantes que as participantes forneceram e que foram dos que mais informaram o desenvolvimento do conceito, ou seja, a sensibilidade e o prazer. O artigo de Pereira et al. (2018) refere que pode existir uma sensibilidade reduzida, uma alteração do prazer sexual ou do orgasmo. Mas aspetos mais minuciosos não são especificados na literatura, como que partes do corpo podem sofrer mudança de sensibilidade de uma pessoa que tem determinada deficiência, ou se de facto têm sempre esta mudança de sensibilidade, e se esta se altera com o tempo. Algo interessante neste âmbito referido pelas P1, P4 e P6 foi que pode ocorrer uma hipersensibilidade no peito. A P4 tem melhor esta perceção, pois adquiriu a deficiência aos 27 anos e tem noção mesmo que perdeu sensibilidade nos genitais e que, conseqüentemente, o peito ficou muito mais sensível. Também foi relatado pela P6, que também adquiriu a deficiência depois de adulta, que a sua sensibilidade foi alterando com o tempo num sentido positivo. A P3 referiu algumas “faixas” do corpo que não sente, mas tem a sensibilidade genital preservada.

A alteração do tipo de orgasmo também foi uma menção interessante, no sentido de perceber o que agora faz a participante chegar lá. A P4 e P6, que foram as que relataram a maior perda de sensibilidade nos genitais, sentem que o orgasmo atualmente é mais mental, apesar de também terem as sensações físicas que ajudam a lá chegar.

Outro ponto a discutir é a necessidade destas pessoas se autossatisfazerem, apesar de duas participantes mencionarem que a masturbação não é algo importante para si. Ao mesmo tempo, valorizaram muito o sexo com os parceiros/as e é algo que ambicionam não só pelo sexo, mas pelo companheirismo ou até para a construção de uma família. Isto é interessante, porque a P2 disse usar mais brinquedos sexuais quando está sozinha e a P4 refere que acaba por utilizar mais com o parceiro. Estas nuances e pormenores não só evidenciam a diversidade de necessidades dentro de um grupo tão frequentemente tratado como homogéneo, como apontam para oportunidades de trabalho em Design. O conceito desenvolvido atende intencionalmente a esta ambiguidade e versatilidade de utilizações.

5.3 Oportunidades de Design

Esta dissertação defende que a sexualidade é uma área de Design com muitas oportunidades. Na revisão da literatura percebeu-se que, ao longo da história, a humanidade tem se preocupado em satisfazer a sua procura pelo prazer através da criação de artefactos sexuais como o dildo, que para além de ter uma função material teve também uma função espiritual (Kuroski, 2018). Toda a história de como surgiu o vibrador (Norman, 2016) chega a ser caricata, mas é a representação de que mesmo com sociedades fechadas sexualmente as pessoas acabam por encontrar alguma forma para se satisfazerem.

A pirâmide das necessidades de Maslow (Maslow, 1943) também demonstra que a sexualidade engloba vários patamares de necessidades, onde o Design pode procurar responder ou promover esses vários níveis. Refletindo no Kit conceptual aqui apresentado, podemos perceber que tanto engloba o sexo como necessidade fisiológica – prazer fisiológico segundo Jordan (Jordan, 2000) – como também algo mais holístico, englobando o afeto e a intimidade com outras pessoas. O facto de ter estas necessidades satisfeitas também pode atender às necessidades no nível da autoestima (Czapla & Otrębski, 2014). No entanto, se falarmos de pessoas que têm deficiências mais evidentes ou extremas, há um vazio no mercado de soluções para estas, ou seja, muitas não chegam sequer a ter as necessidades fisiológicas satisfeitas, o que pode causar diversos tipos de danos psicológicos.

Jordan (Jordan, 2000) também refere que há uma combinação entre os valores das pessoas e dos produtos – o prazer ideológico. É essencial melhorar a qualidade de vida das pessoas de forma que os produtos também tenham um valor simbólico, no sentido de amplificar voz a pessoas que normalmente não são ouvidas. Para além disto, os princípios elencados por Hekkert (2006) oferecem ferramentas para criar produtos prazerosos de utilizar. Como Jordan (1999) defende, fornecer prazer por via de utilização de produtos pode ser uma forte ligação entre o designer e o utilizador.

Para haver uma mudança de mentalidade, que porventura irá mudar aos poucos este panorama geral, é essencial haver educação sexual e "...que haja mais informação sobre a sexualidade da pessoa com deficiência." (P4). Aqui, o Design pode contribuir para haver uma comunicação maior entre várias áreas de referência direccionadas a este tema e divulgar informação agregada aos seus produtos, tal como explorado na proposta de conceito no Capítulo 4. As participantes também referiram que a internet é um ótimo meio para se procurar informação e este acesso a informação rápido tem vindo a proporcionar melhorias, como a página ativista Anathema (2021).

Falta “representatividade” (P2) para que se mude a percepção do que é um corpo “normal e/ou atraente” e se abranja um leque maior de características diferentes. E também para desmistificar a ideia de que as pessoas com deficiência são inúteis e não têm um lugar na sociedade, que é maioritariamente dominada por pessoas sem deficiência que não têm sensibilidade ou conhecimento de causa. O Design Inclusivo promove a prática da representatividade de forma fundamental ao tentar abranger o maior número de pessoas nos resultados das suas soluções (Loughborough University, 2020), mas também durante o seu processo. Aqui é importante que haja uma caracterização das pessoas “fora do padrão” para que tenham maior visibilidade como, por exemplo, aparecerem em publicidades ou nos modos de utilização dos produtos, para também haver uma normalização destes aspetos a longo prazo. Onde a informação e a representatividade se cruzam é, por exemplo, na realização de um Kamasutra para pessoas com deficiências motoras. P4 diz “procura referências, procura outras mulheres com deficiência, fala com elas, não te limites ao que uma pessoa sem deficiência que não percebe necessariamente da tua realidade te diz.” Nesta investigação fizemos justamente isso, falamos com elas. É ao falar com os futuros utilizadores que nos aproximamos mais da sua realidade vivida. No Design Inclusivo e no Design Centrado no Humano (ISO 9241-210, 2019) fomenta-se estas aproximações entre o designer e o utilizador, aqui feito através entrevistas semiestruturadas e partilha de artefactos. No entanto, existem outras ferramentas úteis, como workshops ou simulações (Loughborough University, 2020). O design também pode contribuir para que haja mais comunicação entre os utilizadores, como se ambicionou no conceito de site proposto no Capítulo 4. Além de fornecer informação específica, o Kit BodyExplore também tem a proposta de um chat para as pessoas falarem entre si e partilharem as suas experiências.

Como foi mencionado na revisão da literatura, o modelo de deficiência regente neste momento entende que a pessoa com deficiência é limitada pelas barreiras que a rodeiam (Berghs, 2020). Este sentimento foi ecoado pelas participantes desta investigação, destacando-se aqui duas citações emblemáticas: "...se criarem as adaptações necessárias toda gente pode ter uma vida perfeitamente normal." (P2) e "Até porque todos nós às vezes temos de nos adaptarmos ao ambiente, todos nós temos características diferentes e precisamos de coisas diferentes e é só percebermos isso como sendo mais uma coisa natural." (P1). Este facto requer que haja adaptações arquitetónicas, mas também de produtos e serviços. Para isto, podemos guiar-nos pelos princípios do Ability-Based Design (Wobbrock et al., 2018): o designer deve adotar uma posição em que se concentra no que o utilizador consegue fazer, tentando mudar os sistemas e não as pessoas. Ou nas palavras de P4: "Como já dizia alguém 'fix the system don't fix me'."

As informações mais específicas dadas pelas participantes como, por exemplo, o tema da sensibilidade referido acima, são essenciais para o desenvolvimento de soluções apropriadas e desejáveis. Estas soluções podem também ser formas de encorajar e motivar outras mulheres a explorarem o seu corpo, a entrarem também nesta viagem de autodescoberta e reinvenção. Isto foi explorado no desenvolvimento do Kit BodyExplore. Adicionalmente, esta pode ser uma forma de ganharem mais abertura a nível sexual, a falarem mais sobre o que gostam, mas também sentirem-se mais à vontade para expor problemas relacionados. O facto de algumas participantes referirem a hipersensibilidade mamária é um dado interessante, a ser explorado tal como outras partes do corpo que lhes dão prazer e normalmente não são realçadas. O Design abre oportunidades para as pessoas contribuírem no desenvolvimento de soluções já existentes, aplicando a sua experiência e conhecimento em processos participativos. Por exemplo, um serviço que reunisse feedback de utilizadores de modo a fazer um upgrade aos produtos já existentes, permitindo também a sua personalização para casos específicos, como defendido no Ability-Based Design (Wobbrock et al., 2018). Esta foi uma ideia avançada no Kit BodyExplore.

Tendo em conta a revisão da literatura e os resultados do trabalho de campo, de facto percebe-se que há muito trabalho a fazer para promover a sexualidade de mulheres com deficiência de forma apropriada e desejável. Aqui, o Design pode ter um papel importante e pioneiro em termos de inovação social.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

6.1 Conclusões

A sexualidade das mulheres com deficiência é um tema ainda pouco explorado, mas cada vez mais emergente. Com a revisão da literatura percebeu-se a abrangência e complexidade desta temática resultando uma noção mais clara de que ainda há muitos pontos a serem discutidos e tratados, entre outros, no âmbito do design. Pensando na mulher com deficiência, identificou-se uma carência de soluções adequadas em produtos materiais e também em serviços que auxiliem no “acesso ao corpo”, como a assistência sexual. Por outro lado, também se identificaram necessidades de serviços e informação específica relativamente à sexualidade da pessoa com deficiência. De modo geral percebeu-se a importância da promoção de melhor educação sexual para todos, verificando-se que a existente tem uma abordagem demasiado superficial e incompleta - estas questões deveriam ser incluídas e abordadas para toda a gente.

A evolução nos modelos da deficiência já traduz alguma mudança de mentalidades, mas é necessário haver mudanças práticas. Neste contexto sabemos que o Design tem um papel importante a cumprir. A envolvimento de áreas como Design Inclusivo, o Design centrado no utilizador, ou o Design Centrado nas Habilidades promovem ferramentas para conseguir suprir estes requisitos.

A investigação que decorreu nesta dissertação de mestrado colocou-nos muito mais perto de outras realidades e com uma consciência muito mais ampliada acerca desta temática, enquanto pessoa e essencialmente enquanto designer. Para prosseguirmos com uma proposta, seria indispensável a participação das mulheres que se disponibilizaram a participar nesta pesquisa, tanto pela informação valiosa que nos forneceram como pela importância que este tipo de projeto tem no sentido de dar voz a este grupo de pessoas e assim ir combatendo as adversidades e barreiras que enfrentam constantemente. Para mim, enquanto designer fez todo sentido depois de reunir a parte de informação teórica, fazer o exercício de projetar pelo menos uma solução das várias soluções em falta.

Este trabalho também pretende ser um incentivo a desenvolvimentos futuros na área do Design - para que profissionais desta área tenham uma maior atenção a estas questões. Como já foi referido, estamos a projetar para todos e, quem sabe, um dia podemos precisar destas soluções.

6.2 Cumprimento de objetivos

O objetivo geral no desenvolvimento deste trabalho foi perceber as necessidades de mulheres com deficiências motoras relativamente à sua sexualidade, com vista a explorar modos como o Design pode intervir nesta área, de forma apropriada, desejável, e em prol dos seus direitos sexuais. Apesar de haver ainda muito mais a fazer, consideramos que este objetivo foi cumprido e que pode certamente ser uma base para outros trabalhos futuros.

A baixo argumenta-se quanto ao cumprimento dos objetivos específicos deste trabalho:

Perceber eventuais tabus e preconceitos relativos à sexualidade de mulheres com deficiências motoras e o seu potencial impacto na sua autoestima e na sua vida em geral (o que sentem em termos sociais, psicológicos e físicos)

O primeiro objetivo nesta investigação era perceber o que existia na literatura neste âmbito e se as ideias das participantes coincidia com estas ideias. Aqui, tal como no resto da pesquisa, focamo-nos mais na opinião da mulher com deficiência. Esta interação foi no sentido de verificar de perto estas

ideias sociais. Para o entendimento destas informações contextuais houve uma descrição na secção 2.4 e um aprofundamento e ratificação na secção 3.4.3.1. E também possíveis consequências desta mentalidade capacitista na secção 3.4.3.4 ou mesmo problemáticas associadas como a falta de informação descrita na secção 3.4.3.2. Como foi um tema explorado nas entrevistas (Anexo D) com as participantes também se encontra na zona dos cenários contextuais do Diagrama de Afinidades (Anexo E) com o pormenor das respostas das participantes.

Perceber as experiências (sozinha, acompanhada, com ajuda de algum objeto ou de alguém) e necessidades relativas à sua sexualidade

Já existe alguma informação sobre as necessidades de pessoas com deficiência na literatura, mas pouco especificamente sobre mulheres. Neste segundo objetivo percebeu-se aquilo que é importante para estas mulheres com deficiência motora e aquilo que as estimula sexualmente. Também houve bastantes referências a necessidades que ainda não estão supridas. Várias perguntas na entrevista (Anexo D) com as participantes foram formuladas a tentar perceber as suas experiências de forma específica e singular. Estas informações encontram-se na parte dos fatores individuais do Diagrama de Afinidades (Anexo E) e nas secções 3.4.3.9 até à 3.4.3.13.

Explorar como é que o Design pode contribuir para atender os requisitos sexuais deste grupo

Na secção 2.4.5 descreveram-se algumas das soluções existentes, sendo que a grande maioria não foi feita a pensar em mulheres com deficiência. Todo o trabalho feito para alcançar os dois objetivos referidos acima foram concretizados para que houvesse uma noção melhor da situação para alcançar este objetivo. Contribuíram muito para que se percebesse os vários requisitos que faltam atender e houvesse o desenvolvimento de um conceito no Capítulo 4.

6.3 Limitações

Este trabalho apresentou duas principais limitações que, futuramente, podem ser melhorados em outros trabalhos. A primeira limitação foi a dimensão relativamente pequena da amostra de entrevistadas, no entanto, na fase e modo como participaram serviu para o âmbito desta investigação. Por outro lado, uma maior abrangência de tipologias de diversidade funcional – como, por exemplo, alguém que tenha dificuldade de comunicação, pessoas em idades mais avançadas ou até mulheres que já foram mães - provavelmente levantaria outras questões interessantes neste âmbito. Neste caso

tivemos um grupo de mulheres abertas e resolvidas, mas seria proveitoso conversar com pessoas que estão menos resolvidas ou estivessem noutras condições para entender pontos distintos.

6.4 Recomendações para trabalho futuro

Nesta secção recorre-se novamente ao modelo de Design Centrado no Humano para ilustrar as possibilidades de trabalhos futuros, destacados a vermelho na Figura 49. Um aspeto que considero que seria uma melhoria para um trabalho futuro é o desenvolvimento, de facto, do conceito proposto, de tal modo que as participantes conseguissem testá-lo e que houvesse um feedback e participação constante das utilizadoras até chegar a um produto final. Nesse sentido, e seguindo as etapas do referido modelo, seria adequado realizar as seguintes tarefas:

Etapa 1 – Incluir no plano o refinamento da etapa 4 e a execução das etapas 5 e 6.

Etapa 2 – Recrutar um número maior de participantes e com deficiências motoras mais diversificadas. Assim seriam melhor especificados outros requisitos e necessidades.

Etapa 3 – Tentar perceber e priorizar o que as participantes gostavam de ver resolvido primeiro, entre todas as possibilidades que surgiram nas entrevistas.

Etapa 4 – Aprofundar e desenvolver a proposta de design de produto e serviços. Aqui seria importante incluir as participantes novamente.

Etapa 5 – Nesta fase seria testado o kit (produto) e o site (serviço) procedendo a uma avaliação geral e específica para vários perfis de utilizadores/as.

Como indica na Figura 49, se tiver de haver alguns ajustes recomenda-se voltar às etapas 2, 3 ou 4 e tentar identificar as necessidades de melhorias. Estes testes de usabilidade seriam com pessoas do perfil das participantes e com outras pessoas, visto que o site é para todos.

Etapa 6 – Aqui o produto e o serviço estariam totalmente prontos para serem lançados para o mercado. É de salientar que mesmo de pois desta etapa como haverá um serviço de melhoria constante com os utilizadores ou mesmo serviço de personalização, pode ter que se voltar às etapas anteriores caso seja necessário para fazer upgrades ou para casos específicos.

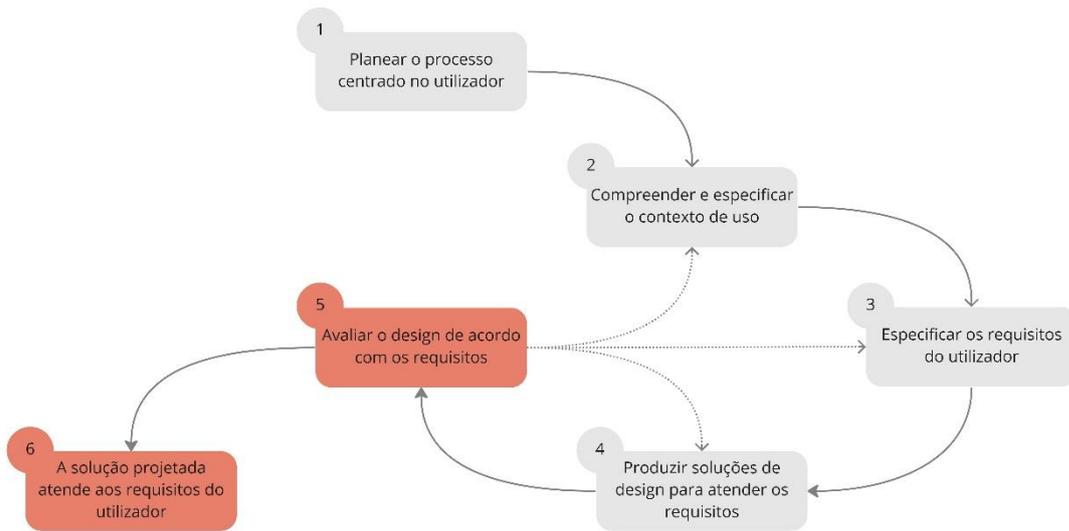


FIGURA 49 - TRABALHO FUTURO ILUSTRADO COM BASE NO MODELO DE DESIGN CENTRADO NO UTILIZADOR (ISO 9241-210)

7. REFERÊNCIAS

- Anathema. (2021). *Technology for Ageless Sexual Health*. Technology for Ageless Sexual Health. <https://anathemaproject.eu/>
- Anderson, P., & Kitchin, R. (2000). Disability, space and sexuality: Access to family planning services. *Social Science & Medicine*, 51(8), 1163–1173. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00019-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00019-8)
- Berghs, M. (2020). *Biosocial Model of Disability*.
- Carnemolla, P. (2018). *Sex, technology and disability – it's complicated*. The Conversation. <http://theconversation.com/sex-technology-and-disability-its-complicated-99849>
- Clarkson, J. P., & Coleman, R. (2015). History of Inclusive Design in the UK. *Applied Ergonomics*, 46, 235–247. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2013.03.002>
- Cole, T. M. (1991). Gathering a sex history from a physically disabled adult. *Sexuality and Disability*, 9(1), 29–37. <https://doi.org/10.1007/BF01101723>
- Columbia University. (2020). *History of dildos* [Seção de perguntas e respostas de um site universitário]. Go Ask Alice. <https://goaskalice.columbia.edu/answered-questions/history-dildos/>
- Correia de Barros, A., Couto da Silva, J., Ramadani, N., & Mendes Santos, C. (2022). Towards the Inclusive Design of a Digital Sexual Health Promotion Programme. *Proceedings of 11th Inclusive Design Conference (Include 2022)*, 19–34. https://pdfhost.io/view/HbfbAI5L2_Microsoft_Word_INCLUDE_2022_Conference_Proceedings_draft_2_20092022docx
- Czapla, K., & Otrębski, W. (2014). Sexual self-esteem and sexual needs of young adults with cerebral palsy. *Health Psychology Report*, 4, 247–255. <https://doi.org/10.5114/hpr.2014.46487>
- Dağlı, E., Kul Uçtu, A., Aktaş Reyhan, F., & Özerdoğan, N. (2020). Opinions of Students in the Field of Health About the Sexuality of Individuals with Disability. *Sexuality and Disability*, 38(1), 173–184. <https://doi.org/10.1007/s11195-019-09613-3>
- Dame. (2022). *Dame Eva, Hands Free Vibrator & Sex Toy For Couples*. Dame Products. <https://dame.com/products/eva-ii>
- Dias Coelho, B. (2019). “As pessoas com deficiência têm o direito de recorrer a quem quiserem”. *ionline*. https://ionline.sapo.pt/artigo/650208/-as-pessoas-com-defici-ncia-t-m-o-direito-de-recorrer-a-quem-quiserem?seccao=Portugal_i
- Döring, N., Mohseni, M. R., & Walter, R. (2020). Design, Use, and Effects of Sex Dolls and Sex Robots: Scoping Review. *Journal of Medical Internet Research*, 22(7), e18551. <https://doi.org/10.2196/18551>
- Dyer, K., Aubeeluck, A., Yates, N. L., & Das Nair, R. (2015). A Multiple Timepoint Pre-post Evaluation of a ‘Sexual Respect’ DVD to Improve Competence in Discussing Sex with Patients with Disability. *Sexuality and Disability*, 33(3), 385–397. <https://doi.org/10.1007/s11195-014-9375-3>
- Feelgood2 Ltd. (2021). *Humpus—Hands free*. Humpus. <https://www.humpus.com/>

- Forstner, M. (2022). *Conceptual Models of Disability: The Development of the Consideration of Non-Biomedical Aspects*. 2, 540–563. <https://doi.org/10.3390/disabilities2030039>
- Gaver, W., Dunne, T., & Pacenti, E. (1999). Design: Cultural probes. *Interações*, 6(1), 21–29. <https://doi.org/10.1145/291224.291235>
- Goller, M. (2017). *100 Years of Sex Toys*. Glamour. <https://www.glamour.com/video/watch/100-years-of-sex-toys-glamour>
- Gurza, A., & Morrison, H. (2022). *Bump'n*. Bump'n. <https://getbumpn.com/pages/about-us>
- Hekkert, P. (2006). *Design aesthetics: Principles of pleasure in design*. 16.
- Hekkert, P. (2013). Aesthetic responses to design: A battle of impulses. Em P. P. L. Tinio & J. K. Smith (Eds.), *The Cambridge Handbook of the Psychology of Aesthetics and the Arts* (pp. 277–299). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139207058.015>
- Henriques, M. (2018). *The vibrator: From medical tool to revolutionary sex toy*. <https://www.bbc.com/future/article/20181107-the-history-of-the-vibrator>
- ISO 9241-210. (2019). *ISO 9241-210:2019, Ergonomics of human-system interaction—Part 210: Human-centred design for interactive systems*. <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:9241:-210:ed-2:v1:en>
- Jordan, P. W. (1998). Human factors for pleasure in product use. *Applied Ergonomics*, 29(1), 25–33. [https://doi.org/10.1016/S0003-6870\(97\)00022-7](https://doi.org/10.1016/S0003-6870(97)00022-7)
- Jordan, P. W. (1999). *Pleasure with Products: Human Factors for Body, Mind and Soul | 26 | H*. Taylor & Francis. <https://www.taylorfrancis.com/chapters/mono/10.1201/9781498702096-26/pleasure-products-human-factors-body-mind-soul-green-patrick-jordan>
- Jordan, P. W. (2000). *: An Introduction to the New Human Factors*. CRC Press. <https://doi.org/10.4324/9780203305683>
- Kuroski, J. (2018, fevereiro 13). *A Photographic History Of The Dildo, One Of Humanity's Most Enduring Tools*. All That's Interesting. <https://allthatsinteresting.com/history-of-the-dildo>
- Liberator. (2022). *Sex Pillows & Shapes | Erotic Bedroom Decor*. Liberator.Com. <https://www.liberator.com/liberator-sex-furniture/decor-series.html>
- Lieberman, H. (2016). Selling Sex Toys: Marketing and the Meaning of Vibrators in Early Twentieth-Century America. *Enterprise & Society*, 17(2), 393–433. <https://doi.org/10.1017/eso.2015.97>
- Lieberman, H. (2020, janeiro 23). Opinion | (Almost) Everything You Know About the Invention of the Vibrator Is Wrong. *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/2020/01/23/opinion/vibrator-invention-myth.html>
- Lieberman, H., & Schatzberg, E. (2018). A failure of academic quality control: The technology of orgasm. *Journal of Positive Sexuality*, 4(2), 24–47. <https://doi.org/10.51681/1.421>
- Loughborough University (Diretor). (2020, outubro 20). *Evolving Inclusive Design*. <https://www.youtube.com/watch?v=pz11dKCMGLw>

- Maia, A. C. B., & Ribeiro, P. R. M. (2010). Desfazendo mitos para minimizar o preconceito sobre a sexualidade de pessoas com deficiências. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 16(2), 159–176. <https://doi.org/10.1590/S1413-65382010000200002>
- Maines, R. P. (1999). *Technology of orgasm*. <https://www.fnac.pt/Technology-of-orgasm-MAINES-RACHEL-P/a1085257>
- Marchesan, A., & Carpenedo, R. (2021). Capacitismo: Entre a designação e a significação da pessoa com deficiência. *Trama*, 17, 56–66. <https://doi.org/10.48075/rt.v17i40.26199>
- Mariano Gomes, L., & Wu, R. (2018). User Evaluation of the Neurodildo: A Mind-Controlled Sex Toy for People with Disabilities and an Exploration of Its Applications to Sex Robots. *Robotics*, 7(3), Artigo 3. <https://doi.org/10.3390/robotics7030046>
- Maslow, A. H. (1943). *Maslow's Hierarchy of Needs – Research History*. <https://www.researchhistory.org/2012/06/16/maslows-hierarchy-of-needs/>
- Moura dos Santos, I. (2019, março 8). Sexualidade na deficiência: Quando o desejo não é satisfeito pela incapacidade - JPN. *JPN - JornalismoPortoNet*. <https://www.jpn.up.pt/2019/03/08/sexualidade-na-deficiencia-quando-o-desejo-nao-e-satisfeito-pela-incapacidade/>
- Naylor, Z. (2019). How to create an affinity diagram for UX Research. *Medium*. <https://zacknaylor.medium.com/how-to-create-an-affinity-diagram-for-ux-research-cdc08489952d>
- Norman, A. (2016, janeiro 26). *Did You Know The First Vibrator Was As Big As A Dining Room Table?* All That's Interesting. <https://allthatsinteresting.com/history-of-the-vibrator>
- Pereira, R., Teixeira, P. M., & Nobre, P. J. (2018). Perspectives of Portuguese People with Physical Disabilities Regarding Their Sexual Health: A Focus Group Study. *Sexuality and Disability*, 36(4), 389–406. <https://doi.org/10.1007/s11195-018-9538-8>
- Persson, H., Åhman, H., Yngling, A. A., & Gulliksen, J. (2015). Universal design, inclusive design, accessible design, design for all: Different concepts—one goal? On the concept of accessibility—historical, methodological and philosophical aspects. *Universal Access in the Information Society*, 14(4), 505–526. <https://doi.org/10.1007/s10209-014-0358-z>
- PORDATA. (2022). *População residente com deficiência segundo os Censos: Total e por tipo de deficiência (2001)*. [https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+com+defici%C3%Aancia+segundo+os+Censos+total+e+por+tipo+de+defici%C3%Aancia+\(2001\)-1239-9823](https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+com+defici%C3%Aancia+segundo+os+Censos+total+e+por+tipo+de+defici%C3%Aancia+(2001)-1239-9823)
- Preiser, W. F. E. (2011). *Universal Design Handbook*. 492.
- Rohleder, P., Braathen, S. H., Hunt, X., Carew, M. T., & Swartz, L. (2018). Sexuality erased, questioned, and explored: The experiences of South Africans with physical disabilities. *Psychology & Sexuality*, 9(4), 369–379. <https://doi.org/10.1080/19419899.2018.1500935>
- Rohleder, P., Watermeyer, B., Braathen, S. H., Hunt, X., & Swartz, L. (2019). Impairment, socialization and embodiment: The sexual oppression of people with physical disabilities. *Psychoanalysis, Culture & Society*, 24(3), 260–281. <https://doi.org/10.1057/s41282-019-00128-6>

Sakairi, E. (2020). Medicalized Pleasure and Silenced Desire: Sexuality of People with Physical Disabilities. *Sexuality and Disability*, 38(1), 41–56. <https://doi.org/10.1007/s11195-020-09618-3>

Sim, nós fodemos. (2013). *Sim, nós fodemos*.
https://www.facebook.com/simnosfodemos/?ref=page_internal

Simplex+. (2019). *Guia Prático: Os Direitos das Pessoas com Deficiência em Portugal*.
<https://www.portugal.gov.pt/pt/gc21/comunicacao/documento?i=guia-pratico-os-direitos-das-pessoas-com-deficiencia-em-portugal>

Sobral, M., & Ferreira, V. (2022). A tecnologia assistiva como um meio de inclusão digna da pessoa com deficiência no mercado de trabalho. *Conjecturas*, 22, 1273–1297.
<https://doi.org/10.53660/CONJ-1973-2R20>

The Illustrated 30,000-Year Evolution of the Sex Toy. (2017, novembro 21).
https://www.youtube.com/watch?v=3_DjqMFQhAg

Tonetto, L., & da Costa, F. (2011). Design Emocional: Conceitos, abordagens e perspectivas de pesquisa. *Strategic Design Research Journal*, 4(3), 132–140.
<https://doi.org/10.4013/sdrj.2011.43.04>

Veríssimo, A. (2020, fevereiro 24). Quais os tipos de deficiência? Física, mental, visual ou auditiva. *Mais que Cuidar*. <https://www.maisquecuidar.com/tipos-de-deficiencia>

WHO. (2021). *Ageing*. World Health Organization. <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/ageing>

Wobbrock, J. O., Gajos, K. Z., Kane, S. K., & Vanderheiden, G. C. (2018). Ability-based design. *Communications of the ACM*, 61(6), 62–71. <https://doi.org/10.1145/3148051>

World Health Organization. (2011). *World Report on Disability*. 350.

Wovo. (2023). *Vibe Pad Hands Free Stimulator Silicone Fuchsia*. WOVO Store.
<https://wovostore.com/products/vibe-pad-hands-free-stimulator-silicone-fuchsiast-estv0039>

Wrought, D. (2021, outubro 10). The Bread Dildos Greek Soldiers Made For Their Wives. *Medium*.
<https://derronwrought.medium.com/the-bread-dildos-greek-soldiers-made-for-their-wives-939eaba874c1>

8. ANEXOS

8.1 Anexo A – EJI-PATER

Sexualidade em Pessoas com Deficiências Motoras – Como é que o design pode ajudar a resolver parte dos problemas associado à vida sexual das PcD

Sexuality in People with Motor Disabilities - How design can help solve part of the problems associated with the sexual life of PwD

Catarina Esteves

Universidade do Minho

Quadro teórico: A sexualidade de pessoas com deficiências (PcD) motoras é muitas vezes negligenciada, havendo diversos preconceitos à volta deste tema. São infantilizadas, vistas como assexuadas, incapazes de ter uma vida sexual, muitas vezes consideradas indesejáveis e excluídas da sociedade (Anderson & Kitchin, 2000). Estes fatores influenciam diretamente estas pessoas, pois a sexualidade faz parte do bem-estar e saúde de todos (Anathema, 2021). As PcD físicas podem porventura precisar de auxílio para atender às suas necessidades sexuais e, por isso, é preciso desenvolver soluções adaptadas. Aqui, o Design pode ter um papel fundamental em desenvolver soluções adequadas para as PcD motoras poderem desfrutar e expressar a sua sexualidade em segurança, de forma amigável e prazerosa.

Problemática: Perceber as experiências e necessidades de PcD motoras relativas à sua sexualidade, com vista a explorar como o Design pode intervir nesta área de forma apropriada, desejável, e em prol dos direitos sexuais das PcD funcional.

Metodologia: Consciente de que não haverá uma solução única dada a diversidade deste público-alvo, entendeu-se necessário haver uma abordagem de design centrado no usuário. A investigação foca nas experiências de mulheres com qualquer tipo de deficiência física (congénita ou adquirida), de qualquer orientação sexual e estado civil. A recolha de dados é feita através de uma entrevista semiestruturada, organizada segundo três temas principais: significados, experiências e alterações (Dyer et al., 2015). É pedido às participantes que tragam para a entrevista um artefacto simbólico da sua sexualidade e afetividade (Rohleder et al., 2018), para estimular a conversa inicial com a investigadora.

Primeiros resultados: A recolha de dados está em curso, sendo previstas até 10 entrevistas no total. Os primeiros resultados permitem perceber que é preciso explorar outras formas de obter prazer com ajuda do design de produtos adequados a determinadas incapacidades. É também preciso haver mais representatividade e normalização do tema. Os resultados serão apresentados na íntegra para discussão no EJI-PATER III.

Palavras-chave: Sexualidade, Saúde sexual, Deficiências físicas, Design, Diversidade funcional

Referências:

Anathema. (2021). Technology for Ageless Sexual Health. Technology for Ageless Sexual Health. <https://anathemaproject.eu/>

Anderson, P., & Kitchin, R. (2000). Disability, space and sexuality: Access to family planning services. *Social Science & Medicine*, 51(8), 1163–1173. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00019-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00019-8)

Dyer, K., Aubeeluck, A., Yates, N. L., & Das Nair, R. (2015). A Multiple Timepoint Pre-post Evaluation of a ‘Sexual Respect’ DVD to Improve Competence in Discussing Sex with Patients with Disability. *Sexuality and Disability*, 33(3), 385–397. <https://doi.org/10.1007/s11195-014-9375-3>

Rohleder, P., Braathen, S. H., Hunt, X., Carew, M. T., & Swartz, L. (2018). Sexuality erased, questioned, and explored: The experiences of South Africans with physical disabilities. *Psychology & Sexuality*, 9(4), 369–379. <https://doi.org/10.1080/19419899.2018.1500935>

Nota biográfica: Eu sou aluna no mestrado em Design de Produto e Serviços, na Universidade do Minho, onde em 2020 concluí a Licenciatura em Design de Produto. A minha curiosidade em perceber a diversidade funcional das pessoas aguça o meu instinto como designer. Dentro disto, a área da sexualidade também me fascina e, por isso, decidi juntar estas duas vertentes numa pesquisa que pretende explorar como é que o design pode contribuir para resolver problemas associados à vida sexual das pessoas com deficiências motoras, uma investigação com orientação das professoras Alison Burrows e Paula Trigueiros.

8.2 Anexo B – Folha Informativa

Investigadora: Ana Catarina Torres Esteves

E-mail: ana.anaesteves@gmail.com | Tlm: +351 910608104

Orientadoras: Paula Trigueiros & Alison Burrows

Folha Informativa

Sexualidade em Pessoas com Deficiências Motoras

Antes de decidir se deseja participar, por favor leia esta explicação sobre o propósito desta pesquisa e o que você pode esperar se participar. Se tiver alguma dúvida ou quiser mais informações antes de começar, por favor contacte-me.

Desde já obrigado pelo seu interesse em participar nesta pesquisa.

Sobre a investigadora

O meu nome é Catarina Esteves, estou a realizar um projeto de investigação no âmbito do programa de Mestrado em Design de Produto e Serviços da Universidade do Minho, sob a orientação da Dra. Paula Trigueiros e da Dra. Alison Burrows.

Qual o propósito deste projeto?

O objetivo geral desta pesquisa é estudar como é que o design pode ajudar a resolver parte dos problemas associado à vida sexual das pessoas com deficiências (PcD) motoras.

Com a sua ajuda, caso decida participar, procura-se perceber as experiências e necessidades de PcD motoras relativas à sua sexualidade, com vista a perceber eventuais tabus e preconceitos relativos à sexualidade de PcD motoras e o seu potencial impacto na sua autoestima e na sua vida em geral. Com isto, pretende-se explorar como o design pode solucionar alguns problemas nesta área, entendendo os pontos importantes de intervenção e sobretudo defender os direitos sexuais das pessoas com diversidade funcional, empoderando-as e dando autonomia.

Quem pode participar?

Nesta investigação procura-se envolver **mulheres com diversidade funcional física** (neste caso com alguma **deficiência física**, congénita ou adquirida) de qualquer orientação sexual e estado civil, desde que tenha idade acima dos 16 anos. Caso a participante tiver algum tipo de dificuldade na comunicação, por favor sinta-se à vontade de trazer uma pessoa com quem esteja à vontade que ajude na clarificação do que está a ser dito (podendo usar uma outra ajuda para se comunicar).

Quais são os processos de investigação em que irei participar e o que será pedido se eu decidir participar?

Será solicitado o preenchimento e assinatura do **Consentimento Informado**, que é um documento que lhe garante os seus direitos e as suas questões éticas desta pesquisa. Será agendada uma **entrevista presencial** cujo sítio será escolhido pela participante para que esta esteja o mais confortável possível, sendo que o sítio escolhido não tenha muito ruído e seja adequado para conversar. Caso a participante queira, também há a possibilidade de fazer a entrevista no polo de Couros da Universidade do Minho em Guimarães, numa sala acessível onde será assegurada privacidade. Além desta etapa, pode haver oportunidade de participar numa segunda intervenção se concordar, sendo que a participação é encorajada mas não obrigatória.

Para a primeira entrevista será pedido às participantes que tragam algum material simbólico consigo, como fotografias, desenhos, textos, objetos, ou outros, relativos ao tema da sua sexualidade e afetividade. Os três grandes tópicos a serem abordados são: significados e crenças em matéria de sexualidade, experiências de sexualidade e as alterações necessárias. Após a entrevista, este material permanecerá com a participante, sendo o seu principal propósito estimular a conversa inicial com a investigadora.

A entrevista será gravada em áudio apenas para fins de transcrição de respostas e análise, sendo a gravação acedida apenas pela investigadora e será apagada no final do projeto. Na eventualidade de ser necessário algum registo fotográfico, o seu foco será apenas em espaços ou objetos e será feito apenas com expresso consentimento da participante.

Qual o tempo que tenho de dispor para participar?

Está previsto que a entrevista tenha uma duração entre **30 minutos e 1 hora**.

E os meus dados, poderei ser identificada?

Não. Todos os dados recolhidos serão usados apenas para os fins desta investigação e somente eu (investigadora) poderei identificá-la. **Os dados serão sempre tratados de forma anónima** e serão sujeitos a um processo de pseudonimização durante o tratamento de dados de forma a não tornar identificáveis os participantes, sendo no final do estudo o anonimato dos participantes totalmente garantida. Os resultados da investigação serão descritos só na dissertação de mestrado em forma de citações anónimas e análise e descrição de resultados. Caso queira acesso, atualização ou retificação dos seus dados pessoais, por favor faça um contacto direto (+351 910608104) ou mediante pedido escrito por email (ana.anaesteves@gmail.com).

Posso mudar de ideia?

Sim. Após ler essas informações, cabe a você decidir se quer ou não participar. Se aceitar, será solicitado que preencha um formulário de consentimento e assine. No entanto, você pode mudar de ideia **a qualquer momento, antes ou durante a investigação**, sem precisar de dar algum motivo e sem que haja qualquer consequência para si.

Há algum risco ou benefício?

Não há nenhum risco previsto. Sendo um tema pessoal e íntimo, alguns tópicos (em particular relacionadas às suas experiências) poderão gerar desconforto. Se tal acontecer, podemos deixar de falar sobre esse assunto, adiar ou parar a investigação. Não se prevê que haja benefícios para si a curto prazo. Porém, estará a contribuir para a criação de um produto ou serviço que responda a necessidades reais de PcD motoras, sendo esta uma forma importante de defender os direitos sexuais das PcD, empoderando-as num processo de design que lhes diz respeito. As suas experiências e opiniões são essenciais para desenvolver uma solução favorável e desejável.

Obrigada pela sua atenção.

Sinta-se à vontade para entrar em contacto comigo, para responder a qualquer questão e para iniciar a sua participação caso assim pretenda.

Atenciosamente,

Catarina Esteves

Mestrando no curso Design de Produto e Serviços na Universidade do Minho

Email: ana.anaesteves@gmail.com | Tlm: +351 910608104

8.3 Anexo C – Consentimento Informado

Investigadora: Ana Catarina Torres Esteves

E-mail: ana.anaesteves@gmail.com | Tlm: +351 910608104

Orientadoras: Paula Trigueiros & Alison Burrows

Consentimento Informado

Sexualidade em Pessoas com Deficiências Motoras

Assinale as caixas para mostrar que está de acordo com as seguintes afirmações.

- | | | |
|---|--------------------------|-----|
| Confirmando que li e compreendi a folha de informações do estudo. Tive a oportunidade de considerar as informações e esclarecer minhas dúvidas, sendo essas respondidas satisfatoriamente. | <input type="checkbox"/> | SIM |
| Estou ciente de que a minha participação é voluntária e que estou livre para suspender a minha participação a qualquer momento, sem apresentar motivos. | <input type="checkbox"/> | SIM |
| Entendo que posso interromper uma entrevista a qualquer momento, se não desejar continuar, e que todas as gravações serão apagadas e as informações fornecidas não serão incluídas no estudo, a menos que eu permita a utilização do conteúdo. Também estou ciente de que posso não responder qualquer pergunta que não queira. | <input type="checkbox"/> | SIM |
| Entendo e permito que as informações pessoais recolhidas ao longo deste projeto sejam armazenadas com segurança e somente as investigadoras citadas acima terão acesso a elas. | <input type="checkbox"/> | SIM |
| Eu permito que as entrevistas sejam gravadas em áudio, para serem analisadas apenas pelas investigadoras acima mencionadas. Entendo que essas informações, incluindo citações, podem ser usadas em futuras publicações ou apresentações da equipa de pesquisa, mas que não serei identificada. | <input type="checkbox"/> | SIM |
| Estou de acordo que seja feito registo fotográfico de objetos, espaços e/ou do material simbólico relativos ao tema pedidos no início da entrevista. (opcional) | <input type="checkbox"/> | SIM |
| Estou de acordo em ser contactada para confirmar o meu interesse em participar numa etapa posterior do estudo caso seja necessário. (opcional) | <input type="checkbox"/> | SIM |

Data: ____/____/____

Nome da participante

—
Assinatura

Investigadora

—
Assinatura

8.4 Anexo D – Guião da entrevista

Guião da Entrevista

Sexualidade em Pessoas com Deficiências Motoras

Apresentação: Perguntar se teve oportunidade de ler a folha de informação, explicar que vais rever com a (potencial) participante algumas questões principais e que ela pode fazer perguntas a qualquer altura durante o processo. Discutir como será gravada a entrevista, questões de confidencialidade, anonimização, e o objetivo da investigação (reforçar informação). Os temas são pessoais e podem ser sensíveis, mas a (potencial) participante está à vontade para não responder a qualquer pergunta que não queira e a interromper a entrevista a qualquer altura. Perguntar se a (potencial) participante tem alguma dúvida ou observação a fazer.

Consentimento: Perguntar se a pessoa está preparada e disposta a prosseguir com a entrevista. Se sim, pedir-lhe que assine a folha de consentimento.

Foco da entrevista: O objetivo é explorar a sua experiência a nível da sexualidade, sozinha, acompanhada, com ajuda de algum objeto ou de alguém. O que é que sente em termos sociais, psicológicos e físicos.

1- Se a participante trouxe consigo algum artefacto/objeto para a entrevista

- 1.1. Que artefacto trouxe consigo hoje?
- 1.2. Pode falar-me um bocado sobre ele, por favor?
 - 1.2.1. O que é que ele representa para si?
 - 1.2.2. Porque é que escolheu este exemplo para partilhar comigo?
- 1.3 Posso tirar uma foto do artefacto/objeto?

(A restante entrevista vai estar dividida em três partes, identificadas por estes temas aqui dispostos. Podemos começar por qualquer um deles, por isso, esteja à vontade para indicar a sua preferência.)

2- Significados e crenças em matéria de sexualidade

(significados (mais factual, definição de alguma coisa concreta?) – noções, conceitos, sentidos, significações / crenças (opinião sobre algo, o que é que a pessoa acredita, tem haver com os valores das pessoas?) - opiniões, ideias, concepções, posições, pontos de vista, arbítrios, teorias)

- 2.1. Em que é que pensa quando pensa neste tema?

- 2.2. O que é que influencia (ou influenciou) os significados e crenças que atribui à sexualidade?
- 2.3. Que tipo de informação lhe foi fornecida sobre sexualidade?
 - 2.3.1. Por quem?
 - 2.3.2. Em que altura da sua vida?
- 2.4. Costuma falar sobre sexualidade?
 - 2.4.1. Se sim: Com quem? De que forma?
 - 2.4.2. Se não: Porquê?
- 2.5. Que conotações sociais sente quando se fala de sexualidade em pessoas com deficiência motora?
 - 2.5.1. Acha que é diferente quando se trata de uma pessoa com deficiência (em comparação a uma pessoa sem deficiência)?
 - 2.5.1.1. De que forma? Porquê?
- 2.6. Sente que estas ideias afetaram a sua vida/experiências?
 - 2.6.1. De que forma?
 - 2.6.2. Pode dar-me um exemplo?
 - 2.6.3. Existe alguma crença/ideia ou outro aspeto que interfira no seu prazer?

3- Experiências de sexualidade

- 3.1. Fale-me da sua experiência de sexualidade.
- 3.2. Fale-me sobre prazer dentro do âmbito da sexualidade.
 - 3.2.1. O que importa para si?
 - 3.2.2. Qual o seu papel da promoção do seu prazer neste contexto?
 - 3.2.3. De que outras formas é que pode ser promovido o seu prazer neste contexto?
 - 3.2.4. O que tem a dizer relativamente a parceiros/as sexuais, qual o seu papel?
 - 3.2.5. A sua deficiência altera de alguma forma a sua sensibilidade a toques/carícias/estímulos?
(no que é que a deficiência interfere na prática sexual)
 - 3.2.6. Costuma conseguir chegar ao orgasmo? Isso é importante para si?
(Quais são as suas zonas erógenas e o que é que a estimula?)
- 3.3. Usa ou já usou algum objeto ou brinquedo de apoio ao seu prazer sexual?
 - 3.3.1. Se sim: Qual a sua experiência desse(s) objeto(s)/brinquedo(s)?

- 3.3.2. O que a fez explorar o uso desse(s) objeto(s)/brinquedo(s)?
- 3.3.3. Os brinquedos/objetos que costuma usar são adequados à sua prática sexual?
- 3.3.4. Fez alguma adaptação para melhor uso desse(s) objeto(s)/brinquedo(s)?
- 3.3.5. Sente que esse(s) objeto(s)/brinquedo(s) podem ser melhorados para si?
- 3.3.6. Se não: Porquê?

3.4. A intimidade está de certa forma relacionada com privacidade. Pode-me falar sobre as suas experiências de privacidade neste contexto?

3.5. Sente que as suas experiências de sexualidade mudaram com o tempo? (Pode-se pensar em casos de pessoas com deficiência adquirida ou que o grau evolui ao longo do tempo, mas também outros fatores que fizeram evoluir a sexualidade da participante)

- 3.5.1. De que forma? Porquê?

4 – Alterações necessárias

4.1. Refletindo sobre as suas experiências, o que é que gostaria que tivesse sido diferente para si?

- 4.1.1. Porquê?

4.2. Que conselhos daria a uma jovem com uma condição física similar em termos de sexualidade? Aspectos positivos ou negativos?

4.3. Que esperanças tem para o futuro da sexualidade de pessoas com deficiência (motora)?

4.4. Que alterações acha necessário tanto em termos sociais, individuais e em termos de produtos e/ou serviços? O que acha mais importante aqui?

(Tem mais alguma coisa que gostaria de acrescentar?)

5 - Dados demográficos (apresentação do participante)

Nome:

Idade:

Contacto:

Tipo de deficiência física:

Estado Civil:

Orientação Sexual:

7.5 Anexo E – Diagrama de Afinidades

