

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**MARINA CELLY MARTINS RIBEIRO DE SOUZA**

**REPRESENTAÇÕES DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE  
MENTAL SOBRE SEXUALIDADE DE PESSOAS COM  
TRANSTORNOS MENTAIS**

**BELO HORIZONTE**

**2014**

**MARINA CELLY MARTINS RIBEIRO DE SOUZA**

**REPRESENTAÇÕES DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE  
MENTAL SOBRE SEXUALIDADE DE PESSOAS COM  
TRANSTORNOS MENTAIS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais do curso de Doutorado em Enfermagem.  
Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Promoção, Prevenção e Controle de agravos à saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Imaculada de Fátima Freitas, Universidade Federal de Minas Gerais

**Belo Horizonte  
Escola de Enfermagem**

**2014**

Souza, Marina Celly Martins Ribeiro de.  
S729r Representações de profissionais da saúde mental sobre sexualidade de pessoas com transtorno mentais [manuscrito]. / Marina Celly Martins Ribeiro de Souza. - - Belo Horizonte: 2014. 167f.  
Orientador: Maria Imaculada de Fátima Freitas.  
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.  
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Sexualidade. 2. Saúde Mental. 3. Pesquisa Qualitativa. 4. Enfermagem em Saúde Pública. 5. Pessoal da Saúde. 6. Dissertações Acadêmicas. I.

## **Universidade Federal de Minas Gerais**

Reitor: Jaime Arturo Ramírez

Vice-Reitora: Sandra Regina Goulart Almeida

Pró-Reitor de Pós-Graduação: Rodrigo Antônio de Paiva Duarte

## **Escola de Enfermagem**

Diretora: Maria Imaculada de Fátima Freitas

Vice-Diretora: Eliane Marina Palhares Guimarães

## **Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública – EMI**

Chefe: Cláudia Maria de Mattos Penna

Sub-Chefe: Lívia de Souza Pancrácio de Errico

## **Colegiado de Pós-Graduação**

Coordenador: Francisco Carlos Félix Lana

Sub-Coordenadora: Tânia Couto Machado Chianca



**UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE MINAS GERAIS**

Escola de Enfermagem  
Programa de Pós-Graduação  
Doutorado em Enfermagem

Tese intitulada “**Representações de profissionais da saúde mental sobre sexualidade de pessoas com transtornos mentais**” de autoria da doutoranda **Marina Celly Martins Ribeiro de Souza**, submetida à banca avaliadora composta pelos seguintes professores:

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Imaculada de Fátima Freitas – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (Orientadora e presidente).

Prof. Dr. Alain Giami – INSERM-CESO-U 1018, Equipe Santé Sexuelle et Reproductive, Le Kremlin Bicêtre, França.

Prof. Dr. Renato Diniz da Silveira – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Elisabeth Meloni Vieira – Universidade de São Paulo.

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cristina Maria Douat Loyola – Secretaria de Estado de Saúde do Maranhão.

Belo Horizonte, 9 de maio de 2014

**À minha família pela compreensão e apoio incondicionais.  
Ao Adreso pelo amor, carinho e incentivo.  
Às minhas filhas Paula e Ana Beatriz, pelos sorrisos motivadores.**

## **AGRADECIMENTOS**

Chegar ao final desta jornada só foi possível com as bênçãos diárias de Deus. É Dele a força para a conquista desta vitória em minha vida!

À minha querida orientadora e amiga, Peninha, por me abrir as portas sem qualquer “senão” para o universo da pesquisa, instigando-me a ser melhor a cada novo trabalho, pelo crescimento e amadurecimento! Você é peça fundamental! Mil vezes obrigada!

Ao Adreso, faltam palavras para descrever o quanto o admiro e como foi fundamental no estímulo e apoio diários para que eu pudesse chegar até aqui!

Aos meus pais, por me apoiarem e me incentivarem em toda minha trajetória profissional e pessoal, por serem meus exemplos de vida.

Às minhas queridas irmãs Mara e Nívia, pelo apoio, carinho e disponibilidade! Ao meu cunhado Rildo, pelas risadas de sempre, exemplo de fé e carisma! Ao Guilherme pela ajuda!

Aos meus sogros, Eliane e Ademir, por toda a ajuda e apoio! Sei que torceram por mim e se felicitam com esta conquista.

Às queridas tias Marlene e Tamara Salomon, por não pouparem elogios e sempre me incentivarem com um sorriso e palavras de estímulo.

Às minhas sempre amigas enfermeiras Natália Horta, Maria Luciene, Flávia Andrade, Claudirene, Gisele Fráguas, Aneilde, pela oportunidade de dividir com vocês os anseios, vitórias e pelo aprendizado constante!

Aos amigos Evandro Queiroz e Wilke Borges, pela oportunidade de inserção na vida acadêmica!

Aos meus colegas da turma do doutorado, em especial à Tatiane Horta, pelo apoio na caminhada e troca de experiências!

Aos membros do NUPESC e GPEAS, em especial ao professor Mark Drew Crosland e Jaqueline Guimarães de Almeida Barbosa, muito obrigada pela contribuição de vocês! Meus agradecimentos também aos bolsistas de Iniciação Científica pela ajuda em toda a pesquisa.

Aos membros da banca examinadora, em especial aos professores Renato Diniz da Silveira e Alain Giami, pela participação nesta avaliação e contribuições ímpares.

Aos colegas, profissionais de saúde, sujeitos desta pesquisa, por compartilharem suas representações e possibilitarem a construção deste estudo.

Após 40 meses de trabalho e dedicação falta espaço para agradecer a todos que de uma forma ou de outra, me apoiaram e torceram por mim. Meu sincero obrigada!  
Seguimos sempre caminhando!





**Pintura feita por uma pessoa com transtorno mental**  
**Fonte: acervo pessoal de Galeno Alvarenga**

## RESUMO

SOUZA, M. C. M. R. **Representações de profissionais da saúde mental sobre sexualidade de pessoas com transtornos mentais**. 2014. 167 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

Entre os obstáculos para a promoção da saúde sexual no campo da saúde mental encontram-se dificuldades dos profissionais para lidar com a temática da sexualidade. Isto gera barreiras que impedem a expressão de necessidades e dúvidas das pessoas com transtornos mentais sobre o assunto, deixando em aberto aspectos importantes que contribuem para a integralidade da atenção à saúde dessa população. Nos modos de cuidar, encontram-se representações dos profissionais sobre a sexualidade e os transtornos mentais que podem favorecer ou impedir avanços das ações em saúde. O objetivo deste estudo foi compreender representações de profissionais que atuam nos serviços de saúde mental da rede pública de Minas Gerais sobre sexualidade de pessoas com transtornos mentais. Trata-se de um estudo qualitativo, fundamentado em noções das representações, no eixo proposto por Alain Giami. Foi realizado por meio de seis grupos focais com 54 profissionais de serviços públicos de saúde mental em Minas Gerais, Brasil, em 2011, após aprovação pelo Comitê de Ética da UFMG. A seguinte questão central guiou a discussão nos grupos: "Falem sobre o que pensam da sexualidade das pessoas com transtornos mentais". Questões de relance foram utilizadas para aprofundar a questão central do estudo. A análise das discussões dos grupos focais foi realizada pelo método de Análise Estrutural de Narração. Os resultados permitiram a identificação de categorias empíricas que resultaram em duas categorias teóricas: Roteiros culturais e Formação acadêmica; Promoção da saúde sexual e Vulnerabilidade. Emergiram representações de negação da sexualidade das pessoas com transtorno mental, com censuras expressas de manifestações como a masturbação, homossexualismo e relação sexual entre pessoas com transtornos mentais, consideradas "fora do normal". Os profissionais acreditam que esses modos de gestão da vida sexual são correntes e provenientes da "própria loucura", devendo, de modo geral, serem reprimidos e sobre os quais se prefere o silêncio e o distanciamento. Os achados deste estudo apontam a quase inexistência de ações de promoção da saúde sexual para as pessoas com transtornos mentais, bem como as limitações naquelas existentes, relacionadas ao despreparo dos participantes, advindo desde suas formações profissionais. Houve reconhecimento da necessidade de se considerar os aspectos psicossociais envolvidos na vivência da sexualidade e do autocuidado para que a saúde sexual seja possível e esteja assegurada para essas pessoas que se encontram em condições de maior vulnerabilidade. É premente a necessidade de sensibilizações para os profissionais sobre sexualidade, com novas abordagens, considerando os direitos humanos e a integralidade como princípios do cuidado em saúde mental.

Palavras-chave: Sexualidade. Saúde Mental. Pesquisa Qualitativa. Enfermagem em Saúde Pública. Profissionais da Saúde.

## ABSTRACT

### **Representations by mental health care professionals about the sexuality of people with mental disabilities.**

Among the obstacles confronting the promotion of sexual health in the mental health field is the difficulty of professionals to deal with the topic of sexuality. This creates barriers that prevent people with mental disabilities from expressing their needs and questions about the topic, resulting in not addressing important issues that could contribute to more complete health care for this population. In the various types of care, there are representations by health professionals regarding sexuality and mental disability, which could contribute to or impede advances in health care. The objective of this study was to understand the representations about sexuality and people with mental disabilities by the professionals who work in mental health services in the public system of Minas Gerais. It is a qualitative study founded on the understanding of representations, as proposed by Alain Giami. The study was carried out using six focus groups with 54 public mental health care professionals in Minas Gerais, Brazil, in 2011, after receiving approval from the Ethics Committee at UFMG. The following central issue guided the discussion of the groups: "Share what you think about the sexuality of people with mental disabilities". Reframed questions were used to more deeply investigate the central issue of the study. The analysis of the discussion of the focus groups was conducted using the Structural Analysis of Narration method. The results allowed for the identification of empirical categories divided into two theoretical groups: Cultural scripts and Education; Sexual health promotion and Vulnerability. There were representations where people with mental disabilities denied their sexuality, with expressed condemnation of activities considered "abnormal", such as masturbation, homosexuality and sexual relations between people with mental disabilities. Health professionals believe that these means of managing their sex life are the everyday result of their "own craziness", and are generally repressed and to which silence and distancing are preferred. The findings of this study point to the almost non-existence of promotional activities for the sexual health of people with mental disabilities, as well as limitations among those that do exist, related to the lack of preparation of participants, starting from their professional training. It was also recognized that there is a need to consider the psycho-social aspects involved in their sexual life and self-care so that sexual health is possible and safe for these individuals who have higher vulnerability. It is vital that health professionals be trained on sexuality, using new approaches and considering human rights and more complete mental health, such as integrating care principles.

Key-words: Sexuality. Mental Health. Qualitative Research. Public Health Nursing. Health Personnel.

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	12
<b>CAPÍTULO 1: INTRODUÇÃO.....</b>	14
1.1 Objetivos .....	25
1.1.1 Objetivo geral .....	25
1.1.2 Objetivos específicos .....	25
<b>CAPÍTULO 2: REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	26
2.1 Sexualidade, Saúde Sexual e as Ciências Sociais .....	26
2.2 Representações sobre doença mental e sexualidade de pessoas com transtornos mentais.....	30
2.3 Sexualidade, Infecções Sexualmente Transmissíveis e a Saúde Mental.....	34
2.4 Integralidade no campo da Saúde Mental.....	39
<b>CAPÍTULO 3: PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	46
3.1 Referencial Teórico- Metodológico .....	46
3.2 Cenários do estudo .....	51
3.3 Sujeitos do estudo .....	54
3.4 Aspectos éticos e financiamento.....	55
3.5 Técnica e Instrumento de coleta de dados qualitativos .....	56
3.6 Análise e tratamento dos dados .....	61
<b>CAPÍTULO 4: ANÁLISE DOS RESULTADOS.....</b>	66
4.1 Caracterização dos participantes .....	66
4.2 Construção das categorias.....	68
<b>CAPÍTULO 5: REPRESENTAÇÕES SOBRE SEXUALIDADE DAS PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL.....</b>	70
<b>CAPÍTULO 6: REPRESENTAÇÕES SOBRE AS AÇÕES E REAÇÕES DOS PROFISSIONAIS PARA A PREVENÇÃO DAS IST/AIDS E PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL.....</b>	79
<b>CAPÍTULO 7: AS CATEGORIAS TEÓRICAS.....</b>	98
7.1 Roteiros Culturais e Formação Profissional.....	100
7.2 Promoção da Saúde Sexual e Vulnerabilidade.....	108
<b>CAPÍTULO 8: CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	115
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	120
<b>ANEXO.....</b>	135
<b>APÊNDICES.....</b>	136

## APRESENTAÇÃO

Este estudo faz parte da “**Pesquisa em Soroprevalência de Aids na Saúde Mental - PESSOAS II**” realizada pelo Grupo de Pesquisas em Epidemiologia e Avaliação em Saúde (GPEAS) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (Departamento de Saúde Mental), sob coordenação do Profº Mark Drew Crosland Guimarães. Esta pesquisa obteve apoio financeiro da FAPEMIG (edital 09/2009), pelo Programa de Pesquisa para o SUS - PPSUS/Processo CDE – APQ-01246-10, e da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. O trabalho realizado contou também com apoio financeiro do Programa de Pesquisador Mineiro (PPM), da FAPEMIG.

Os pesquisadores do GPEAS realizaram, anteriormente, pesquisa epidemiológica e social sobre as infecções sexualmente transmissíveis entre as pessoas com transtornos mentais de serviços públicos do Brasil, que mostrou a magnitude e a transcendência dessas doenças no grupo (GUIMARÃES *et al.*, 2008; 2009).

O objetivo geral do Projeto PESSOAS II foi analisar a situação dos serviços de saúde mental no estado de Minas Gerais, desenvolvido em dois eixos, qualitativo e quantitativo. O eixo qualitativo tratou da compreensão das representações de profissionais que atuam nos serviços de saúde mental da rede pública de Minas Gerais a respeito da sexualidade de pessoas com transtornos mentais, no qual a presente investigação se insere.

Essa pesquisa deu continuidade aos meus estudos na área da Enfermagem e Saúde Coletiva. Graduei-me em Enfermagem em 2004 na Universidade Federal de

Minas Gerais, conclui as especializações em Saúde da Família (2006) e Gerontologia (2010), e finalizei o curso de Mestrado em Enfermagem em 2008, sob orientação da professora Maria Imaculada de Fátima Freitas, com a dissertação intitulada: “Representações e práticas de profissionais da atenção básica sobre HIV/Aids”. Ingressei no Doutorado em dezembro 2010, mas antes deste ano, já participava do Projeto PESSOAS pelo GPEAS, na Faculdade de Medicina de UFMG, junto com minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Peninha, contribuindo na organização e coleta de dados do Projeto PESSOAS II.

A motivação para a pesquisa sempre foi presente em minha formação, tendo participado, desde a graduação, de projetos de extensão e iniciação científica, sempre no contexto das doenças infectocontagiosas, em especial o HIV/Aids. A presença constante, desde a graduação, dos ensinamentos da professora Maria Imaculada de Fátima Freitas foi fundamental para meu desejo de ser pesquisadora e para o despertar para a vida acadêmica, hoje, meu campo de atuação.

A possibilidade de participar de uma pesquisa com tamanha relevância e inovadora em nosso país e internacionalmente, foi determinante para minha aproximação e participação neste estudo. Mergulhar no mundo da saúde mental e sexualidade, duas áreas repletas de estigma, foi extremamente prazeroso e, ao mesmo tempo, um árduo trabalho de escrita e leitura.

## CAPÍTULO 1: INTRODUÇÃO

A reforma psiquiátrica brasileira teve como marco a política de desinstitucionalização para as pessoas que sofrem de transtornos mentais. O objetivo principal da reforma foi o resgate da cidadania dessa população, antes tradicionalmente marginalizada, o respeito e a preocupação com relação ao adoecimento físico a que estão sujeitos como qualquer pessoa vivendo em sociedade (ALVES, 2006; VIANNA *et al.*, 2007).

Quando questões sociológicas de pessoas com transtornos mentais são estudadas, depara-se com a realidade daqueles que vivem sob o olhar de uma sociedade que os exclui, que os isola e os estigmatiza. Isso porque esses indivíduos são considerados sujeitos que não compartilham ou não preenchem certos padrões construídos e tidos como “normais” pela sociedade ocidental e contemporânea (GIAMI, 2004; FREITAS *et al.*, 2008).

Algumas situações próprias da pessoa com transtorno mental podem deixá-lo mais vulnerável à exposição pelas infecções sexualmente transmissíveis (IST), inclusive ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), tais como: dificuldade de estabelecer uniões estáveis; encontrar-se social e economicamente em desvantagem; ser vítima de abuso sexual; estar com o juízo crítico prejudicado, principalmente nos surtos psicóticos; impulsividade e baixa autoestima; hospitalizações frequentes, que podem torná-lo mais exposto a relações desprotegidas com parceiros desconhecidos (OLIVEIRA, 1998; REIN; ANDERSON; IRWIN, 2004; GUIMARÃES *et al.*, 2008; 2009; PENCE, 2009, BARBOSA, 2011). Afirma-se ainda que as pessoas com transtornos mentais podem ter entraves sociais, familiares e pessoais que as afastam de uma vivência sexual saudável. Essas limitações podem trazer consequências importantes na prevenção,

autocuidado e cuidado com os outros, no cotidiano de suas vidas. (GIAMI, 2007; GOMES, 2010).

Parece não haver, na área da Saúde Mental, a preocupação e ocupação necessárias com as maneiras pelas quais novas demandas que a inserção e a reinserção social exigem, inclusive no que se refere à integralidade da saúde que, de forma mais ampla, está incluída na problemática social das pessoas com transtornos mentais. O pressuposto da integralidade em saúde prevê que, na assistência prestada, o usuário seja visto de forma integral pelo profissional e que o sistema de saúde possa responder às suas necessidades em todos os níveis de atenção.

Com o advento da Síndrome da Imunodeficiência Humana (SIDA/AIDS) muito foi questionado sobre o lugar da saúde sexual e sexualidade na assistência prestada, não só às pessoas com a doença, mas à população em geral e, especialmente, aos grupos sociais mais vulneráveis socialmente, como parte importante da integralidade da atenção.

Constata-se, porém, que pouco se conhece sobre a vida e a saúde dessas pessoas fora da abordagem clínica e psíquica dos transtornos mentais, no que diz respeito às suas condições de saúde mais gerais e, especialmente, à sexualidade dos mesmos. De fato, há pouco interesse em como essas pessoas e os próprios trabalhadores da saúde lidam com a afetividade, sentimentos, prazer e vida sexual dos indivíduos com transtornos mentais (MIRANDA, 1996; REIN; ANDERSON; IRWIN, 2004).

Outros estudos, em vários países, apontam que os profissionais de saúde apresentam limitações e dificuldades em lidar com a sexualidade desses sujeitos, criando barreiras e dificultando a livre expressão de desejos e necessidades por



parte da pessoa com transtorno mental (TAIPALE, 2001; RYDON, 2005; GRELLA *et al.*, 2009; QUINN; BROWNE, 2009). No Brasil, poucos estudos têm buscado compreender como os profissionais que lidam com esses sujeitos representam a sexualidade das pessoas com transtornos mentais, objeto do presente estudo. Pode-se afirmar que as representações encontradas em grupos de enfermeiros, por exemplo, centram-se na negação da sexualidade da pessoa com transtorno mental por meio do silêncio, estabelecendo censuras sobre a questão, circunscrevendo-a no rol dos desvios, transgressões e da própria doença. Nesta perspectiva, ocorre o silenciamento sobre a sexualidade dessas pessoas, mostrando, por exemplo, que dentre os profissionais enfermeiros há adoção de uma posição de afastamento, em atitude ora repressiva, ora defensiva (MIRANDA, 1996; MIRANDA e FUREGATO, 2002; MIRANDA; FUREGATO e AZEVEDO, 2008; MIRANDA *et al.*, 2009).

Estudo nacional realizado em 2006/2008, com enfoque nas Infecções Sexualmente Transmissíveis e HIV/Aids, intitulado **Pesquisa em Soroprevalência de Aids na Saúde Mental - Projeto PESSOAS I**, contou com eixos quantitativo e qualitativo que buscaram analisar epidemiológica e socialmente a situação dessas infecções e o contexto da sexualidade das pessoas com transtornos mentais.

Os resultados do projeto PESSOAS I mostraram que os indivíduos com transtorno mental apresentam altas taxas de infecção por sífilis, HIV e hepatites B e C, superiores à média da população brasileira em geral. A soroprevalência da infecção pelo HIV foi moderadamente alta (0,8%). São também preocupantes as soroprevalências de hepatites B, C e sífilis. É alta a proporção de pacientes (20,2%) que tiveram pelo menos um dos marcadores sorológicos positivo. Estes dados indicam que essa população encontra-se em maior risco para as IST e que medidas devem ser tomadas pelo poder público e pelos profissionais que os assistem

(GUIMARÃES *et al.*, 2008; 2009; CARMO *et al.*, 2013; DUTRA; CAMPOS e GUIMARÃES, 2013).

No que diz respeito aos resultados do eixo qualitativo do estudo, analisaram-se também as trajetórias da sexualidade de homens e mulheres com transtornos mentais. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas e aprofundadas com sujeitos acompanhados em quatro serviços públicos de saúde mental do Brasil, para buscar compreender suas representações em torno da sexualidade e da prevenção das IST e Aids. Os resultados encontrados evidenciaram que a sexualidade é valorizada e reconhecida pelas pessoas com transtornos mentais, apesar de todas as dificuldades e limitações que apresentam para vivê-la de forma plena. Isto desmitifica preconceitos sociais como os de que são pessoas para quem a sexualidade não tem importância ou que essas têm uma vivência sexual descontrolada e perigosa (FREITAS *et al.*, 2008; GOMES, 2010; BARBOSA, 2011). Além disso, verificou-se que a vivência da sexualidade é fortemente influenciada pelos cenários culturais, tendo sido observadas situações de vulnerabilidade diretamente relacionadas aos papéis atribuídos ao gênero masculino e feminino no comportamento sexual. A vulnerabilidade mostrou-se agravada pelo contexto de estigma e preconceito com as pessoas com transtornos mentais, fazendo-se necessário considerar os aspectos socioculturais e combater os estereótipos de gênero para que a saúde sexual seja possível para essas pessoas (BARBOSA, 2011; BARBOSA *et al.*, 2013).

No que se refere a esta situação na sociedade em geral, estudos qualitativos apontam que à soma histórica de representações acerca do louco e da loucura acrescentam-se representações sobre a sexualidade desses indivíduos, além

daquelas sobre as IST e HIV/Aids, que contribuem para a discriminação e os preconceitos.

Parece estar no centro dessa problemática o estereótipo de sexualidade sem controle de pessoas com transtornos mentais, havendo negação do direito a uma sexualidade saudável por parte das famílias e do próprio sistema de saúde, como afirmado anteriormente. Nesse sentido, os profissionais de saúde comungam, em maior ou menor profundidade, dessas representações que estão presentes na sociedade mesmo considerando que agregam representações provenientes do conhecimento científico, o que poderia questionar o senso comum estereotipado ou preconceituoso. Pode-se pressupor, então, que todas essas representações foram, ao longo do tempo, sendo compartilhadas por esses profissionais de saúde que lidam com essas pessoas, e introjetadas por cada um na maneira de lidar com os cuidados em saúde mental.

Os resultados sobre a avaliação dos serviços do projeto PESSOAS I (Brasil, 2008a) apontam que as instituições públicas de saúde mental do Brasil ainda estão centradas na atenção específica da área e pouco contemplam o princípio da integralidade, previsto no Sistema Único de Saúde (SUS) desde a década de 1990 (Melo *et al.*, 2008) apesar da discussão do direito dos usuários e o fato do Ministério da Saúde no Brasil buscar a inclusão de políticas de integração entre as chamadas especialidades para conquistar a atenção integral a essa população (BRASIL, 2008b). O que se vê, na prática cotidiana dos serviços de saúde mental e da atenção primária à saúde, é a pouca articulação e grande dificuldade no cuidado de pessoas com transtornos mentais por parte dos profissionais que os assistem (SILVEIRA, 2009; PINTO-FOLTZ; LOGSDON, 2009). Além disso, os serviços de saúde mental, em geral, não oferecem, ou oferecem pontualmente, atividades de

prevenção e promoção da saúde em IST e HIV/Aids e, muito menos, em saúde sexual e sexualidade, para essa população específica (PYKE *et al.*, 2002; BURGESS *et al.*, 2007; MELO *et al.*, 2008).

Pode-se supor que, além das dificuldades estruturais e organizacionais para a implantação dessas políticas, como aquelas relacionadas à qualificação dos profissionais, há dificuldades para o envolvimento e abertura desses para a atenção que inclua a promoção da saúde sexual, tanto no que se refere ao direito a uma sexualidade plena da pessoa com transtorno mental, como ações coletivas e individuais de prevenção e de redução de vulnerabilidades.

Ressalta-se que, embora tenha ocorrido no país, nas duas últimas décadas, uma ampliação significativa do financiamento em pesquisas e desenvolvimento tecnológico em IST/HIV/Aids e saúde mental, os estudos voltados às questões que estão na interface entre essas duas áreas do conhecimento são escassos. O Projeto PESSOAS apresenta-se como o único, de caráter nacional, até agora realizado e publicado, tendo como população de estudo os pacientes acompanhados em serviços públicos ambulatoriais e hospitalares de saúde mental do Brasil.

Os pesquisadores do **Grupo de Pesquisa em Epidemiologia e Avaliação em Saúde (GPEAS)** da Universidade Federal de Minas Gerais, responsáveis pelo Projeto PESSOAS, deram continuidade ao estudo por meio do Projeto PESSOAS II, desde o início de 2010. Essa segunda pesquisa teve como objetivo avaliar a situação dos serviços de atenção em saúde mental no estado de Minas Gerais, enfocando predominantemente os componentes de estrutura e processo da atenção prestada, e suas relações com a prevenção e assistência às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (GUIMARÃES, 2012).

Os resultados quantitativos do projeto PESSOAS II denunciam a fragmentação do cuidado referente aos aspectos físicos e mentais das pessoas com transtornos mentais que utilizam os serviços estudados (GUIMARÃES, 2012; GUIMARÃES *et al.*, 2013a). Nesta vertente, quando se espera que esses serviços contemplem a dimensão integral do cuidado, não se limitando apenas aos cuidados psiquiátricos, o resultado encontrado pelo PESSOAS II foi a fragmentação e o não atendimento aos problemas de saúde ou de prevenção, fora das necessidades específicas das doenças mentais. Tal situação mostra-se grave, considerando que o acesso mais comum ao sistema de saúde, para esses indivíduos, se dá por meio dos serviços de saúde mental. Torna-se ainda mais preocupante quando se consideram aspectos relativos à sexualidade e saúde sexual desses indivíduos, como dimensões do cuidado de todo ser humano. Desta forma, é premente a necessidade de se conhecer como os profissionais que lidam cotidianamente com esses indivíduos, sobretudo aqueles que atuam em serviços de saúde mental, incluem a realização de ações promocionais e preventivas nesse campo e como consideram suas necessidades de educação em sexualidade e saúde sexual.

Neste sentido, ressalta-se que os profissionais de saúde fazem parte de diferentes grupos sociais, compartilham representações sobre a saúde e a doença, sobre cada agravo, sobre os usuários e suas maneiras de agir. Têm valores, hábitos e costumes que influenciam suas práticas assistenciais, dando significado as mesmas (SOUZA, 2008; SOUZA e FREITAS, 2009; 2010; 2012). Segundo Giami e Veil (1997), os profissionais, atores da prevenção e dos atendimentos, têm representações que se localizam no registro imaginário e perduram em suas experiências profissionais. Além disso, a tentativa de expressão da significação de uma doença ou de um dado objeto é impregnada de estigmas e julgamentos

constituídos pelas representações construídas ao longo da vida pessoal e profissional. Para Souza e Freitas (2009), o estigma, o preconceito e os tabus permeiam o cotidiano tanto dos usuários quanto dos profissionais de saúde e se expressam nas formas como esses profissionais lidam e agem com relação à sua própria sexualidade.

Entende-se que a representação da sexualidade é, ao mesmo tempo, um processo e um produto de elaboração simbólica intermediada pela linguagem, ou seja, na relação dito e não dito, que, no campo da atuação profissional e sua relação dialógica, tem ênfase no silêncio, muitas vezes de um silenciamento sobre um saber-fazer não aclarado. Ambos, silêncio e silenciamento, são articulados na trama diária do profissional, requerendo constante reequilíbrio diante das respostas que se situam entre a ciência e o senso comum sobre a sexualidade do indivíduo com transtorno mental. Assim, os conflitos exigem reequilíbrio que, por sua vez, são geradores de novos conflitos. Concorda-se com Mckinnon; Cournos e Herman (2002) e Meade (2006) ao afirmarem que o conflito implica uma ambiguidade e ocorre entre a percepção da realidade e do contradesejo que leva a negar sua percepção. Dessa forma, torna-se um artifício social compartilhado que dá sentido e orientação ao seu *modus operandis e modus vivendis*, como uma teoria implícita do não-dizível, ou seja, a sexualidade da pessoa com transtorno mental poderia escapar às manifestações discursivas dos profissionais.

Com auxílio de um mecanismo particular, o profissional tende a desmentir o que está evidente, ao negar a realidade da sexualidade do outro, tornando um objeto inapreensível em sua prática cotidiana (MIRANDA; FUREGATO e AZEVEDO, 2008). Soma-se a isso o fato de que o modelo de atenção e os serviços de saúde mental brasileiros passaram por mudanças importantes, o que não necessariamente refletiu,

de forma direta, na postura desses profissionais, fazendo com que muitos não as acompanhassem, com ações calcadas no modelo de cuidados anterior.

Considerando-se que as pessoas com transtorno mental permanecem grande parte do tempo nos serviços substitutivos – serviços de saúde que visam substituir o hospital psiquiátrico e estimular a integração social e familiar, apoiar a iniciativa pela busca de autonomia ao oferecer às pessoas com transtornos mentais assistência à saúde (Brasil, 2004) – este estudo contempla a análise sobre o que os profissionais das equipes que assistem às pessoas com transtornos mentais nos municípios de Minas Gerais pensam a respeito da interface sexualidade e transtorno mental e como estão agindo em favor da promoção da saúde integral dos usuários. Essas representações constituem o objeto deste estudo, para o qual têm-se as seguintes questões norteadoras:

- Quais representações os profissionais de saúde mental têm sobre a sexualidade dos usuários por eles atendidos?
- Que envolvimento estes profissionais têm com as propostas de atenção integral em saúde mental?

Espera-se, assim, compreender representações dos profissionais da saúde mental sobre a sexualidade das pessoas com transtornos mentais e como se engajam no cuidado integral e estas pessoas.

Aponta-se como pressupostos:

- 1- As mudanças para a atenção integral exigem a reconstrução de conhecimentos e novas posturas por parte dos profissionais de saúde e instituições, rompendo com paradigmas anteriores da assistência em saúde fundados na doença e não no sujeito.

- 2- A reorganização do trabalho para a atenção integral é marcada pela disponibilidade psicoafetiva do profissional que utilizará de mecanismos de defesa para enfrentar as ansiedades e angústias, que dependem das representações sobre o trabalho, sobre sexualidade, em geral, e sobre a interface entre saúde mental e sexualidade da pessoa com transtornos mentais.
- 3- As representações dos profissionais podem ser 'acomodadas' ou reelaboradas, dependendo da trajetória pessoal do profissional, de sua experiência profissional e da instituição ou serviço de saúde no qual trabalha. Representações estão nas práticas e são explicitadas em ações e palavras em seus cotidianos de trabalho.
- 4- Quanto maior for a capacidade de aceitação das diferenças nos domínios que concernem à saúde mental e à sexualidade, maior será a disponibilidade do profissional para contribuir na promoção da saúde sexual das pessoas com transtornos mentais.

A realização de estudos que contemplem a temática da sexualidade de pessoas com transtornos mentais no enfoque teórico-metodológico das representações é de grande relevância, tendo em vista a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde publicada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008c). Esta agenda, reiterada nos últimos anos, prioriza projetos de pesquisa que abordem preconceito, estigma, cidadania e direitos de pessoas com transtorno mental, que tratam da subjetividade de usuários e trabalhadores e que têm inteira pertinência com tal enfoque, pertencendo ao campo da sociologia e da psicossociologia.

Espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir para a melhoria da atuação dos profissionais que se propõem a trabalhar nos serviços de saúde



mental em relação à sexualidade das pessoas por eles assistidas, dentro da dimensão do cuidado integral. Acredita-se, portanto, que os resultados desta pesquisa favoreçam o fortalecimento de propostas de integralidade da atenção à saúde, com perspectivas de superação de preconceitos e de adoção de novos modos de lidar com as concepções de saúde e doença, especialmente para este grupo mais vulnerável socialmente.

## **1.1 Objetivos**

### **1.1.1 Objetivo Geral**

Compreender representações de profissionais que atuam nos serviços de saúde mental da rede pública de Minas Gerais sobre sexualidade e saúde sexual de pessoas com transtornos mentais.

### **1.1.2 Objetivos Específicos**

- a) Conhecer representações de profissionais de saúde mental sobre sexualidade de pessoas com transtornos mentais.
- b) Interpretar estas representações considerando reflexões e práticas relatadas sobre sexualidade e saúde sexual dos usuários dos serviços de saúde mental.
- c) Identificar aspectos facilitadores e dificultadores para a atenção integral, especialmente aqueles referentes à sexualidade e prevenção das IST e HIV/Aids, sob a ótica dos profissionais da saúde mental.

## **CAPÍTULO 2: REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 Sexualidade, Saúde Sexual e as Ciências Sociais**

O estudo científico sobre sexo e sexualidade é relativamente recente. A maioria das investigações elaboradas sobre esta temática surgiu nos últimos cem anos. No entanto, a palavra sexo, adotada do francês antigo *sexe*, e por sua vez, do latim *sexus* (masculino), foi utilizada pela primeira vez, na língua inglesa, nos finais do século XIV para distinguir o masculino do feminino (ROUDINESCO, 1998).

O conceito de sexualidade é bastante difícil de ser determinado, tendo em vista que cada campo do conhecimento traz concepções diferentes, fazendo-o polissêmico. Ao visitar o campo da psicanálise, por exemplo, tem-se que, no fim do século XIX, havia uma preocupação muito grande com sexualidade, pois era considerada como um determinante fundamental da atividade humana. Na gênese dos sintomas neuróticos, a sexualidade era uma evidência e o fator sexual, a causa primária, culminado com a criação da sexologia como ciência biológica e natural do comportamento sexual (ROUDINESCO, 1998).

Entre as ciências sociais, a sociologia e a antropologia têm investido no tema. A primeira tem contribuído com grandes inquéritos sobre o comportamento sexual da população, enquanto a segunda, em princípio, tem respondido pelas descrições detalhadas de valores e práticas de grupos sociais demarcados.

Heilborn (1999) lembra que a sexualidade não é um objeto de estudo novo ou estranho à tradição disciplinar antropológica e, como tal, insere-se no conjunto de regras sobre a reprodução biológica e social de uma dada comunidade. A autora afirma, ainda, que a desassociação entre sexualidade e reprodução biológica da

espécie, a partir do desenvolvimento dos métodos contraceptivos hormonais nos anos de 1960 e o advento da epidemia de HIV/Aids na década de 1980, deram novo impulso às investigações sobre sistemas de práticas e representações ligados à sexualidade, constituindo-a como um campo de investigação em si, dotado de legitimidade.

Ao se realizar um levantamento das investigações sobre sexualidade, depara-se com um crescimento particularmente expressivo a partir de estudos sobre gênero, cujo desenvolvimento está estreitamente ligado aos movimentos sociais, como o feminista e o de liberação homossexual (HERA, 1999; HEILBORN, 1999; 2006; HEILBORN *et al.*, 2006). Tal vinculação aponta para uma das características mais importantes das ciências sociais: sua porosidade em relação às questões que inflamam a vida social em um dado momento (HEILBORN; SORJ, 1999).

Gagnon (2006) afirma que houve imensas mudanças nas atitudes sociais a respeito sexualidade, na aceitação da diversidade sexual e na proliferação de representações culturais e debates públicos sobre os problemas do sexo. Sexo, sexualidade e gênero têm estado no centro de vastas mudanças culturais nos últimos cinquenta anos – a mudança do papel social das mulheres; a maior consciência da sexualidade feminina; o surgimento de identidades sociais baseadas em preferências sexuais; o desenvolvimento de formas eficazes de contracepção; a crescente prevalência do sexo antes do casamento; a mudança nas concepções de casamento, divórcio e coabitação; bem como a inseminação artificial, o exercício solitário da função parental e as novas configurações de família. Muitas dessas mudanças culturais costumam ser incluídas no que se descreve como “revolução sexual”.

Nessa perspectiva, os trabalhos de John Gagnon e William Simon (1973) proporcionaram uma nova maneira de pensar sobre o sexo e a mudança social, introduzindo uma concepção minuciosa do comportamento sexual como um processo aprendido, que é possibilitado não por impulsos instintivos ou exigências fisiológicas, mas por se inserir em roteiros sociais complexos, que são específicos de determinados contextos culturais e históricos. Sua abordagem considera a importância da ação individual e dos símbolos culturais na condução do comportamento e das atividades sexuais.

Gagnon e Simon (1973) apontam, ainda, que não se pode negar que o que convencionalmente descrever como comportamento sexual enraíza-se em aptidões e processos biológicos, porém não mais do que outras formas de comportamento. Para eles, “a área sexual talvez seja precisamente o campo em que é mais completa a superioridade do plano sociocultural em relação ao biológico” (GAGNON; SIMON, 1973, p.15). Assim, interpretam o comportamento sexual como sendo completamente social; redefinindo a sexualidade, levando-a do conjunto de impulsos biológicos e da repressão social para o campo de iniciativa social e de ação simbólica, reinventando, portanto, a pesquisa sobre a sexualidade como ciência social.

Para Stearns (2010), o comportamento sexual é determinado por uma combinação de fatores. Os impulsos básicos variam de uma pessoa para a outra, mas obviamente contribuem para as atividades sexuais em qualquer período da história. O comportamento sexual também é moldado por conjunturas econômicas fundamentais, particularmente porque são essas circunstâncias que estipulam o número de filhos que tanto as sociedades como as famílias querem ter. Em parte, traduzindo os arcabouços econômicos, mas também exercendo influência

independente, as culturas moldam a sexualidade – primeiramente e antes de tudo, a religião - mas também a ciência em geral, a medicina, a magia e o consumismo, por exemplo. Considerar a sexualidade o produto de três sistemas interligados – impulsos biológicos, imperativos econômicos e culturais – ajuda a distinguir os aspectos mais importantes da mudança histórica e também as variedades e formulações sociais no âmbito histórico.

A discussão sobre o direito à saúde sexual, paralelamente à discussão sobre saúde reprodutiva, é parte constitutiva de um debate mais amplo sobre os Direitos Humanos fundamentais que, nas sociedades modernas, institucionalizou-se por meio de leis internacionais e nacionais, normas, institutos jurídicos, medidas administrativas e judiciais. Trata-se de uma trajetória de lutas e conquistas cujo marco inicial remete a 1919, quando a Organização Internacional do Trabalho regulou a proteção à maternidade, impondo limites ao trabalho das mulheres grávidas. Contudo, para que os Estados implementassem, de fato, políticas públicas de promoção e atenção às saúde sexual e saúde reprodutiva, muitos esforços foram e continuam sendo lançados cotidianamente pela gestão pública e pela sociedade civil organizada (VENTURA, 2004).

Tais políticas, incluindo as sobre sexualidade, inscrevem-se, de forma mais explícita, na problemática epidemiológica da saúde reprodutiva, cujas doenças e agravos são, ainda, a principal causa de morte ou de enfermidades entre mulheres de 10 a 49 anos de idade. São inúmeros os motivos que contribuem para esse quadro, entre eles, a existência de tabus, preconceitos e estigmas relacionados ao livre exercício da sexualidade e, de certo modo, a dificuldade em reconhecer os direitos sexuais e reprodutivos como direitos fundamentais (BRASIL, 2006a).

Paralelamente, o Ministério da Saúde define Saúde Sexual como a habilidade de mulheres e homens, jovens e adultos, para desfrutar e expressar sua sexualidade, livre de imposições, violência ou discriminação, sem riscos de infecções sexualmente transmissíveis ou gestações não desejadas (BRASIL, 2006a).

Para que sejam implementadas políticas de acordo com esta concepção, não se pode deixar de lado o contexto psicossocial no qual a sexualidade se molda e se exprime, como destaca Gagnon (2006). Para esse autor, a sexualidade está inserida em roteiros sociais complexos, específicos de determinados contextos culturais e históricos, sendo importante tanto a ação individual como os símbolos culturais na condução do comportamento e das atividades sexuais (GAGNON, 2006; OLTRAMARI, 2007). Assim, é na vertente das Ciências Sociais, tendo como base o enfoque de Gagnon (2006) sobre a sexualidade, que as representações dos profissionais de saúde mental serão analisadas neste estudo.

## **2.2 Representações sobre doença mental e sexualidade de pessoas com transtornos mentais**

Em pesquisa realizada no início dos anos 1970, Jodelet analisou representações sobre a loucura, em uma pequena cidade no centro da França, Ainay-le-Château, onde, desde 1900 os pacientes psiquiátricos estavam sob os cuidados das famílias locais. A autora buscou compreender de que forma a comunidade recebia e absorvia os pacientes, como se relacionavam com a loucura, como as representações se formaram e como funcionavam naquele cotidiano.

Jodelet (2001) identificou nesse cenário as necessidades de diferenciação entre a pessoa considerada louca e as sãs e o modelo da fusão com a alteridade,

que marcavam aquela vivência social. A autora apresenta num esquema, o conteúdo das representações, identificando sua relação com as emoções e comportamentos cotidianos, ressaltando o quanto esse conteúdo simbólico, que guia as relações diárias com o louco, é desconhecido para os próprios habitantes da comunidade, ou seja, o representado *versus* o agido. Jodelet entrevistou habitantes de uma comunidade em que pessoas com transtornos mentais viviam como pensionistas, junto a famílias locais. Após uma análise aprofundada do conteúdo implícito em entrevistas, a autora identificou práticas de discriminação por parte dos moradores do vilarejo em relação aos seus pacientes: excluía-los sutilmente, marginalizando-os. Uma representação que tomava o louco como uma ameaça era responsável por um distanciamento entre os habitantes do lugar e as pessoas com transtornos mentais.

Buscando examinar a teoria ingênua sobre o que é loucura e o louco, sua formação e seu funcionamento, a autora aponta que ao derrubar as barreiras físicas do hospital não se eliminam as barreiras psicológicas. Apelar para a tolerância ao louco não atinge o problema em sua profundidade; pois o preconceito não é eliminado, apenas denegado (JODELET, 2001).

Nesta mesma vertente, o estudo de Giami (2004) cujo objeto foram as representações da sexualidade de deficientes mentais; sobretudo, representações dos pais e dos educadores, buscou interpretar posturas que deveriam adotar em relação às necessidades e experiências de vida sexual dos deficientes mentais. Qual atitude tomar? Proibição da atividade sexual? Esterilização como método contraceptivo? E no caso de uma gravidez, quem cuidará do bebê do deficiente? Essas perguntas permitiram uma análise aprofundada que apontou que o exercício da sexualidade dos adolescentes, assim como a sexualidade dos deficientes, geram



consequências que afetam não só o nível individual, mas especialmente o nível familiar e social, pela situação de dependência afetiva e econômica em que se encontram. Tais questões representam um desafio para os profissionais de saúde pública pela complexidade dos fatores nelas envolvidos, trazendo repercussão, ainda entre os profissionais que trabalham com educação especial e entre os pais desses educandos.

A originalidade do estudo reside no fato de não ser uma pesquisa específica sobre a sexualidade do deficiente mental, mas, conforme diz o autor, o estudo aborda as “representações do ‘problema colocado pela sexualidade de adultos jovens deficientes mentais’ para as pessoas que – supomos – pensavam e diziam existir ‘um problema’, principalmente os pais e os educadores colocados em contato direto com esses ‘adultos jovens deficientes mentais’” (GIAMI, 2004, p. 12).

No estudo supracitado, a análise das representações das condutas de regulação elaboradas pelos pais e pelos educadores, as posições de cada grupo, quando confrontadas na prática, parecem muito próximas. Enquanto as representações da sexualidade e as representações do outro grupo aparecem como os elementos de afirmação da contradição e do estabelecimento de uma distância entre os dois grupos, não se encontram as mesmas oposições no âmbito das condutas. Os pais aparecem muito rigorosos quanto ao controle que utilizam. Os educadores que, num plano ideal, desejariam utilizar regulações menos repressivas, mostram-se obrigados a adotar as condutas repressivas que lhes provocam uma ressonância ambivalente: elas constituem uma resposta ao mal-estar suscitado pela sexualidade dos deficientes, ao mesmo tempo em que suscitam certa dissonância em relação à adesão às ideologias permissivas (GIAMI, 2004). Pode-se constatar, assim, que os pais e profissionais não percebem e nem descrevem as

manifestações da sexualidade dos deficientes mentais da mesma forma, nem com a mesma intensidade emocional subjacente. As atitudes dos pais e dos profissionais, tanto quanto suas práticas para regular e cuidar da sexualidade dos deficientes mentais situam-se em perspectivas diferentes.

Nesta vertente, o autor analisa as formas de organização social da sexualidade que são impostas às pessoas com deficiência mental, apontando a forte predominância nestes estabelecimentos do modelo das “instituições totais” descritos por Goffman (1982).

As conclusões apresentadas no estudo apontam para a identificação de uma estrutura bipolar, assim chamada por apresentar representações complementares e ao mesmo tempo antagônicas, sobre a sexualidade dos deficientes mentais. Giami (2004) constatou que a estrutura bipolar era constitutiva da representação no plano individual e intrapsíquico. A oposição e a complementaridade, que se designou como estrutura bipolar, existentes entre a dimensão de “anjo” e aquela de “fera” confirmaram-se pelas representações de “criança a ser protegida” e de “monstro a eliminar”. A oposição entre a figura do “anjo” e da “fera” aparece em última análise como uma estrutura fundamental das representações da sexualidade. “Uma representação que associa, num mesmo conjunto, as dimensões da falta e do excesso, presentes em cada um de nós e projetadas defensivamente nos outros” (GIAMI, 2004; p. 15).

Desta forma, o estudo de Giami (2004) fornece novos subsídios para os profissionais refletirem acerca de suas práticas e modos de pensar, que podem contribuir na busca de saídas originais dentro do contexto de atuação frente aos difíceis e dolorosos problemas que a sexualidade dos deficientes mentais coloca para as famílias e as instituições.

Tais referências trazem aporte fundamental para as discussões sobre as representações propostas no presente estudo, por considerarem que as regulações da sexualidade aparecem como resultado de compromissos entre as posições pessoais e as “realidades” institucionais. Também refletem a falta de correspondência entre o que se crê que se deva fazer e o que se realmente se faz.

### **2.3 Sexualidade, Infecções Sexualmente Transmissíveis e a Saúde Mental**

Ao se retomar a história, observa-se que a loucura ou insanidade ou transtorno mental, na sociedade, sempre foram a expressão (cada denominação a seu tempo) de uma situação que leva os sujeitos loucos, insanos ou com transtorno mental à exclusão social. São pessoas que carregam um estigma social.

O sexo, encarado como objeto de prazer, esteve aliado à argumentação fortalecedora da construção estigmatizante e segregadora de causa do desencadeamento da loucura, pelo aspecto incontido de sua natureza.

Inicialmente, coube à Igreja preocupar-se com a relação sexo-loucura e vice-versa. Posteriormente, com o progresso, a medicina assume, por meio do discurso da ciência, o poder e o controle para julgar e estabelecer normas, comportamentos e práticas sexuais e sociais (MIRANDA, 1996; BARBOSA; PARKER, 1999; LOURO, 1999; MIRANDA e FUREGATO, 2002; LEFREVE e FEVREFE, 2007).

A história também mostra que o centro da assistência à saúde mental sempre foi a doença, com a necessidade de instituições específicas para seu controle e, em geral, por meio da retirada do convívio social qualquer pessoa fora dos padrões considerados normais (RESENDE, 2000). Porém, em consonância com os debates internacionais sobre a cidadania das pessoas com transtornos mentais, tal

paradigma foi questionado, resultando, no Brasil, nas propostas aprovadas na Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2005a).

Desde o início do debate nacional sobre a nova lei da reforma psiquiátrica, a partir de 1989, instalou-se nos meios profissionais e científicos importante debate sobre a mudança do modelo assistencial, o que incluiu reflexões sobre concepções de loucura, sofrimento mental e métodos terapêuticos. Este debate ainda é uma das marcas do processo de reforma no Brasil e está presente nas universidades, nos serviços, nos congressos e publicações científicas e na imprensa corporativa, das associações e conselhos profissionais. Apesar dos esforços para implantação da reforma, dificuldades persistem, sendo uma delas crucial: a formação adequada de pessoal de saúde, capaz de enfrentar os desafios impostos para o alcance de atenção integral em saúde (BRASIL, 2005a). Nesse espaço é que se insere a discussão sobre integralidade da atenção, que compreende a intercessão de sexualidade e saúde mental. Muitos profissionais de saúde apresentam dificuldades de lidar com a sexualidade das pessoas com transtornos mentais (PTM), por acreditarem em uma sexualidade sem controle ou por negarem-na como real na vida dessas pessoas (MIRANDA, 1996; OLIVEIRA, 1998; MIRANDA e FUREGATO, 2002; MIRANDA; FUREGATO e AZEVEDO, 2008; BRITO; OLIVEIRA, 2009). Tais crenças parecem estar fundadas em valores relativos à doença mental e à experiência com os efeitos adversos dos medicamentos utilizados pelos pacientes. O fato é que pessoas com transtornos mentais pensam e vivem suas sexualidades, representando-as como qualquer outro sujeito da população em geral (FREITAS *et al.*, 2008; PENCE, 2009).

Essa última afirmação se justifica, ainda, nos achados do Projeto Pessoas I (GUIMARÃES *et al.*, 2009), estudo amostral realizado no Brasil entre 2006 e 2008. A

pesquisa, já apresentada anteriormente, difere dos demais estudos existentes até o presente, inclusive dos internacionais, porque trata-se de análise de prevalência das IST e Aids, com abrangência nacional. Os resultados do Pessoas I apontaram que a grande maioria dos participantes já teve relação sexual (87,6%) ao longo da vida, com menor proporção de sexualmente ativos nos últimos seis meses (61,3%). A primeira relação sexual ocorreu antes de 18 anos para a maioria (67%), e, em geral, deu-se com um parceiro do sexo oposto, tanto para mulheres (98,1%) quanto para homens (90,2%) (CAMPOS *et al.*, 2008; GUIMARÃES *et al.*, 2009; 2013a). O uso de preservativo foi extremamente baixo nessa população. Apenas 8% declararam ter usado preservativo em todas as relações sexuais durante a vida, enquanto somente 16,2% usaram preservativo em todas as relações sexuais nos últimos seis meses. Dos participantes sexualmente ativos, 39,8% e 60,1% nunca usaram preservativos em toda a vida ou nos últimos seis meses, respectivamente (DUTRA; CAMPOS; GUIMARÃES, 2013; GUIMARÃES *et al.*, 2013a).

O eixo qualitativo do Projeto PESSOAS I apontou também a permanência e a relevância dos comportamentos de risco da PTM, como o uso irregular ou inexistente de preservativo em relações vaginais ou anais, em geral; relações sexuais com múltiplos parceiros, com usuários de drogas injetáveis, com pessoas sabidamente soropositivas ou de alta vulnerabilidade para HIV e com profissionais do sexo; além de relações sexuais em troca de dinheiro, bens ou drogas (BARBOSA, 2011; BARBOSA; FREITAS, 2011; GUIMARÃES *et al.*, 2013b).

Tais achados são reportados também em outros estudos nacionais e internacionais, confirmando a ocorrência de altas taxas de incidência de IST e HIV/Aids entre pessoas com transtornos mentais, além de apresentarem comportamento sexual de risco e uso de drogas. (COURNOUS *et al.*, 1994;

SUSSER *et al.*, 1995; CAREY *et al.*, 1997; CURNOS e McKINNON, 1997; THOMPSON *et al.*, 1997, CHOPRA; ERANTI e CHANDRA, 1998; GRASSI *et al.*, 1999; DAVIDSON *et al.*, 2001; ROSENBERG *et al.*, 2001, LOGAN; COLE e LEUKEFELD, 2002; McKINNON; CURNOS e HERMAN, 2002; MEADE e SIKKEMA, 2007; MEADE, 2006; DEVIEUX *et al.*, 2007; PINTO *et al.*, 2007; DUTRA; CAMPOS e GUIMARÃES, 2013; GUIMARÃES *et al.*, 2013a). Rosenberg e colaboradores (2001) encontraram, por exemplo, prevalência sete vezes mais alta para HIV, quatro vezes mais alta para hepatite B e dez vezes mais alta para hepatite C em indivíduos com transtornos mentais quando comparadas à população geral. O que mais agrava o quadro descrito é o fato de que, na maior parte das vezes, essas pessoas apresentam distorção da percepção para o risco de infecção e não adotam a prática do sexo protegido, além da dificuldade de adoção de outras medidas preventivas e de acesso ao tratamento quando se infectam e adoecem (GOMES, 2010; GUIMARÃES *et al.*, 2009; 2010).

Curnos e Mckinnon (1997) ressaltam que, embora a infecção pelo HIV tenha aparecido nas pessoas com transtorno mental no início da epidemia, investigações sistemáticas foram iniciadas somente após a década de 1990, em parte devido à falsa premissa sobre sexualidade e falta de atividade sexual nessas pessoas.

Dentre esses estudos, Weinhardt e colaboradores (1998) apontaram diferenças de risco para homens e mulheres com transtornos mentais, o que foi também encontrado por Barbosa *et al.* (2013), ao apresentar a análise dos dados brasileiros, considerando-se o gênero. As mulheres foram consideradas com maior chance para o risco de infecção pelo HIV. Para esses autores, mulheres com transtornos mentais têm baixo acesso às oportunidades de emprego e renda, além de acesso limitado aos cuidados adequados de saúde, em geral. Tendem a viver em

ambientes com altas taxas de crime e uso de drogas e são mais susceptíveis que as mulheres da população geral a envolvimento em relações de violência e abusos físicos e sexuais. Além disso, os resultados indicam que tanto homens quanto mulheres apresentam-se mais preocupados com uso de drogas, crime, discriminação, problemas financeiros e gravidez do que com os riscos de se infectarem pelo HIV, reiterado pelos achados epidemiológicos do PESSOAS I (GUIMARÃES, 2012).

Perry e Wright (2006) comparam a sexualidade de pessoas com problemas mentais graves com a população em geral de dois institutos, um de referência em saúde mental e o outro em saúde geral, dos Estados Unidos, investigando as diferenças entre comportamento e identificando fatores que influenciam a vivência da sexualidade nesses dois grupos. Os resultados mostraram que uma amostra significativa dos pacientes de saúde mental é do sexo masculino, com menor escolaridade, mais velhos, solteiros e sem parceiros fixos. A maior duração dos relacionamentos, na amostra, foi de três meses. Segundo os autores, os fatores que influenciam a atividade sexual nas pessoas com transtornos mentais são os mesmos na população em geral: estado civil, sexo, anos de escolaridade, religião. Porém, os resultados sugerem uma importante diferença nas formas de relacionamentos das pessoas com transtornos mentais graves e da população em geral, pois as primeiras não possuem parcerias fixas e as segundas, geralmente, têm pelo menos uma, o que também foi encontrado nos resultados do PESSOAS I (BARBOSA *et al.*, 2013; DUTRA; CAMPOS; GUIMARÃES, 2013). Este contexto evidencia, então, a condição de maior exposição e vulnerabilidade que se encontram as PTM no que diz respeito ao risco de infecção pelas IST e Aids.

## 2.4 Integralidade no Campo da Saúde Mental

O Sistema Único de Saúde brasileiro tem, como uma das diretrizes, a integralidade de ações e serviços de saúde, com integração de níveis de assistência e de práticas profissionais (BRASIL, 1990). Mattos (2001) afirma que o conceito de integralidade refere-se ao modo de organizar as práticas profissionais, os serviços de saúde e as políticas públicas. O autor considera a integralidade como um fio condutor que perpassa essas três instâncias e implica uma recusa ao reducionismo e à objetivação dos sujeitos, além de afirmar a abertura constante para o diálogo.

Para Pinheiro (2001), a integralidade é uma ação resultante da permanente interação entre os atores na relação entre oferta, demanda e necessidade de atenção à saúde, considerando aspectos objetivos e subjetivos. Confere uma noção de movimento à integralidade, dependente das relações humanas, incluindo os aspectos subjetivos envolvidos na produção da saúde.

A integralidade é indispensável para se produzir uma saúde de qualidade, porém é inalcançável, segundo Camargo Jr. (2003). Ele considera que as práticas dos profissionais de saúde conseguem se aproximar do ideal sem, no entanto, atingi-lo, devido à polissemia e grandiosidade conferida à integralidade.

A integralidade, segundo Matta (2007), pressupõe considerar o ser humano em sua totalidade e as várias dimensões do processo saúde-doença-cuidado que afetam o indivíduo e a coletividade. Além disso, diz respeito à unicidade do atendimento, historicamente cindido em ações preventivas e curativas consideradas dicotômicas no processo de organização formal e institucional da saúde. Desse modo, integra as dimensões da prevenção, proteção, promoção e recuperação da saúde por meio da prestação continuada do conjunto de ações e serviços



destinados ao indivíduo e à coletividade. É necessário prever a articulação do setor saúde com outros setores que tenham repercussão na qualidade de vida das pessoas e dos distintos grupos sociais para que haja “compreensão das diversas dimensões que determinam a produção da saúde e da doença, envolvendo o sujeito como um todo e suas relações com a sociedade e o meio ambiente e não apenas sua descrição biológica” (MATTA, 2007, p. 71).

A integralidade exige também, conforme o autor supracitado, o esforço de se identificar necessidades diferenciadas, determinadas pela natureza dos processos que incidem em grupos específicos, ao mobilizar saberes e recursos materiais correspondentes a essas especificidades. Coloca-se, portanto, a exigência de conhecimentos e práticas que estruturam o processo de trabalho em saúde e que devem constituir-se em ordenadores das necessidades de educação permanente para qualificar o trabalho.

No que diz respeito às vivências da sexualidade, cabe destacar que são consideradas parte integrante de uma vida saudável e plena, vivida de acordo com a trajetória psicossocial dos sujeitos que fundamenta suas escolhas, e deve sempre ser considerada quando se busca o cuidado integral a qualquer pessoa. A consideração atual da saúde sexual como uma questão de direitos humanos torna essa abordagem essencial nos serviços de saúde, incluindo aqueles de saúde mental.

A construção da Reforma Psiquiátrica no Brasil toma os direitos humanos como base para o questionamento central sobre os cuidados e a organização dos serviços de atenção aos loucos vigentes à época. O início do movimento, ao final da década de 1970, foi influenciado por movimentos semelhantes em outros países e pela conjuntura da redemocratização. Além da reforma no plano

assistencial, que previa a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por uma rede de serviços territoriais de atenção psicossocial, a desinstitucionalização, o movimento passou a almejar uma mudança na lógica de abordagem do chamado “louco”, defendendo sua cidadania e questionando a incapacidade e a periculosidade frequentemente associadas a ele.

Segundo Andreoli e colaboradores (2007), na maioria dos países ocidentais, incluindo o Brasil, a assistência psiquiátrica tornou-se um complexo problema de saúde pública, só questionado a partir de meados do século XX. No Brasil, considera-se que o movimento de Reforma Psiquiátrica teve início no contexto da Reforma Sanitária, com princípios comuns para a reorientação do modelo de atenção, como a territorialização, a noção ampliada do processo de saúde-doença-cuidado, a integralidade e a interdisciplinaridade, além de outros (REMEN, 1993; NUNES; JUCÁ e VALENTIM, 2007).

A Conferência Regional para Reestruturação da Atenção Psiquiátrica, realizada em Caracas, em 1990, foi o marco a partir do qual se iniciou o processo de maiores transformações no campo da saúde mental (AMARANTE, 1995). A Declaração de Caracas, documento elaborado ao final do evento, passou a inspirar a melhoria da saúde mental das populações nos países da América Latina e Caribe, propondo uma saúde mental mais atenta às necessidades e aos direitos das pessoas e mais integrada à comunidade e ao sistema geral de saúde (BRASIL, 2010).

Por meio desta legislação, buscou-se substituir o modelo hospitalocêntrico, até então hegemônico no Brasil, pelo modelo de atendimento psiquiátrico comunitário, com serviços de saúde mental descentralizados, multiprofissionais e diversificados (ANDREOLI, 2007). Embora marco inegável para a consolidação do

atendimento psiquiátrico comunitário, a promulgação da Lei 10.216 não foi um ato isolado, sendo o resultado de um processo científico-político-social, iniciado na década de 1950 nos países europeus e no final da década de 1970 em contexto brasileiro (Amarante, 1995), com redução do número de leitos psiquiátricos e o aumento progressivo da quantidade de Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), além de outras medidas de caráter social e econômico.

Oficialmente, a reforma psiquiátrica brasileira completou uma década em 2011, pois a Lei 10.216, que alterou a política pública para a saúde mental, ocorreu em 6 de abril de 2001 (BRASIL, 2001). No entanto, a mudança da política pública para o atendimento psiquiátrico não representou, ainda, a concretização do processo de reforma psiquiátrica no Brasil nem em termos legislativos e ainda menos para a adaptação dos envolvidos no cotidiano do tratamento psiquiátrico. Pinto e Ferreira (2010) destacam que, após a promulgação da Lei 10.216, outras oito leis estaduais e diversas portarias e programas foram criados para regulamentação do atendimento psiquiátrico comunitário. Esta proposta encontra-se, ainda, em processo de construção, e vem enfrentando diversos desafios para sua consolidação, sobretudo porque trouxe ao debate científico da psiquiatria e da saúde mental o tema inóspito da organização dos serviços de saúde, saúde pública, acessibilidade, garantia da qualidade de atenção para toda a população (BRASIL, 2005b). Mesmo assim merecem destaque o programa "De volta para casa" e a Portaria 336/GM, que atribui aos CAPS o papel central na psiquiatria comunitária brasileira como avanços importantes no processo (BRASIL, 2003; DELGADO *et al.*, 2007).

Vidal, Bandeira e Gontijo (2008) lembram, no entanto, que nem todos os serviços substitutivos previstos foram implantados na prática. A cobertura dos

serviços psiquiátricos comunitários e os recursos financeiros investidos nos serviços existentes permanecem insuficientes, faltam profissionais qualificados para o trabalho e não houve preparo adequado das famílias e comunidades para o convívio com as pessoas com transtornos mentais (BARROSO; SILVA, 2011).

Fora os aspectos supracitados, vale lembrar que a mudança na estrutura do atendimento ou mesmo em seu foco, não garante a cidadania às pessoas com transtornos mentais. Pinto e Ferreira (2010) atentam que o deslocamento do foco do tratamento para a reabilitação psicossocial, considerando-a como algo que pode ser ensinado às pessoas com transtornos mentais, apresenta o risco de mantê-las na condição de eternos “psiquiatrizados”. Esses autores retomam o entendimento de Deleuze (1992), apresentado no texto "*Post-scriptum sobre as sociedades de controle*", para argumentar que, sem a devida reflexão, o novo modelo psiquiátrico brasileiro tem apenas intercalado velhas formas de controle social por novas.

Nesse mesmo sentido, Venturini (2003) questiona a relação entre as pessoas com transtornos mentais e os profissionais de saúde, pois a psiquiatria comunitária prevê que estas pessoas e suas famílias participem das decisões sobre o tratamento, o que garantiria igualdade de poder entre os personagens envolvidos com a saúde mental.

Assim, destaca-se que a Reforma Psiquiátrica não deve se limitar apenas a superação do hospital psiquiátrico: não se trata simplesmente de uma desospitalização, mas de uma desinstitucionalização; ou seja, busca-se intervir nas relações de poder que segregaram a loucura, estando em jogo a conquista de cidadania (MATTOS, 2001).

As concepções e práticas de saúde, segundo o novo paradigma da Reforma Sanitária e Psiquiátrica, ao adotarem o território como estratégia, fortalecem a ideia

de que os serviços de saúde devem integrar a rede social das comunidades em que se inserem, assumindo a responsabilidade pela atenção à saúde nesse espaço e incorporando, na sua prática, o saber das pessoas que o constituem (PENIDO *et al.*, 2010). Assim, a atitude terapêutica deve basear-se não na tutela, mas no contrato, no cuidado e no acolhimento.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2013), o percentual de pessoas com transtornos mentais que não recebem tratamento adequado, em países em desenvolvimento, chega a 90%, o que aponta o impacto dos agravos em saúde mental na população e, também, na atenção primária à saúde (LYRA, 2007). De acordo com estimativas internacionais e do Ministério da Saúde, 3% da população necessita de cuidados contínuos (transtornos mentais severos e persistentes) e mais de 9% precisam de atendimento eventual (transtornos menos graves) (BRASIL, 2004). Além disso, a Organização Mundial de Saúde aponta que os transtornos mentais correspondem a quatro das dez principais causas de incapacidade no mundo todo. Apesar de responderem por aproximadamente 12% das doenças, os orçamentos destinados à promoção da saúde mental da maioria dos países representam menos de 1% das despesas totais com a saúde. Além disso, essas doenças afetam pessoas de todas as idades com diversos níveis de escolaridade, renda e cultura; o que gera um custo substancial em termos de sofrimento, incapacidade e perda econômica (OMS, 2013).

Considerando-se a busca pela almejada integralidade na assistência em saúde mental, em meio aos desafios presentes na consolidação da reforma psiquiátrica brasileira, incluindo aspectos que contemplem o direito à sexualidade saudável das PTM e a responsabilidade dos serviços nos diversos níveis de atenção à saúde, este cenário mostra-se ainda adverso. Porém, novas reflexões e

questionamentos acerca dos modos de ver, das representações ou 'pontos de vista' dos profissionais de saúde mental sobre a sexualidade das PTM poderão contribuir para o desenvolvimento de práticas educativas e de cuidados mais integrais nos serviços.

## **CAPÍTULO 3: PERCURSO METODOLÓGICO**

### **3.1 Referencial Teórico-Metodológico**

Neste estudo, utiliza-se a abordagem qualitativa, tendo como referencial teórico-metodológico a Teoria das Representações Sociais (TRS), na vertente proposta por Giami e Veil (1997).

Em relação às abordagens qualitativas de pesquisa, Cavalcante (2001) afirma que, na área da saúde, fica cada vez mais evidente a necessidade de aprofundamento de outras dimensões dos problemas, pois os achados estatísticos não conseguem explicar o motivo pelo qual as pessoas adotam determinados comportamentos e não outros, mesmo conhecendo os riscos. Corroborando, Matheus e Fustinoni (2006) apontam que enquanto a pesquisa quantitativa apoia-se nos pressupostos do positivismo e não tem respondido a determinadas questões da sociedade como um todo, nem de parte da comunidade científica, novas e velhas questões precisam ser respondidas mediante uma análise que leve em consideração a realidade dos significados, dos valores, da história e da cultura; enfim, do próprio homem.

A Teoria das Representações Sociais constituiu-se numa renovação de interesse pelos fenômenos coletivos e, mais exatamente, pelas regras que regem o pensamento social. A identificação da visão de mundo que os indivíduos ou grupos têm e utilizam para agir e tomar posição é indispensável para se compreender a dinâmica das interações sociais e clarificar os determinantes das práticas sociais (CAMPOS; LOUREIRO, 2003).

O conceito da Teoria das Representações Sociais foi proposto, inicialmente, em 1961, por Serge Moscovici, psicólogo social francês, que se opunha ao dominante modelo norte-americano que se ocupava, basicamente, dos processos psicológicos individuais. Moscovici acreditava que esse modelo era incapaz de responder às relações informais e cotidianas da vida humana, social ou coletivamente. A Teoria das Representações Sociais situa-se no campo das ciências sociais, dentre outras disciplinas da psicossociologia. Trata-se, portanto, de uma área do conhecimento que tem por objeto o estudo dos processos de interação social, e que visa caracterizar e explicar as influências mútuas entre os indivíduos e a realidade dos grupos sociais de que fazem parte (Arruda, 1998; Jodelet, 2005), considerando que os sujeitos introjetam valores e ideias que provêm do social (Jodelet, 1989; 2005; Arruda, 1998; Barbosa, 2011), mas de formas específicas, com suas singularidades e fundamentos psíquicos (GIAMI, 1994; 1995; GIAMI; SCHILTZ, 1996).

A Teoria das Representações Sociais teve como base conceitual a proposta das representações coletivas difundida anteriormente pelo também sociólogo francês Émile Durkheim, que considerava os fatos provenientes de conhecimentos inerentes à própria sociedade. Durkheim afirmava que as experiências e o saber seriam os produtos da sociedade submetida a influências externas que se estenderiam no espaço e no tempo, formando gerações que compartilham as mesmas ideias, representadas coletivamente. No entanto, este autor não aprofundou tal dimensão e reforçava a necessidade de explicação dos fatos sociais como fatos da natureza, pela sua comparação, como no geral das ciências positivistas, deixando de lado qualquer questão que dissesse respeito às formas de introjeção dessas “representações” (também intituladas por ele de opiniões) por



sujeitos em interação. Para ele, eram as causas externas que configuravam as representações, não havendo nenhuma interioridade do sujeito que devesse ser considerada (GRAWITZ, 1996).

Moscovici (2003) considera que as representações sociais são formadas por influências recíprocas implícitas no curso das comunicações interpessoais, em que as pessoas se orientam para modelos simbólicos, imagens e valores. Nesse sentido, os indivíduos adquirem um repertório comum de interpretações e explicações, regras e procedimentos que podem ser aplicados no cotidiano.

Para Jodelet (1998; 2001), as representações podem ser definidas mais explicitamente como uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, que tem um objetivo prático e concorre para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Essa modalidade tem por função a adoção de comportamentos e a comunicação entre pessoas, de modo a conferir sentido e assegurar a participação de sujeitos na sociedade, possibilitando a identificação de uns com os outros.

Giami e Veil (1997) extrapolam tais afirmações, dizendo que este repertório de interpretações inclui a *psique* do sujeito e são encontradas também nas ações, não havendo separação entre representações e práticas, como sugerem os autores previamente citados. Ao tomar-se uma representação como algo que é elaborado individual e coletivamente, a partir das trocas e interações, dentro de um determinado contexto histórico, pode-se supor que esta é responsável por dar significado e coerência ao universo vivido e se expressa em várias formas de comunicação, sendo, portanto, a própria prática dos indivíduos (GIAMI; VEIL, 1997). Embates ainda persistem neste campo, pois autores como Vieira, Amaral e

Saldanha (2007) insistem em identificar as representações como “pano de fundo” para as práticas.

A representação social é, portanto, uma forma de saber prático que liga um sujeito a um objeto, que pode ser de natureza social, material ou ideal, pois a representação encontra-se em uma relação de simbolização e de interpretação de seus significados (MATHEUS; FUSTINONI, 2006).

Todo ato de representar vincula-se sempre a um sentido simbólico, havendo, em qualquer representação, participação de dois processos, que se imbricam: ancoragem e objetivação, sendo o segundo somente possível graças ao primeiro. Eles atuam simultaneamente, modificando a realidade psicossocial diante de um determinado objeto por meio do espaço interacional. A formalização definitiva desses processos se dá pela transformação do não-familiar em familiar. Esses processos apontam que o homem em sociedade está, constantemente, buscando interpretar o novo, comparando-o com o velho, integrando-o e acrescentando novas capacidades de julgamento e decisão.

Assim, o estudo das representações possibilita a investigação de fenômenos que, muitas vezes, constituem-se em grandes problemas sociais, seja para identificá-los e interpretá-los, seja para que se compreendam sujeitos, grupos, culturas ou sociedades que deles se apropriam, estabelecem modos de convivência e ensejam intervenções e avaliações (MOREIRA; OLIVEIRA, 2000; MARQUES; OLIVEIRA e GOMES, 2004).

Atualmente, o estudo das representações sociais constitui-se em campo muito vasto de pesquisa com a capacidade de englobar ampla variedade de temas, visto que se relaciona a qualquer objeto social que é transmitido por meio da

comunicação e que tenha transcendência, fazendo parte da vida cotidiana (SOUZA, 2008).

Giarni e Veil (1997) trouxeram uma nova discussão acerca das definições e entendimento das representações descritas anteriormente; ao fundamentarem-se em noções das representações, adotando apenas o termo 'representações'. Os autores afirmam que as representações são uma construção do sujeito como sujeito social, agregando informações e vivências tanto de caráter científico como do senso comum, com sua maneira própria de introjetá-las e explicitá-las. Por isso, consideram que toda representação é de caráter social e psicológico, não havendo a necessidade de adjetivá-la, como o faz Moscovici (2003): "ela obtém seus conteúdos dos materiais presentes na sociocultura contemporânea e passada, funcionando como o imaginário". Giarni (2007) explica que "não há ruptura entre as expressões e significados individuais e coletivos das representações, mas homologia, o que se traduz em uma abordagem que considera que o social está contido e é observável no discurso individual". Nesse sentido, pode-se afirmar que os sujeitos sociais constroem representações e as estruturam, introjetando-as "por processos psíquicos que fazem parte do fenômeno social em sua totalidade" (GIARNI; VEIL, 1997; 2007; GIARNI e SPENCER, 2004).

Assim, como já afirmado anteriormente, os referidos autores avançam em relação a noção apresentada por Moscovici (2003), afirmando que as representações são também construções individuais que alimentam e se modificam nas interações sociais, comungando pontos de vista, julgamentos, imagens e opiniões que se tornam, portanto, ao mesmo tempo, construções coletivas do social (GILMAN, 1988; GIARNI e SPENCER, 2004; SOUZA e FREITAS, 2012); sendo esta a base da discussão na presente pesquisa.

Por se tratar de teoria e por isso nunca acabada, a Teoria das Representações Sociais vem sofrendo questionamentos ao longo do tempo. A proposta apresentada por Giami (2007) tem uma posição instituinte em construção, sendo fruto da análise do dinamismo dos sujeitos, e, para a qual este estudo busca contribuir, ao mesmo tempo em que fundamenta-se nela.

### **3.2 Cenários do estudo**

Fizeram parte deste estudo os serviços de saúde mental que compõem a rede pública do estado de Minas Gerais das 28 Gerências Regionais de Saúde (GRS), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) I, II, III e CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial de referência para usuários de Álcool e outras Drogas), além dos Centros de Convivência, existentes no município de Belo Horizonte-MG.

Cabe aqui esclarecer que existem serviços de Saúde Mental voltados para o tratamento intensivo ou semi-intensivo de pessoas com transtorno mental que recebem, pelo Ministério da Saúde, o nome de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Contudo, em diferentes locais do país, os CAPS recebem nomenclaturas diferentes; por exemplo, em vários municípios mineiros são chamados de CERSAM (Centros de Referência em Saúde Mental). Portanto, os termos CERSAM e CAPS serão utilizados como sinônimos nesta pesquisa (BRASIL, 2004; MINAS GERAIS, 2006).

A Portaria GM 336/2002 define os critérios e classificações para um CAPS. Seu tempo de funcionamento mínimo é de 8 às 18 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana (CAPS I e os CAPS II). Há aqueles que funcionam 24 horas, incluindo os finais de semana (CAPS III) (BRASIL, 2002a). Além disso, há

diferentes modalidades de CAPS, de acordo com as necessidades e porte de cada município: CAPS I - para municípios com populações entre 20.000 e 70.000 habitantes; CAPS II - para populações entre 70.000 e 200.000 habitantes; CAPS III - acima de 200.000 habitantes (este é o único que funciona 24 horas, incluindo feriados e fins de semana); CAPSi - atende crianças e adolescentes (até 17 anos de idade), e CAPSad - que atende usuários de álcool e outras drogas cujo uso é secundário ao transtorno mental clínico. É estabelecida como cobertura adequada uma média de um CAPS para cada 100.000 habitantes, contudo este é um fator bastante variável, pois há municípios cujos CAPS atendem a territórios bem mais populosos (BRASIL, 2004; MINAS GERAIS, 2006).

Os CAPS, em geral, realizam prioritariamente o atendimento a pessoas com transtornos severos e persistentes em sua área territorial, funcionam em espaço físico independente de qualquer estrutura hospitalar, com equipes interdisciplinares próprias. Oferecem, dentre outros recursos terapêuticos, atendimentos individuais e em grupo, atendimento às famílias, atividades de suporte social e inserção comunitária, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares. Destaca-se como especificidade dos CAPS I, II e Centros de Convivência, o fato de serem serviços em que os usuários permanecem durante o dia e retornam para a residência durante a noite. Isso determina, também, um processo de trabalho diferenciado aos profissionais, quando comparado com o CAPS III que tem funcionamento ininterrupto (BRASIL, 2002a).

Em todo o estado de Minas Gerais há 139 serviços públicos de referência em Saúde Mental, com exceção dos CAPSi, que não fizeram parte do estudo, cadastrados em 84 diferentes municípios diferentes pelo Programa Estadual de Saúde Mental de Minas Gerais até junho de 2009, quando teve início a coleta dos

dados quantitativos. Os CAPSi foram, portanto, excluídos dos cenários deste estudo pelo fato da temática acerca da sexualidade exigir outras demandas e abordagens quando se refere às crianças e adolescentes, o que não foi foco nesta pesquisa.

Para o Projeto PESSOAS II, os 139 serviços existentes em Minas Gerais (CAPS I, II, III, CAPS AD e Centros de Convivência) foram convidados a participar do eixo quantitativo por meio de um questionário enviado *online* ao responsável pelo serviço, contendo perguntas que permitiam a avaliação dos aspectos objetivos do funcionamento desses serviços. Desses, foram obtidos 104 aceites, pois cinco serviços recusaram participar do estudo e outros 30 não responderam ao convite. Dentre os 104 serviços, 17 não responderam ao questionário enviado, totalizando 87 serviços participantes, dos 139 convidados originalmente.

Para a etapa qualitativa, foi feito contato telefônico e via *email* com os respondentes do questionário enviado na 1ª fase (análise quantitativa), convidando-os a participar dos grupos focais. Todos os 87 serviços de saúde mental (35 CAPS I, 26 CAPS II, 8 CAPS III, 9 CAPS AD e 9 Centros de Convivência) foram convidados a participar da fase relativa ao eixo qualitativo, obtendo-se 80 aceites. Na semana anterior à realização dos grupos, 67 serviços confirmaram presença e por fim, 54 representantes participaram da realização dos grupos focais na data e local determinados.

A FIG. 1 ilustra a distribuição dos serviços de saúde mental convidados para participação no Projeto Pessoas II, destacando os municípios participantes e não participantes.

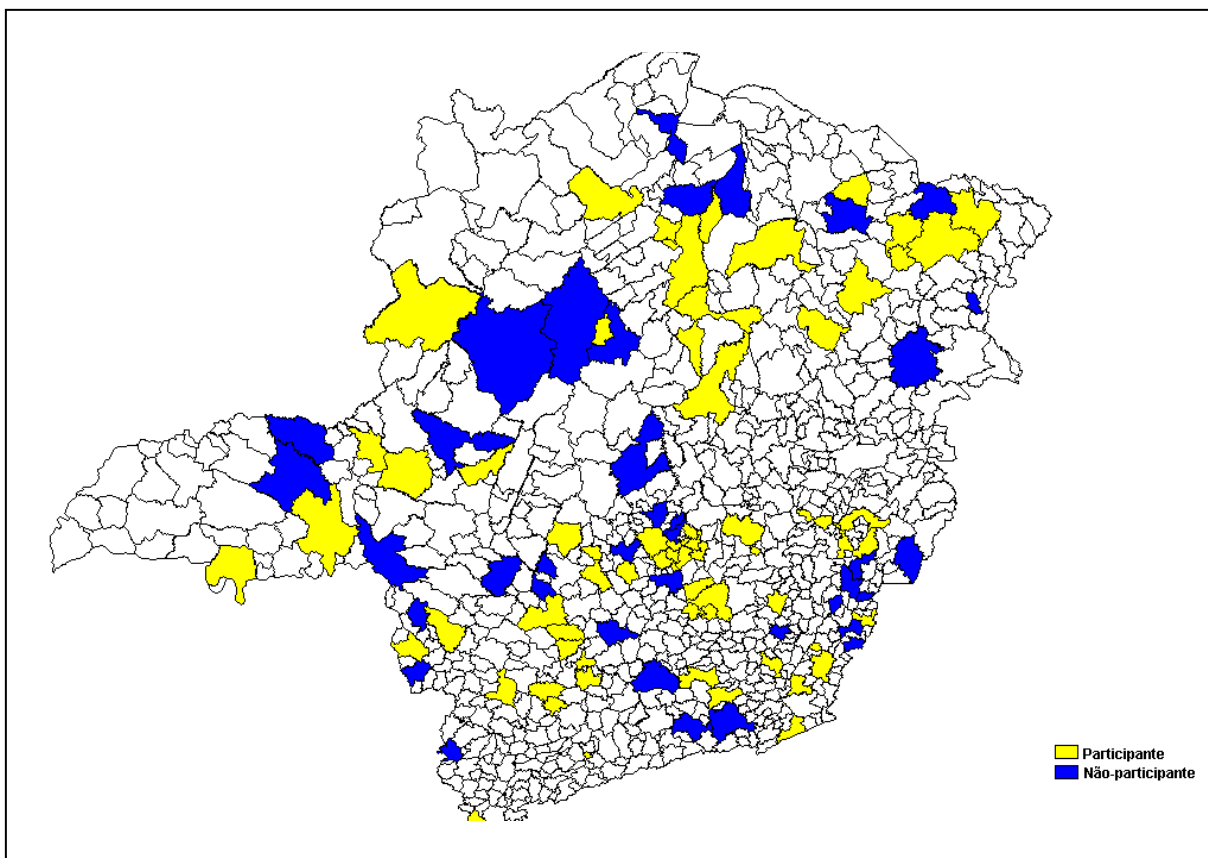


FIGURA 1 - Mapa de distribuição dos serviços de saúde mental de Minas Gerais convidados para o Projeto Pessoas II, destacando os municípios participantes e não participantes (2011).

### 3.3 Sujeitos do Estudo

No contato com os gerentes e coordenadores dos serviços de saúde mental dos municípios do estado de Minas Gerais foi realizado o convite para a participação dos profissionais nos grupos focais. Foi-lhes solicitado que indicassem um membro da equipe que fizesse parte do quadro de trabalhadores do serviço e que atuasse diretamente nos cuidados aos usuários atendidos naquele serviço ou que tomasse decisão sobre as formas de atuação da equipe. Não houve definição *a priori* de que esses profissionais fizessem parte de alguma categoria profissional específica, possuísem determinado grau de escolaridade, maior ou menor tempo de atuação no serviço, buscando compor uma amostra heterogênea, considerando assim, que

todos os profissionais que cuidam e lidam com as pessoas com transtornos mentais têm representações sobre essas pessoas, independente da sua formação profissional. Tal decisão foi tomada, ainda, por se considerar que qualquer profissional envolvido no acompanhamento dos usuários dos serviços, mesmo os que não foram sensibilizados sobre o tema da sexualidade, têm representações e refletem, de uma forma ou outra, em sua atuação na área.

Para a logística de deslocamento dos participantes de seus respectivos municípios de lotação até Belo Horizonte, foram consideradas as especificidades de cada localidade no que diz respeito ao acesso a transporte intermunicipal, horários de saída e chegada em Belo Horizonte, hospedagem para aqueles que vinham de locais mais distantes, bem como alimentação e deslocamento do hotel até a Escola de Enfermagem da UFMG, local de realização dos grupos focais. O custeio do transporte e hospedagem dos participantes provenientes de cidades mais distantes da capital foi realizado pela Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais, por intermédio da Coordenação de Saúde Mental. Os demais profissionais não necessitaram de estadia na cidade.

### **3.4 Aspectos éticos e financiamento**

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, conforme parecer ETIC 322/09 (ANEXO A).

Os sujeitos foram informados sobre o tema e os objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), como previsto pela Resolução 196/96, vigente no período da coleta de dados (BRASIL, 2002b). A cada um dos sujeitos foi esclarecido que sua participação era



livre e sua eventual desistência respeitada, não acarretando nenhum prejuízo a seu trabalho e que a fonte e os depoimentos seriam utilizados de forma sigilosa em todos os materiais produzidos.

A pesquisa obteve apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais – FAPEMIG, por meio do Programa de Pesquisador Mineiro (PPM 00554-09) e posteriormente, pelo Programa de Pesquisa para o SUS (Edital 09/2009) - PPSUS/Processo CDE – APQ-01246-10, além de apoio estratégico-organizacional e financeiro da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.

### **3.5 Técnica e Instrumento de coleta dos dados qualitativos**

A coleta de dados foi realizada por meio de grupos focais. Tal escolha deu-se ao considerar que as representações presentes nas práticas dos profissionais são explícitas e incorporadas em seus cotidianos como práticas da equipe, em suas contradições e consensos, o que seria revelado com maior facilidade com a técnica dos grupos focais.

A técnica começou a ser mais amplamente utilizada a partir da Segunda Guerra Mundial, quando Lazarsfeld, sociólogo norte-americano, serviu-se dela para avaliar propagandas criadas pelo governo para elevar o moral de civis e militares (MATHEUS; FUSTINONI, 2006). A partir de então, as coletas por essa modalidade estão sendo cada vez mais empregadas em pesquisas qualitativas, inicialmente nas ciências sociais e entre os profissionais de propaganda. No final dos anos 1970, foi descoberta por profissionais da saúde, sobretudo nas áreas de psicologia e psiquiatria (DUARTE *et al.*, 2008).

A entrevista por meio de grupo focal é usada em pesquisa qualitativa para evidenciar sentimentos e opiniões de um grupo sobre determinado assunto. Essa técnica prevê a obtenção de dados a partir de discussões cuidadosamente planejadas, nas quais os participantes expressam suas percepções, crenças, valores, atitudes, suas representações sobre uma questão específica num ambiente não constrangedor (DALL' AGNOLL e TRENCH, 1999).

Tanaka e Melo (2001) destacam que, nesta técnica, o mais importante é a interação que se estabelece entre os participantes. Os autores acrescentam ainda que o objetivo do grupo focal é a sinergia entre os participantes, e não o consenso, o que proporciona maior diversidade e profundidade de respostas. Desta forma, o esforço combinado do grupo produz mais informações e com maior riqueza de detalhes que o somatório de respostas individuais (DIAS, 2000; MEIER; KUDLOWIER, 2003).

Para a realização de um grupo focal prevê-se a participação média de seis a 12 pessoas, havendo grande variedade entre os autores no que diz respeito ao número médio de participantes: de quatro a 15, de seis a 10 e de seis a 14 (DALL' AGNOLL; TRENCH, 1999; DIAS, 2000; IERVOLINO; PELICIONI, 2001; MEIER; KUDLOWIER, 2003; MATHEUS; FUSTINONI, 2006). A opção, neste estudo, foi de manter uma média de 10 participantes por grupo, havendo convite para todos os serviços de saúde mental de Minas Gerais, incluídos na etapa 1, relativa aos dados quantitativos, do Projeto PESSOAS II.

Além dos participantes, cada grupo focal deve ter seu coordenador ou moderador que tem a função de conduzir a discussão, além de um ou mais observadores que devem anotar fatos ou situações durante a realização da discussão. O facilitador, também conhecido como moderador ou coordenador, deve

estabelecer e facilitar a discussão e não realizar uma entrevista em grupo. Cabe a ele criar um ambiente propício para que diferentes percepções e pontos de vista venham à tona, sem que haja nenhuma pressão para que os participantes votem, cheguem a um consenso ou estabeleçam algum plano conclusivo. Torna-se também importante a presença de um ou mais observadores para registro de informações relevantes e apoio ao coordenador do grupo focal (MEIER; KUDLOWIER, 2003; MATHEUS; FUSTINONI, 2006; BERTI *et al.*, 2010).

Na opção pelos grupos focais neste estudo, considerou-se que é dentro do grupo, da coletividade, que surgem os conflitos, o que nos permite, com mais facilidade, revelar uma variedade de opiniões e representações sobre um determinado tema em questão. Ademais, é durante os grupos focais que emergem representações, sob diferentes perspectivas, permitindo criar discussões sobre os assuntos propostos a partir dos comentários ou ideias de outros. No grupo focal, diversos tópicos relevantes, que o facilitador ou moderador não havia considerado previamente, podem surgir durante a discussão. Tal processo faz com que se explicitem opiniões discordantes sobre determinado objeto, o que é fundamental para se compreender os conflitos sobre os modos de cuidar da sexualidade na atenção em saúde mental, considerando-se que o tema sexualidade é de natureza conflituosa *per sí*. Essa escolha não elimina a possibilidade de outras técnicas serem utilizadas, mas de fato, o interesse da coleta por meio de grupos focais encontra-se exatamente no conflito de grupo que tal tema suscita, permitindo a riqueza do material para posterior análise.

Os coordenadores e observadores de cada grupo focal foram membros do GPEAS e do Núcleo de Pesquisas em Saúde Coletiva (NUPESC), dos quais a orientadora da presente pesquisa e a doutoranda fazem parte. Todos possuíam

experiência na condução dessa técnica. Cabe destacar que a orientadora e a orientanda fizeram parte da coleta de dados, participando na coordenação e observação de alguns dos grupos.

Os encontros foram realizados no dia 24 de março de 2011, na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, em salas de aula cedidas pela instituição para a realização da coleta dos dados qualitativos. Na tentativa de facilitar a organização dos grupos e melhor recepcionar os participantes, além da necessidade de atender ao horário de chegada em Belo Horizonte daqueles oriundos do interior do estado, foram agendados dois horários para a realização dos grupos focais, pela manhã (8 horas) e pela tarde (14 horas) do mesmo dia, com previsão de 4 grupos em cada um.

Em ambos os horários, inicialmente, os participantes foram reunidos em um auditório, ocasião em que o coordenador geral do Projeto PESSOAS II repassou aos participantes os resultados preliminares dos questionários respondidos no eixo quantitativo sobre a situação estrutural dos serviços de saúde mental em Minas Gerais, no que diz respeito às ações de prevenção às IST/HIV/Aids. Em seguida, foram encaminhados às salas determinadas, com a lista de presença afixada na entrada, construída aleatoriamente com os nomes dos participantes de cada grupo. Nesta sala havia disponível um lanche e todos foram convidados a se servirem. Após solicitar que todos se assentassem nas carteiras dispostas em círculo, o coordenador, os observadores e os participantes se apresentaram, sendo identificados por meio do primeiro nome, em uma folha de papel A4 afixada nas carteiras. Isso facilitou a identificação durante a condução das discussões.

Cada participante preencheu uma ficha com dados pessoais como sexo, idade, formação e tempo de atuação profissional, cargo e tempo de trabalho no

serviço de saúde mental ao qual está vinculado (APÊNDICE B) que permitiu apresentar o contexto objetivo de vida profissional. O coordenador apresentou os objetivos do estudo e procedeu a leitura, em voz alta, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, abrindo espaço, em seguida, para a expressão e esclarecimento de dúvidas. Todos os presentes assinaram o termo e consentiram a gravação de suas falas. No período da tarde, houve atraso considerável na chegada de um convidado, que não pôde ser incluído no grupo, pelo adiantado das discussões. Essa foi a única perda no dia da coleta. Para a condução do grupo focal foi construído um breve roteiro (APÊNDICE C) com uma questão central e quatro perguntas de relance. Cada grupo focal foi iniciado com a seguinte questão: *“O que vocês pensam sobre a sexualidade das pessoas com transtorno mental?”*. As questões de relance, com o objetivo de manter o foco da discussão do grupo, foram: *“Em suas vidas profissionais, vocês se ocupam da sexualidade dos pacientes atendidos no serviço? O que seus serviços fazem para incluir este assunto no atendimento? Se não faz, como vocês imaginam que poderia ser feito? Quais as dificuldades e facilidades para as ações de prevenção e cuidado relacionadas com as infecções sexualmente transmissíveis dos pacientes atendidos no serviço?”*.

Os depoimentos obtidos foram gravados com o auxílio de três gravadores digitais em cada grupo e posteriormente transcritos para análise. Adicionalmente, dois observadores registraram por escrito, durante a realização de cada grupo focal, a síntese dos principais conteúdos que emergiram da interação entre os participantes. Após o término de cada grupo focal, os comentários dos participantes, em geral, sobre a realização da pesquisa, foram de apoio, reiterando o prazer dos convidados em contribuir.

O número de participantes presentes permitiu a realização de seis dos oito grupos focais previstos, já que dos 87 participantes esperados, 54 compareceram. Desta forma, um grupo em cada período (manhã e tarde) foi excluído e os demais foram reorganizados, buscando a composição de uma quantidade satisfatória de participantes que permitisse a viabilidade de sua execução. Assim, a média de participantes em cada grupo foi de nove pessoas e a duração média de discussão nos grupos foi de 60 minutos.

Apesar de dois grupos não terem sido realizados como previstos anteriormente, a análise daqueles ocorridos permitiu alcançar a saturação dos dados, que é uma ferramenta conceitual empregada nos estudos qualitativos em diferentes áreas e usada para estabelecer ou determinar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a inclusão de novos participantes (FONTANELLA; RICAS e TURATO, 2008; FONTANELLA e GOMES, 2012a).

Assim, o fechamento amostral por saturação teórica deu-se com a realização dos seis grupos, pois os dados obtidos já apresentavam redundância ou repetição, não sendo relevante persistir na coleta de dados, sendo desnecessário reconvidar os participantes, que não compareceram, para uma nova data.

### **3.6 Análise e tratamento dos dados**

Os dados obtidos foram tratados utilizando-se o método da Análise Estrutural de Narração (AEN), proposta por Demazière e Dubar (1997), considerando-se os fundamentos de Barthes (1981), Barthes *et al.* (2008) e Greimas (1981). Trata-se de uma análise absolutamente qualitativa de conteúdo das falas do grupo, que se realiza de forma indutiva e que considera o valor do conjunto para serem

encontradas pelo pesquisador, as categorias finais e não somente partes do *corpus*, como ilustrações para a análise.

Na análise do conteúdo narrativo, como afirmam Laville e Dionne (1999, p 47), é necessário empreender um “estudo minucioso do conteúdo das falas dos entrevistados, das palavras e das frases que o compõem, procurar-lhes o sentido e captar-lhes as intenções, comparar, avaliar, reconhecer o essencial e construir as ideias principais”.

Segundo Bauer (2002), é por meio da reconstrução de representações que os analistas de conteúdo inferem a expressão dos contextos. O autor supracitado complementa que a análise de conteúdo nos permite desvelar valores, regras e atitudes, opiniões, preconceitos e estereótipos e compará-los entre grupos ou comunidades.

No que diz respeito à AEN, esse tipo de análise aplica-se a grande diversidade de materiais, permitindo a abordagem de diferentes objetos de investigação - atitudes, valores, representações, mentalidades, ideologias - além de esclarecer fenômenos sociais particulares. Nessa linha de pensamento Barthes *et al.* (2008, p. 112) afirmam que:

“Compreender uma narrativa não é apenas acompanhar o desenrolar da história, é também reconhecer ‘estágios’, projetar os encadeamentos horizontais do ‘fio’ narrativo sobre o eixo implicitamente vertical, ler (ouvir) uma narrativa não é apenas passar de uma palavra para outra, mas de um nível para outro”.

Desta forma, na Análise Estrutural de Narração, o sentido não está no ‘fim’ da narrativa, mas a perpassa. Assim, faz-se necessário desvelar os traços enunciativos como uma ‘teia’ argumentativa que estrutura o discurso, já que o sujeito a constrói a partir de um ou de vários objetos e busca interpretá-la, esquematizando sua fala. A

Análise Estrutural de Narração parte dos dados coletados na fala do sujeito para a construção de categorias empíricas e não o contrário (DEMAZIÈRE; DUBAR, 1997).

Assim, seguindo a base teórica de Demazière e Dubar (1997) e a técnica de leitura de dados qualitativos proposta por Blanchet e Gotman (2001), a análise dos dados coletados foi realizada em quatro etapas: as duas primeiras para cada entrevista separadamente, a terceira e a quarta para todo o conjunto das entrevistas, correspondendo à interpretação dos dados, com a discussão dos resultados à luz da literatura sobre os assuntos tratados. Dessa forma, possibilitou o surgimento das representações ligadas aos objetos das falas dos sujeitos entrevistados em cada grupo focal. As quatro etapas citadas são apresentadas com maior detalhamento a seguir:

Etapa 1 - Leitura Vertical: Buscou-se encontrar o sentido global do conteúdo das entrevistas por meio da identificação dos temas tratados. Nessa etapa busca-se responder: sobre o que trata o texto? O que ficou mais evidente para quem o está lendo?

Etapa 2 - Leitura Horizontal: Nessa etapa o texto é “desconstruído em sequências, da forma que foram apresentadas na narrativa”. Inicialmente, as sequências (S) de cada entrevista foram numeradas, identificando-se os fatos narrados (F), as justificativas apresentadas para eles (J), os sentimentos e personagens envolvidos na trama (P). Em seguida, as sequências que tratavam do mesmo objeto foram agrupadas, assim como as ‘justificativas’ sobre cada um e os respectivos personagens, com uma denominação provisória dada pelo pesquisador em torno



daqueles objetos encontrados de representação dos sujeitos. Ao fim dessa etapa, obteve-se a análise aprofundada de cada entrevista (APÊNDICE D).

Etapa 3 - Leitura Transversal: Nessa etapa foi realizada a análise transversal do conjunto das entrevistas, agrupando-se as categorias empíricas encontradas, que então, foram renomeadas pelas pesquisadoras, considerando-se os objetos que as centralizavam (APÊNDICE D).

Etapa 4 - Construção das Categorias Teóricas: Após o processo de “desconstrução” e “reconstrução” de todas as entrevistas (análise individual), foi possível comparar os resultados encontrados em cada uma e construir, pela análise do *corpus* (conjunto), categorias organizadas (APÊNDICE D). Para encerrar a análise, cada categoria encontrada foi cotejada com os resultados de outras pesquisas existentes na literatura, definindo-se, a partir dessa interpretação, as categorias teóricas das representações.

Assim, o tratamento dos dados coletados consistiu em um processo interpretativo que passa pela reconstrução das narrativas, desvelando elementos que esclarecem diferentes características, contradições e consensos e que explicitam as representações nelas contidas. A interpretação aprofunda-se para resultar em possíveis categorias teóricas, com o apoio das teorias encontradas na bibliografia pertinente.

Cabe destacar que algumas adequações foram necessárias na apresentação das falas, buscando proporcionar maior clareza e concisão textual. Foram eliminadas repetições excessivas e palavras soltas, além de vícios de linguagem. Foi

realizada adequação das conjugações verbais incorretas e palavras faladas erroneamente foram escritas de forma correta. Palavras suprimidas do discurso ou que estavam subentendidas aparecem entre colchetes. Ressalta-se que houve uma preocupação constante em zelar pelo sentido original do que foi dito, o que fez com que as falas sofressem sempre novas análises dentro do todo da discussão dos grupos para se certificar do sentido atribuído. Além disso, todas as entrevistas foram analisadas pela coordenadora da pesquisa e pela pesquisadora do presente estudo, cruzando-se essas análises com discussões e reorientações para se chegar aos resultados. Ressalta-se que os sujeitos não receberam pseudônimos, já que se considerou o discurso coletivo, do grupo de profissionais como um todo, e não de indivíduos específicos, para a análise. Uma breve síntese de cada um dos seis grupos focais está apresentada no Apêndice E.

## **CAPÍTULO 4: ANÁLISE DOS RESULTADOS**

### **4.1 Caracterização dos participantes**

Dentre os 54 participantes, sete eram do sexo masculino e os outros 47 do sexo feminino. A maioria, 32 deles, com idade entre 31 e 50 anos. No que diz respeito à formação profissional, verificou-se que a maior parte foi composta por profissionais de nível superior (95%), sendo 23 deles psicólogos (42,5%) e 15 enfermeiros (27,7%). Os outros 16 participantes (29,8%) eram dois administradores, dois técnicos em Enfermagem, dois farmacêuticos, um odontólogo, quatro assistentes sociais, quatro terapeutas ocupacionais e um técnico em artesanato. Todos exerciam atividades administrativas e assistenciais junto às pessoas com transtornos mentais acompanhadas nos serviços de saúde.

Quanto ao tempo de atuação no serviço de saúde, cenário do estudo, a maior parte, 23 (42,5%), trabalhava entre dois a seis anos; 16 (29,8%) há mais de seis anos e 15 (27,7%) há menos de dois anos. Este resultado confirma que a maioria dos participantes, possivelmente, conhecia a dinâmica e funcionamento dos serviços em que atuam.

No que diz respeito à função que exerciam nos serviços, 28 participantes desempenhavam cargos de coordenadores ou administradores e os outros 26 eram profissionais diretamente envolvidos nos cuidados em saúde. A heterogeneidade de formações profissionais e de atuação no serviço foi importante para compreender, não apenas as representações dos profissionais envolvidos diretamente na assistência à pessoa com transtorno mental, mas também dos gestores, a quem cabe estar à frente das formas de decisão sobre a estruturação e organização local

dos serviços. Nesta vertente, é fundamental que se considere a relação de poder e autonomia que esses gestores possuem sobre a equipe que coordenam e o modo como agem e interagem entre si, configurando, no que consideram Ceccim e Mehry (2009), a micropolítica do trabalho.

Pôde-se verificar, também, que houve homogeneidade nas falas de todos os profissionais, não sendo possível concluir que algum tipo de representação esteja relacionada, exclusivamente, a um grupo profissional em decorrência de sua formação. Tal achado permite afirmar, neste estudo, que formações acadêmicas diferentes não influenciaram nas representações encontradas pelos relatos analisados.

No entanto, cabe destacar que, durante a realização dos grupos focais, foi notória a diferença na postura dos profissionais de nível superior e daqueles com nível técnico. Os primeiros demonstraram maior facilidade ao se exporem frente às questões levantadas no grupo, bem como em se posicionarem em momentos polêmicos. Outro fato importante foi a presença, em alguns grupos, de gestores juntamente com os profissionais envolvidos diretamente na assistência. Em algumas situações, a presença dos gestores foi fator de inibição por parte dos outros profissionais de exporem críticas em relação à gestão dos serviços. As relações no trabalho ainda não são horizontalizadas e, em geral, o coordenador ou gerente do serviço é quem, na maioria das vezes, controla o processo de trabalho, o que pode justificar essa postura de alguns participantes, também na coleta de dados. Assim, um participante, por vezes, optou, inicialmente, por se extrair do grupo, porque ficou incomodado com uma fala, ou se sentiu constrangido e amedrontado em expor sua opinião, apesar dos facilitadores nos grupos focais buscarem constantemente estratégias para inserir e criar abertura para que todos se manifestassem. Assim,

pode-se afirmar que, mesmo com tal postura inicial, seus modos de pensar sobre os objetos em pauta não deixaram de ser ditos. Além disso, cabe ressaltar que havia, no conjunto dos grupos, apenas um representante de cada serviço, não sendo possível, portanto, que houvesse coordenador e profissional de uma mesma unidade de saúde, como participantes.

#### **4.2 Construção das categorias**

Vale lembrar que, para a pesquisa, não houve observação direta da prática dos entrevistados. Buscou-se ouvir suas representações naquilo que se dispuseram a relatar. É o olhar de cada um sobre sua prática e como se vê nela, sem que isso seja exatamente o que acontece no cotidiano. Métodos de investigação observacionais e estatísticos já foram usados em outras pesquisas sobre as formas de os profissionais agirem na prática cotidiana do cuidado, com resultados que apontam a existência de distância entre o que dizem que deve ser feito e o que, de fato, realizam no trabalho diário (SILVEIRA, 2009; GOMES, 2010). Nesse sentido, o presente estudo tem como premissa a consideração de que “o que se diz não é totalmente igual ao que se pensa, nem o que se expressa ao que se sente, nem o que se acredita que se faz ao que se faz concretamente...” (GIAMI; VEIL, 1997, p. 315). Isto posto, ressalta-se que o ponto de vista de cada um sobre seu trabalho e o dos outros profissionais torna-se uma reflexão conjunta no grupo focal, que explicita acordos e desacordos sobre os objetos em pauta.

Nos grupos aqui apresentados, verifica-se que suas falas apontam, inicialmente, a sexualidade como um direito de todos, mas, com o caminhar das discussões, explicitam-se posturas contrárias a essa afirmação. Os cenários culturais nos quais as profissões se organizam e nos quais a doença mental se

inscreve, justificam tais diferenças. Para a análise, as disjunções e conjunções foram, portanto, consideradas nos agrupamentos das categorias.

A análise permitiu, então, a construção de duas grandes categorias, tratadas, então, como empíricas ou temáticas, porque integram os assuntos tratados nos grupos focais, desvelando as representações.

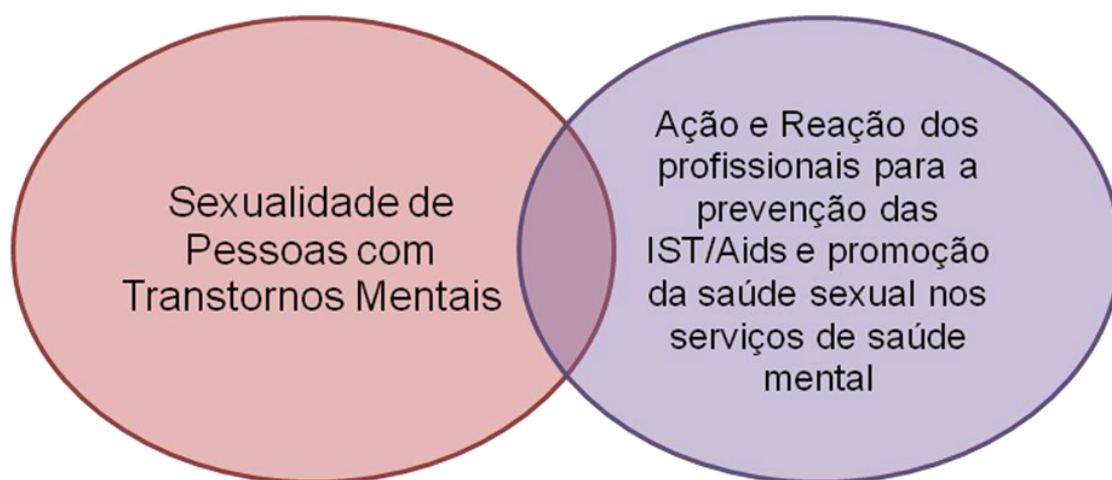


FIGURA 2 - Categorias empíricas acerca da sexualidade e prevenção das IST/Aids, sob a ótica dos profissionais dos serviços públicos de saúde mental de Minas Gerais.

Na primeira categoria empírica emergiram representações dos profissionais sobre a sexualidade das pessoas com transtornos mentais. A segunda categoria empírica reuniu representações acerca do trabalho que os profissionais realizam para a prevenção das IST/Aids e promoção da saúde sexual nos serviços de saúde mental, sendo nela discutidas aspectos facilitadores e dificultadores das ações. Cada uma dessas duas categorias e as respectivas representações agrupadas em cada uma delas serão apresentadas e discutidas, respectivamente nos capítulos 5 e 6 adiante.

## CAPÍTULO 5: REPRESENTAÇÕES SOBRE SEXUALIDADE DAS PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL

Nesta categoria emergiram representações sobre a sexualidade das pessoas com transtornos mentais em dois eixos. De um lado, como sendo sua vivência “um direito de todos” e de outro, considerando que esta “não é igual a de todos” e, apresentadas FIG. 3 abaixo:

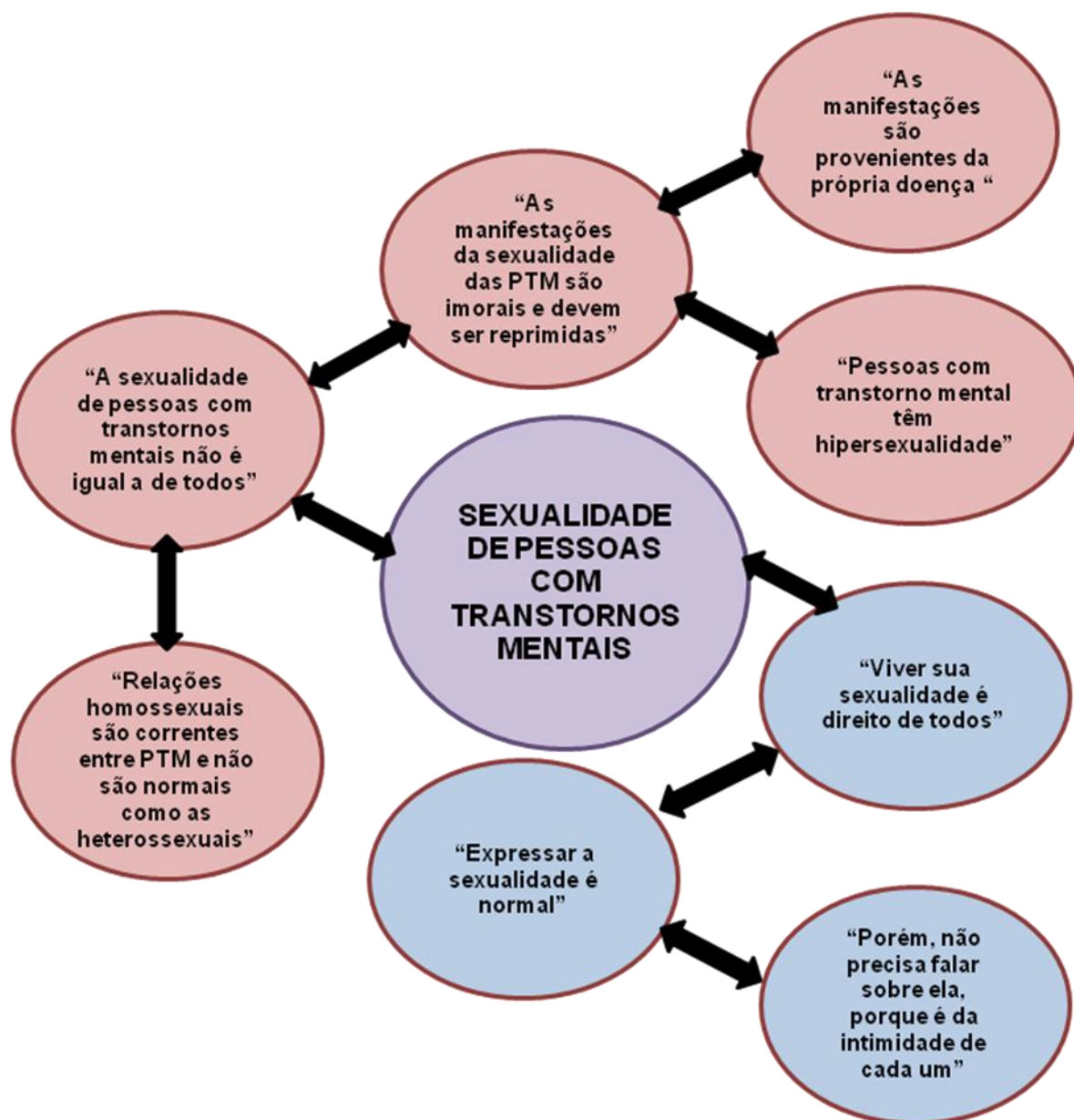


FIGURA 3 - Representações sobre sexualidade das pessoas com transtorno mental, sob a ótica dos profissionais dos serviços públicos de saúde mental de Minas Gerais.

Algumas contradições foram evidenciadas na análise das discussões nos grupos, sendo marcantes as disjunções presentes nas falas, quando se tratou da sexualidade. Em todos os grupos focais foi unânime o reconhecimento de que a sexualidade não se resume apenas ao “ato sexual” e que todas as pessoas, independente da patologia que desenvolvem, têm direito a uma vida sexual saudável e a expressarem sua sexualidade. No entanto, na medida em que as discussões avançaram, os relatos e posicionamentos foram incoerentes com a fala inicial, revelando a adoção de posturas contrárias às ações que pudessem garantir o direito à sexualidade e à saúde sexual de pessoas com transtornos mentais.

Verificou-se, também, a existência do silenciamento em torno da temática da sexualidade e de suas diferentes formas de expressão, pelo fato de esta ser vista como algo considerado proibido ou clandestino, que deva se dar somente “entre quatro paredes” e de forma confidencial. As representações que emergiram da análise parecem residir na associação da sexualidade a aspectos considerados imorais, como na fala a seguir:

*“O que a gente percebe é que os pacientes com transtorno mental, muitos quando estão em surto, apresentam aumento do quadro, da questão sexual. Enfim, não ligam se têm companheiro ou não, a promiscuidade é grande, a gente vê alguns casos que não respeitam essa questão.”*

Nas narrativas, os profissionais expõem situações cotidianas das unidades com descrições de como se comportam os usuários entre si com relatos variados acerca da manifestação da sexualidade de cada um. Como pode ser visto nas falas a seguir, os profissionais parecem agir defendendo-se daquilo com o qual não conseguem lidar e, ao invés de enfrentar, optam, muitas vezes, por negligenciar a demanda da pessoa por ele assistida. Tal situação é bastante conflituosa, pois, por vezes, os participantes defendem a liberdade de expressão da sexualidade pelos



pacientes assistidos, mas em outros momentos, descrevem situações de completa aversão a qualquer tipo de expressão desta sexualidade, adotando posturas moralistas, como nas falas a seguir:

*“E tem uma sedução, você percebe, dependendo do momento do serviço. Se eles estão com menos roupa, tem aquele... É da vida, é humano. Obviamente que a gente percebe mais em alguns casos. A questão do uso, do abuso em função do uso, da necessidade da troca do corpo, que é o que eles têm”.*

*“E essas manifestações da sexualidade, elas surgem de diversas formas. Desde paciente tendo relação com outro paciente dentro do CAPS; desde um paciente fazendo um balão com o preservativo, um horror”.*

Outros estudos (Miranda, 1996; Miranda; Furegato, 2002; Miranda; Furegato e Azevedo, 2008) à disposição na literatura corroboram esses achados, apontando a presença de um discurso essencialmente moralista. As representações sobre o sexo, o ato sexual e o prazer foram de ‘vergonha’, ‘coisa proibida’, e são muito antigas e persistentes na cultura sexual atual, não somente pela população em geral, mas também entre os profissionais de saúde (BRITO; OLIVEIRA, 2009).

O ocultamento do profissional em torno da temática foi identificado em estudos realizados com outros grupos e apontado por estes autores como um aspecto dificultador não só para o alcance de maior prazer na vivência sexual, mas também para prevenção das infecções sexualmente transmissíveis (ANTUNES *et al.*, 2002; CAMARGO e BOTELHO, 2007; GOZZO *et al.*, 2000).

Desta forma, a maneira como os profissionais lidam com as diferentes formas de expressão da sexualidade dos pacientes por eles assistidos contribui para o distanciamento, silenciamento e a perpetuação de estigmas e preconceitos sobre a vivência da sexualidade pelas pessoas, sobretudo daquelas com transtornos mentais:

*“E ele (um paciente) transou. Quando eu entrei lá, ele transou, acabou com a paciente que tem um retardo, toda quietinha... Cronometrou, 10 minutos. Ele falou que fez em 10 minutos, cronometrou o ‘negócio’ e ainda contou pra nós! Na hora que o profissional chegou lá foi preciso dar a pílula do dia seguinte, virou aquela correria, foi levar pra fazer o teste de HCG, virou aquela confusão toda”.*

*“Muitas vezes é um paciente que é ou era heterossexual e começa a ter alguns desvios naquele momento, que não seria o seu normal. Por exemplo, uma mulher começou a querer ter relacionamento com outra mulher, isso acontece às vezes, ela perde a noção do que deveria ser. Então, às vezes, o rapaz canta uma menininha casada, isso torna um transtorno.”*

A representação nuclear é que as diferentes formas de expressão da sexualidade pelas pessoas com transtorno mental são absurdas, imorais, e devem ser repreendidas. Desta forma, esse ponto de vista central dos profissionais carrega consigo outra representação, a de que os modos de gestão da vida sexual são provenientes da “própria loucura”, devendo, de modo geral, serem reprimidos e sobre os quais se prefere o silêncio e o distanciamento. A distância só diminui nos momentos de urgência, de denúncia de atos praticados e a abordagem se limita a prevenir a gravidez, o que aponta a representação de que PTM não devem ter filhos porque são “incapazes”.

*“É muito complicado esta questão do sexo para eles, porque pode gerar uma gravidez, e eles não dão conta de cuidar nem deles mesmos, quanto mais colocar uma criança no mundo.”*

Outro aspecto encontrado, no que diz respeito às diferentes maneiras de manifestação da sexualidade das pessoas com transtorno mental, é o de que parecem ser consideradas “normais” apenas relações heterossexuais, tendo sido a homossexualidade percebida como inconcebível:

*“Tem muito caso de homossexualismo, homem com homem e mulher com mulher, um horror, se a gente não fica de olho.”*

*“Teve um dia que uma paciente entrou no banheiro – porque é difícil controlar – ela entrou no banheiro e a outra estava masturbando-a. Já aconteceu um caso com ela. Essa semana, também, teve homem com homem. Um beijou na boca do outro. Eu não tinha visto também. Aí, um senhor lá, essa semana, pegou a mão do homem mais novo, colocando... Não pôs pra fora, não, mas só colocou por cima da roupa mesmo. Ai a técnica de enfermagem que estava na convivência ficou horrorizada”.*

Além do homossexualismo, também a automasturbação mostrou-se representada como ato vergonhoso e impróprio, configurando-a como prática que deve a todo custo ser evitada e proibida.

*“Esse negócio de masturbação a gente teve que dar um jeito de, por exemplo, definir alguns limites, ajudar, falar: ‘olha, é dentro do quarto, é no banheiro, debaixo do chuveiro!’ Mas aí começou a gastar muita energia, e como ele não parava e a conta de luz foi ficando cara, a gente tirou a porta do banheiro mesmo, para um funcionário ficar vigiando. Só assim pra ele parar de masturbar!”*

*“Tem aqueles que têm um comportamento bizarro quanto a isso (o ato sexual), com animais, outros objetos, que causam às vezes algum transtorno, machucam ou adquirem alguma doença, mas graças a Deus nessa questão os casos mais bizarros são menores”.*

O estudo de Barbosa (2011) revelou a existência de práticas sexuais com penetração dentro dos serviços de saúde mental e evidenciou que, muitas vezes, a prática da masturbação é adotada pelas pessoas com transtorno mental em decorrência, também, da impossibilidade de haver relação sexual com outra pessoa pela dificuldade que apresentam para ter parceiros e na manutenção de relações afetivas ou conjugais por tempos prolongados. Para Bozon (1995) e Monteiro (1999), a masturbação é uma prática que se constitui em fonte de prazer, uma vez que é possível de ser realizada independente de se ter parceiros e trazer baixo risco de infecção por doenças transmitidas sexualmente e sem proteção adequada.

Durante a análise das falas dos participantes, ganha destaque a postura de projeção que adotam ao descreverem os fatos e situações que ocorrem em seus

locais de trabalho. Sobre esse aspecto, estudos realizados por Meade; Sikkema (2007) e Petit; Rassial e Delaroche (2011) apontam que a projeção é um mecanismo de defesa, e utilizada também pelos profissionais sujeitos deste estudo. É notório, na análise dos grupos focais, que os sujeitos sempre atribuem ao outro (família, usuário, colega de trabalho, coordenador do serviço) a atitude, a ação indesejada. Poucos assumem falar de si mesmo ou que está falando de si mesmo, do que realmente faz ou deixa de fazer.

Ampliando essa discussão, pode-se dizer que é o deslocamento de um impulso interno para o exterior, ou de um indivíduo para outro: 'aquilo que não é dizível por mim e de mim, eu coloco no outro'. Esses conteúdos projetados são, de modo geral, desconhecidos da pessoa que projeta, justamente porque tiveram de ser expulsos, para evitar o desprazer de encará-los. O profissional atribui ao outro um desejo próprio, ou atribui a alguém, algo que justifique a própria ação (BARROS, 1999; McKINNON; CURNOS; HERMAN, 2002; MEADE, 2006).

Assim, o profissional mantém-se afastado por não reconhecer os modos de expressão da sexualidade dessas pessoas como natural. Representa-a como diferente, negando-a e censurando-a por considerá-la anormal e, por isto mesmo, devendo ser controlada.

*“Você tem que ficar de cima porque a sexualidade deles é aflorada demais, nunca vi coisa igual”.*

*“A questão da sexualidade na saúde mental é que é um grupo de pessoas um pouco diferente dos outros pacientes. Eles não são como nós”.*

Estudos apontam a predominância de representações de “hipersexualidade” e busca intensa pelo ato sexual, relacionadas às pessoas com transtornos mentais (MIRANDA; FUREGATO, 2002, MIRANDA; FUREGATO; AZEVEDO, 2008). No

entanto, outras pesquisas negam a existência de “hipersexualidade<sup>1</sup>” pelo fato de que há redução da libido com o uso prolongado de medicamentos psiquiátricos, havendo, ao contrário, anedonia e embotamento no que diz respeito à manifestação do desejo sexual (GOGNA; RAMOS, 1999; ALVES, 2003). Apesar de tal afirmação ser resultado de acompanhamento médico e pesquisas científicas sobre os medicamentos, pode-se afirmar que, por vezes, as representações do senso comum podem ser mais potentes no cuidado em saúde. Quando se analisa a rede de representações de profissionais, há que se considerar, conforme Giami e Veil (1997) o fazem, que esses profissionais, atores da prevenção e dos atendimentos, têm representações que se localizam no registro imaginário e perduram em suas experiências, como aquela da sexualidade anormal, influenciando no cuidado ao outro. Essas representações revelam-se, então, na proibição das manifestações e práticas sexuais pelos usuários assistidos:

*“A gente tenta controlar a questão assim, de que não tenha ato [sexual] dentro do serviço e até a fantasia deles”.*

*“Assim, é difícil, muito difícil. A gente tenta sempre ter profissional na convivência, próximo, pra evitar esse tipo de conversa sobre sexo. A gente orienta. Até questão assim, fora, a gente tenta evitar esse tipo de comportamento”.*

*“Um dia eu falei assim: vocês estão dando beijo aqui dentro? Não pode”.*

Sem vozes discordantes, nos grupos, ao se descrever essas práticas, pode-se afirmar que a preferência dos profissionais pela proibição das manifestações da

1. O termo “hipersexualidade”, neste estudo, deve ser entendido como uma representação trazida pelos profissionais participantes, que caracteriza a manifestação constante de desejo sexual e não a realização excessiva de relações sexuais pelas pessoas com transtornos mentais.

sexualidade das pessoas com transtornos mentais guarda estreita relação com o temor de não serem capazes de lidar com elas:

*“Nós chegamos a conversar, e aí a gente achou melhor que não tivesse (que permitir atividade sexual entre os pacientes), porque senão todo mundo ia querer. Ia ser uma confusão danada. A própria doença faz com que a sexualidade deles seja esquisita e descontrolada”.*

*“Não, não dá, dentro do CAPS não é lugar pra isso: ficar beijando, abraçando. Já falei com eles pra fazer isso em casa! Lá dentro não pode”.*

Em consonância, um estudo etnográfico nacional, realizado em duas instituições de referência em saúde mental do Estado do Rio de Janeiro (Pinto *et al.*, 2007) acerca da sexualidade de pessoas com transtornos mentais e do HIV/Aids, com enfoque nos profissionais de serviços de referência em saúde mental, mostrou que esses consideram a sexualidade dos pacientes como sendo exacerbada, apresentando uma “hipersexualidade” pertencente ao quadro da doença, e afirmam ser “um problema dentro das instituições”.

Desta forma, essas representações persistem em forma de tabus, mitos, estereótipos e preconceitos em relação às pessoas com transtornos mentais e podem impedir que os profissionais de saúde acolham diferenças de forma solidária e apresentem cuidados integrais, que incluam o direito desses sujeitos a relações afetivas e sexuais plenas e saudáveis.

Cabe destacar que, independente da formação profissional dos participantes, houve hegemonia nas opiniões acerca da sexualidade de PTM, remetendo ao conflito em que se encontram de saberem da importância de proporcionarem bases para uma vida sexual saudável aos indivíduos que cuidam. Porém, ao trazerem sua vivência para o grupo, demonstram a adoção de uma postura contrária, com relatos que confrontam a fala inicial de que estas pessoas têm direito à vivência da sexualidade saudável.

*“Eles (pessoas com transtorno mental) têm direito à sexualidade, lógico que eles têm”.*

*“Eu acho que a gente tem que lidar com a sexualidade deles de uma forma mais natural, como a gente lida com a nossa”.*

*“Acho que eles têm sexualidade sim, até porque é uma coisa fisiológica, não tem como a gente mudar”.*

Assim, pode-se inferir que a norma, quando generalizada, é apresentada no discurso como algo considerado correto pelos profissionais, mas que não se aplica para um grupo específico, quando se refere às pessoas com transtornos mentais. Nesse caso, toma à frente representações sobre a doença mental que levam à repressão da sexualidade e ao medo de sua expressão.

Corroborando, o estudo realizado por Giami (2004) aponta que as regulações da sexualidade refletem a falta de correspondência entre o que se crê ser obrigado a fazer e o que desejaria fazer. Parece ser semelhante a posição que assumem os participantes deste estudo, apresentando posicionamentos contraditórios ao representarem a sexualidade e suas manifestações como algo natural e de direito de todos, mas relatarem posturas de negação e afastamento no cotidiano dos serviços de saúde mental em que atuam.

## CAPÍTULO 6: REPRESENTAÇÕES SOBRE AS AÇÕES E REAÇÕES DOS PROFISSIONAIS PARA A PREVENÇÃO DAS IST/AIDS E PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

Nesta segunda categoria emergiram representações relativas aos modos que os profissionais e os serviços de saúde mental utilizam para a inclusão de ações promotoras da saúde sexual e prevenção das IST/Aids, no atendimento aos usuários com transtornos mentais. As representações oriundas da análise dos grupos focais estão apresentadas na FIG. 4 abaixo:

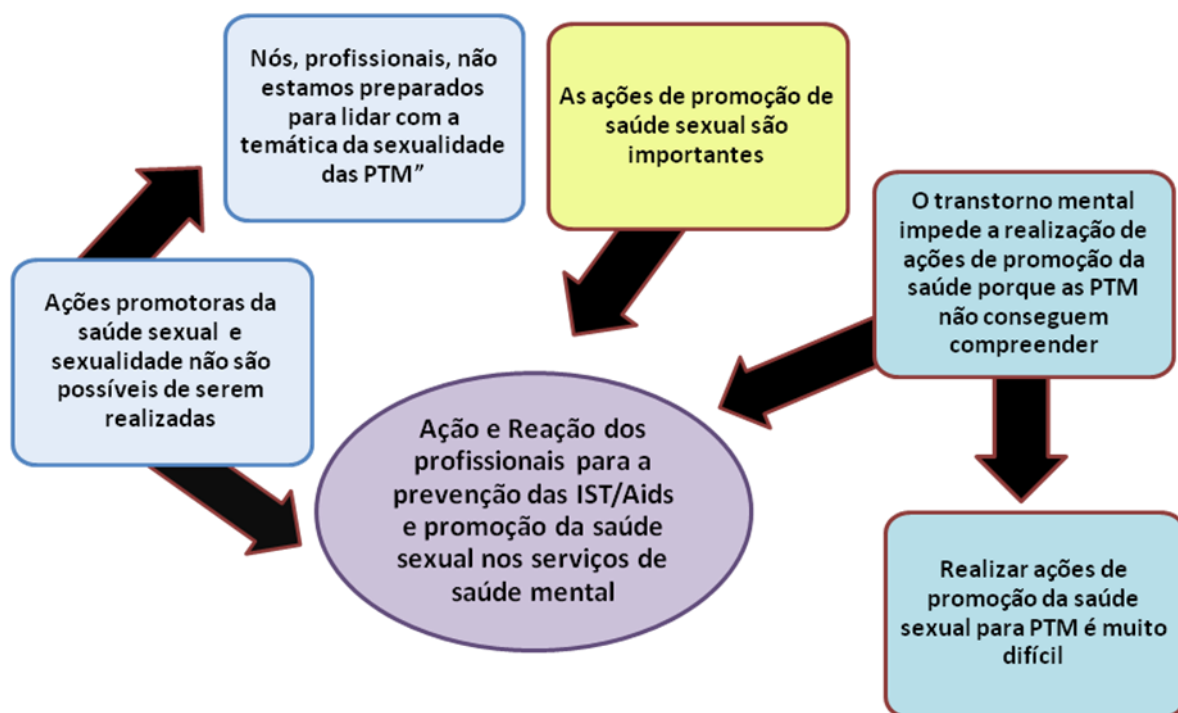


FIGURA 4 - Representações em torno das ações e reações dos profissionais para a prevenção das IST/Aids e promoção da saúde sexual, nos serviços de saúde mental, sob a ótica dos trabalhadores dos serviços públicos de saúde mental de Minas Gerais.



A permanência das disjunções nas falas dos participantes também ocorreu nesta segunda categoria empírica. No que diz respeito à oferta e disponibilidade dos profissionais para a realização de ações promotoras da saúde sexual nos serviços em que atuam, emergiram representações de valorização de sua importância, reconhecendo-as como componente fundamental para o alcance da integralidade em saúde. No entanto, lançam mão de justificativas para explicar a quase inexistência dessas ações por dificuldades que residem na estrutura e organização do processo de trabalho; no reconhecimento da falta de capacitação técnica para a abordagem desta temática por eles próprios; na representação de que as PTM não são público para ações preventivas e promotoras por não serem capazes de compreendê-las.

Essas representações parecem estar associadas ao envolvimento e disponibilidade que esses profissionais têm com a abordagem da sexualidade das PTM, sendo nuclear a representação de que são indivíduos incapazes de cuidar da sua sexualidade e para quem as atividades de educação em saúde sexual não parecem ser necessárias.

A análise do material coletado sobre o tema da educação em saúde e promoção de saúde sexual mostrou, também, que não são apenas as representações sobre sexualidade de pessoas com transtornos mentais, mas também do próprio trabalho de promoção da saúde e das pessoas com transtornos mentais que fundamentam a ambiguidade entre o 'dever fazer' e o 'difícil de ser realizado', para os profissionais. O Quadro 1 reúne aspectos facilitadores e dificultadores para a implementação de ações de prevenção das IST e HIV/Aids nos serviços públicos de saúde mental de Minas Gerais, sob a ótica dos entrevistados.

QUADRO 1 - Representações sobre o desenvolvimento de ações promotoras da sexualidade saudável nos serviços públicos de saúde mental de Minas Gerais: aspectos facilitadores e dificultadores.

Aspectos Facilitadores	Aspectos Dificultadores
<p><b>Oferta de preservativo masculino.</b></p> <p>Existem profissionais que se preocupam e querem fazer algo.</p>	<p>Dificuldades de formação para lidar com a temática da sexualidade.</p> <p><b>Muitos consideram que as condições clínicas e psicológicas dos usuários que frequentam os serviços de saúde mental impedem qualquer processo educativo.</b></p>
<p><b>Trabalho em equipe nos serviços de saúde mental.</b></p> <p>Melhores condições psiquiátricas dos usuários que frequentam os centros de convivência.</p>	<p>Sobrecarga de trabalho nos serviços de saúde mental.</p> <p><b>Articulação ineficaz dos serviços de saúde mental com os demais serviços que compõem a rede de assistência à saúde.</b></p>
<p><b>Disponibilização de teste rápido anti-HIV.</b></p>	<p>Ausência ou pouca participação da família das pessoas com transtornos mentais.</p>

Fonte: Informações coletadas durante os grupos focais.

Foi unânime entre os participantes dos grupos focais o reconhecimento da importância do uso do preservativo na prevenção das IST e HIV/Aids. Esta representação está ancorada no conhecimento científico, como apontado em outros estudos com profissionais (OLIVEIRA, 2007; SOUZA, 2008; SOUZA e FREITAS, 2009; 2010; 2012).

A possibilidade de disponibilizar preservativos foi ressaltada como um avanço alcançado pelos serviços, lembrando que, até recentemente, não dispunham desse recurso para oferecer aos usuários:

*“Antigamente tinha muita dificuldade. Tinha que pegar e requisitar. Mas hoje, a disponibilidade está muito mais fácil. O Ministério da Saúde facilitou muito essa questão (da distribuição de preservativos).”*

*“A gente começou a receber e a distribuir camisinha com mais frequência – agora não falta mais a camisinha.”*

No entanto, foi periférica a preocupação com a forma como as pessoas com transtornos mentais recebem e fazem uso desse recurso. Não houve relatos de ações que incluam ou estimulem essas pessoas a verbalizarem sobre sua vivência sexual e sobre as formas de se protegerem. Além disso, não foram relatadas ações educativas sobre a utilização adequada e sobre modos de promover o ‘empoderamento’ dos sujeitos para que consigam assegurar o uso do preservativo nas relações, incluindo o aceite do parceiro para seu uso.

Estudos (Lesko *et al.*, 2010; Hagger-Johnson e Shickle, 2010; Helleve *et al.*, 2011) mostram que apenas a disponibilização de preservativos não assegura seu uso. Em recente investigação realizada por Barbosa (2011), tendo como sujeitos pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, foi identificado que, apesar da maioria manifestar conhecer o preservativo masculino como recurso de proteção, não sabia como utilizá-lo. Além disso, dentre as mulheres, algumas manifestaram ter solicitado o uso aos parceiros, mas não terem conseguido o aceite desses, o que resultou sempre em sexo desprotegido. Outras manifestaram medo e vergonha em solicitar o uso a seus parceiros, temendo serem mal vistas ou ofendê-los com indícios de desconfiança de sua fidelidade. Já entre os homens, o preservativo foi representado como ameaça ao prazer, fazendo com que, mesmo dispondo do

mesmo, não fosse utilizado, à exceção de quando imposto por parceiras profissionais do sexo. Tais representações são correntes na população em geral, inclusive de profissionais de saúde, ao se referirem às dificuldades de uso de preservativos quando em parcerias estáveis. Estes dados sinalizam a necessidade e a importância de ações que não se limitem à distribuição do preservativo, mas que também considerem os aspectos psicossociais e educativos envolvidos nas ações dos sujeitos (BERQUÓ; BARBOSA; LIMA, 2008).

Paralelamente à disponibilização de preservativos nos serviços, surgiram representações que relacionam aspectos religiosos com a proibição de seu uso pelos profissionais, ou, ainda, a “certeza” de que pessoas com transtornos mentais têm “deficiências” que os impedem de utilizar preservativos no tempo e de modo correto, o que implica em não aceitar a sua distribuição no serviço de saúde mental e, menos ainda, realizar atividades de educação para a saúde que envolvam a sexualidade.

Outro aspecto importante acerca do preservativo, diz respeito à convivência dos indivíduos com as mais variadas formas de convenções reguladoras religiosas. Essas relacionam-se com a ideologia da escolha e da decisão interior que parecem orientar muitos sujeitos sociais na direção de fórmulas institucionais padronizadas oferecidas pelas diferentes denominações religiosas. Heilborn *et al.* (2005) afirmam que as crenças religiosas possuem influência nas formas de lidar com a sexualidade daqueles que participam de suas congregações. Para os autores, a adesão contemporânea aos discursos e experiências confessionais tende a consistir numa espécie de “justificação” (no sentido de uma “racionalização” *a posteriori*) religiosa de disposições cosmológicas mais profundas e abrangentes, cujas chaves se encontram na ideologia laica da modernidade. Resta saber se, nesse conjunto, não

haveria forte predisposição de sujeitos que seguem à risca o que é norma religiosa para fugir dos fantasmas da própria sexualidade, como uma forma de denegação de suas bases psicológicas que sustentam a negação de sua própria sexualidade.

*“Na unidade em que eu trabalho, a antiga gerente não permitia que a gente distribuísse o preservativo, porque a religião dela era contra, e aí a gente nem tocava neste assunto (da oferta do preservativo aos usuários).”*

*“Tem a questão da religião também, tanto do profissional como do paciente e da família, que influencia, sabe?”*

De fato, tal representação é contraditória às de que as PTM devem se proteger, não ter filhos, etc., como visto anteriormente, mas está no mesmo campo daquela que afirma que essas pessoas não devem ter relações sexuais. A negação, nesse sentido, é negação de um direito humano.

Miranda *et al.* (2009) apontam que, para a religião, o corpo representa um importante simbolismo cultural, que tem fortes implicações com a sexualidade. Do ponto de vista da religião, o corpo é sagrado e atende a ordem da procriação dando origem aos mitos da criação e do pecado. Sem procriação, emerge o mito do pecado presente na estratégia de disseminação através da literatura, da economia, da política e da psicologia.

Silva, Paiva e Parker (2013) afirmam que a religiosidade de usuários e trabalhadores do sistema público de saúde interfere nos cenários das práticas cotidianas deste sistema e nas políticas voltadas à saúde sexual e reprodutiva. Tanto a dinâmica psicossocial da religiosidade quanto sua expressão política podem determinar o curso das decisões no planejamento de programas de saúde, sustentando seu papel como instância reguladora da sexualidade e da reprodução.

Parece, portanto, que há um conflito interno dos próprios profissionais que reconhecem a importância da oferta e orientação do preservativo, mas se deixam

levar por questões de cunho religioso, ilustradas nas últimas falas. Reitera-se que isto priva o usuário do direito de acesso a informação e às medidas de prevenção, cabendo, inclusive, questionar os aspectos éticos da postura de alguns profissionais.

Porém, há relatos de atividades informativas e desenvolvimento de ações de prevenção, no caso do HIV/Aids, mesmo que centradas em bases técnicas, e, muitas vezes, sem continuidade nos serviços de saúde mental. A possibilidade de realizar o teste rápido anti-HIV, por exemplo, relatada pela maioria dos representantes dos serviços, foi citada como recurso que auxilia nas ações preventivas:

*“Lá no CAPS a gente tem um ‘mini’ CTA, que ajuda muito. Eu fiz a capacitação, aí eu faço aconselhamento coletivo e individual, e faço a testagem daqueles que têm interesse.”*

*“A gente faz o teste rápido no CERSAM, isso agiliza muito. A gente convida aquele indivíduo com mais vulnerabilidade, que a gente está percebendo uma situação clínica, há um convite pra que ele faça o teste.”*

No entanto, esta disponibilização foi afirmada como inexistente ou dificultada em municípios menores do interior do Estado. Nesses casos, os profissionais reafirmaram que há facilidade em disponibilizar o teste quando o julgarem necessário ou quando há interesse por parte do usuário, porém encaminhando-o aos centros de testagem e aconselhamento ou a outro serviço de referência em HIV/Aids do município.

Apesar dos profissionais reconhecerem a importância do teste no diagnóstico precoce da doença, também manifestaram inquietações acerca do consentimento, relacionadas à representação de incapacidade cognitiva da pessoa com transtorno

mental ou pelo fato de que alguns estão em situação de “delírio constante” ou apresentando “alucinações”:

*“Isso (consentimento para o teste anti-HIV) é uma coisa que me incomoda um pouco. Como fazer isso? [...] Porque consentimento mesmo em si, no meu caso, a maioria dos meus pacientes não têm como dar não, o comprometimento deles é crítico. E como que fica a situação de realizar o teste?”*

O questionamento, legítimo, sobre aspectos éticos envolvidos no consentimento dos que possam estar com o juízo prejudicado, como no caso de usuários em crise ou pessoas com retardo mental, está presente no que se refere aos exames e tratamentos necessários, mas também carrega a representação de que as pessoas com transtorno mental são sempre incapazes, inclusive de aprenderem a cuidar de si, de se prevenirem ou de terem uma sexualidade saudável. Obviamente, a família, quando presente, deve responder pela pessoa com incapacidade comprovada, do contrário, o Estado é responsável pela decisão, nesse caso, os profissionais de saúde.

A discussão sobre a vulnerabilidade das pessoas com transtornos mentais está presente na sociedade, especialmente nos meios científicos, configurando-se em questão sempre pertinente para se definir limites e possibilidades de abordagens que impliquem em decisão do sujeito *versus* necessidade de cuidado, presente também na atenção a sujeitos com outras doenças e agravos. O princípio da autonomia e liberdade para autorizar conscientemente procedimentos diagnósticos e de tratamento devem ser assegurados, pelo sujeito ou seu responsável (BRASIL, 2003; OLTRAMARI, 2007). Porém, não se pode “cruzar os braços” e deixar de lado aqueles que apresentam dificuldades, como as PTM, como foi constatado no

presente estudo, sujeitando-se ao estereótipo do incapaz para não se ocupar das questões da sexualidade e da prevenção das IST/Aids e promover a saúde sexual das pessoas com transtorno mental, de forma a assegurar-lhes a integralidade da atenção em saúde.

Alguns participantes relataram que há tentativas de trabalho em equipe, desenvolvido pelos profissionais dos serviços de saúde mental. Afirmam que, apesar de toda dificuldade que encontram no cotidiano do trabalho, conseguem discutir as situações apresentadas e atuar conjuntamente nos serviços para o atendimento do usuário, otimizando a eficácia das ações e o alcance dos resultados. Pode-se inferir que há interesse e envolvimento de alguns profissionais nos serviços de saúde mental, em geral, porém, sem se sentirem preparados para tal.

*“Nossa equipe conversa muito e tem uma conduta muito semelhante, muito coerente. As pessoas são as mesmas durante mais tempo que em outros serviços e isso ajuda no trabalho cotidiano com esse paciente.”*

*“A gente sabe que não é fácil trabalhar em equipe, mas a gente tem tentado e dado certo através das reuniões com a equipe toda. Sabemos que não estamos preparados para o cuidado relativo à sexualidade dos usuários, porém, quando aparece alguma coisa, a gente enfrenta.”*

Esses profissionais utilizam-se de reuniões, do convívio constante da equipe e da baixa rotatividade nos serviços para o alcance do sucesso no trabalho que desenvolvem. Destacam que essa é uma construção constante, com muitos desafios, mas percebem disposição e envolvimento dos colegas que contribuem para levantarem questões e refletirem sobre a “construção do cuidado mais humanizado e integral” às pessoas.



No entanto, apontam que o mesmo não acontece quando buscam a articulação com os demais profissionais da atenção primária e os serviços de urgência e emergência. No que diz respeito à implantação de dispositivos do tipo apoio matricial, ou qualquer outra tecnologia leve (Mehry, 1997) que reorganize o processo de trabalho para o estabelecimento de uma linha de cuidado em saúde mental, essa ainda é bastante incipiente na maioria dos serviços e municípios. Isto faz com que o atendimento esteja centrado nos serviços de referência, na capital e cidades do interior de Minas Gerais. Há exceções em um ou outro município e em um ou outro distrito sanitário da capital, com ações organizadas de apoio da equipe de saúde mental às equipes de saúde da família (PENIDO *et al.*, 2010). A implantação dos Núcleos de Apoio em Saúde da Família (NASF) está ocorrendo, paulatinamente, sobretudo na capital. Estes são constituídos de uma equipe multiprofissional que atua em conjunto com os profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família, apoiando-os por meio de práticas compartilhadas em saúde, nos territórios sob sua responsabilidade. Apesar de poder ser constituído por variados profissionais, há uma recomendação específica de que cada NASF conte com, pelo menos, um profissional da área de saúde mental, tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais (BRASIL, 2008d).

Outro fator, considerado facilitador pelos participantes, refere-se à condição “menos grave” dos usuários que frequentam os Centros de Convivência na capital do estado de Minas Gerais. Estas unidades caracterizam-se como serviços que assistem usuários em situações de estabilidade do quadro mental, permitindo que participem, por períodos mais prolongados e durante o dia, de oficinas de música, teatro, pintura, marcenaria, costura e várias outras, assim como passeios, idas ao cinema, teatros e festas.

*“No Centro de Convivência a gente tem um paciente mais tranquilo, mais estável, isso facilita o trabalho preventivo, porque as oficinas acontecem [...], são atividades coletivas.”*

Os profissionais reconhecem que com o perfil de “mais estáveis”, “fora de crise” ou “tranquilos”, esses usuários têm maior facilidade para participar e compreender a finalidade das ações preventivas propostas. Afirmam ainda que, nesses serviços, o atendimento é facilitado pelo fato de haver maior vinculação entre os profissionais e a clientela, considerando que, habitualmente, cada usuário frequenta os serviços três a cinco vezes na semana, em média.

*“Eu acho que o fato de ser um público constante, facilita. São as mesmas pessoas que frequentam o Centro de Convivência, elas frequentam na maioria dos dias da semana ou, no mínimo, semanalmente. Então aquelas pessoas estão sempre ali, então tem uma proximidade que facilita a conversa, não sendo em crise.”*

No entanto, os fatores considerados facilitadores da prevenção em IST/Aids, do ponto de vista dos profissionais, sofrem diminuição de sua importância na organização dos serviços, pela relevância dos aspectos dificultadores. Os aspectos negativos são muito destacados e valorizados nas falas dos profissionais e representados como “impedidores de um trabalho mais consistente e mais abrangente” no que diz respeito à sexualidade de pessoas com transtornos mentais, em Minas Gerais.

A discussão a respeito da capacitação e preparo profissional para o desenvolvimento de ações em saúde foi presente e constante em todos os grupos focais realizados. Foi unânime entre os participantes o reconhecimento de que as ações preventivas são realizadas muito aquém das necessidades e distantes da forma como deveriam, contrariamente às representações sobre sexualidade de

PTM, como visto no capítulo anterior, com narrativas de repúdio e repressão a qualquer tipo de manifestação da sexualidade dos usuários, desconsiderando a abordagem neste campo.

De fato, pelos relatos, observou-se que poucos são aqueles que fazem uma abordagem da sexualidade do ponto de vista do direito de tais pessoas a uma vivência prazerosa e saudável.

*“É que às vezes a gente ainda observa uma dificuldade da equipe de abordar esse assunto. Eu acho que às vezes a questão é maior pra equipe do que pra eles mesmos.”*

*“Eu acho que este é um problema (abordagem da sexualidade) que vem desde a nossa infância, da criação que a gente tem, da sociedade, e na faculdade a gente quase não tem aulas sobre esse tema da sexualidade”*

*“Eu lembro que teve uma ginecologista que foi lá falar sobre doenças sexualmente transmissíveis, levou aquelas fotos horríveis, aqueles negócios tudo podre, os usuários horrorizaram. Então foi uma ‘overdose’ de informação que eu acho que não adiantou nada, muito técnico. Não passou nem perto das questões deles. Nós temos que achar mesmo qual que é o melhor jeito, porque eu vejo que os profissionais estão muito despreparados.”*

Acredita-se que a origem das dificuldades em abordar sexualidade e saúde sexual seja por se tratar de um tabu social, no sentido de uma representação original, como propõem Giami e Veil (1997), o que, segundo Foucault (1988), ocorre desde o século XVII como forma de controle e repressão sexual, sendo um mecanismo de poder. A discussão sobre sexualidade é tida como imoral, o que faz com que as pessoas silenciem-se, sendo permitido apenas o diálogo de cunho moralizante. Desta forma, a sexualidade torna-se temática proibida e vergonhosa

também em todas as fases educacionais e continua com a mesma conotação na vida profissional, inclusive dos profissionais de saúde.

Independente da categoria profissional, nos currículos de formação de graduação da área da saúde é praticamente inexistente essa discussão, o que se soma a abordagem fragmentada das disciplinas e com foco no tratamento de doenças, pouco valorizando e instrumentalizando os discentes para uma prática integral e que considere os aspectos psicossociais daquele que é cuidado.

Além disso, poucos são os serviços que ofereceram cursos de capacitação e atualização para seus trabalhadores, voltados para o controle dos agravos sexualmente transmissíveis, além de que, quando ocorrem, são raros e não contemplam todos os profissionais do serviço. Dentre aqueles que afirmaram já terem participado de cursos de capacitação para essa abordagem, relataram que, imediatamente após essas atividades, estiveram motivados a colocar em prática o que aprenderam. No entanto, disseram que 'rapidamente' essa vontade se perdeu em face das diversas demandas que o serviço lhes impõe e que são consideradas como mais urgentes no dia a dia, do que organizar e realizar ações de promoção da saúde integral ou mesmo ocupar-se de outros problemas que não os relacionados com a doença mental. Assim, não as começam ou não há continuidade das ações iniciadas.

Na prática, as representações mais fortes sobre o trabalho e sobre a doença mental sobrepujam àquelas recém-apresentadas sobre capacidades e possibilidades de educação em saúde, como se houvesse uma escala de importância e prioridades na qual não há espaço para o novo, tanto institucionalmente como para cada ator no trabalho.

Desta forma, faz-se necessário a busca por ferramentas mais abrangentes e também individualizadas, possivelmente mais efetivas, de educação em saúde para esses profissionais. Essas abordagens devem contemplar as especificidades próprias da doença, como a dificuldade com a linguagem, já que essas pessoas “recebem a informação e a processam” de forma diferente, desconstruindo a representação de que todas as pessoas com transtorno mental têm dificuldades cognitivas e pouca possibilidade de aprendizado, quando, na verdade, a forma como os profissionais de saúde se expressam e os métodos que utilizam não lhes permitem compreender as informações. Assim, é urgente que os profissionais desenvolvam a habilidade de trabalhar de acordo com as características que cada pessoa tem, individual e coletivamente, para que a comunicação seja efetiva.

Diferentemente do que foi destacado como aspecto facilitador nos Centros de Convivência, discutido anteriormente, os CAPS e CERSAM assistem pessoas que exigem maior complexidade de cuidado em decorrência do agravamento do transtorno mental desenvolvido.

Os participantes reconhecem a necessidade desses usuários serem contemplados com ações promotoras de saúde sexual, mas reafirmam que há grande dificuldade em fazê-lo. Os usuários dos CAPS ou CERSAM são considerados, em geral, como ‘em crise’, ‘surtando’, ‘instáveis’, ‘agitados’; o que, do ponto de vista dos profissionais, inviabiliza a realização de qualquer ação educativa em saúde.

*“E eu acho que, pra trabalhar com o usuário, é realmente muito complicado dentro do CAPS porque eles estão em crise, não conseguem compreender o que a gente tá falando.”*

*“Fora da crise é mais fácil abordar. Eu acho muito difícil trabalhar essas questões de prevenção, de sexualidade, com o paciente grave, que é o paciente típico do CAPS, é muito difícil.”*

No entanto, essa abordagem no CAPS é necessária, uma vez que muitos desses usuários não frequentam os centros de convivência ou as unidades básicas de saúde. Sabe-se que alguns vivem em crise, não saindo nunca dessa condição. Deve-se, portanto, buscar momentos e formas de realizar abordagens de promoção da autonomia para o autocuidado, inclusive sobre a sexualidade (WAINBERG *et al.*, 2007; 2008).

Um relato muito frequente nas falas dos profissionais se refere à escassez de tempo para o planejamento e a realização das atividades preventivas e promocionais. Tais relatos se apoiam na alta demanda de atendimentos, fazendo com que essas atividades sejam colocadas de lado:

*“A gente que trabalha no CAPS está ficando com uma sobrecarga tão grande que a gente tá ali pra apagar incêndio. Então, você vai fazendo aqui e ali, e às vezes, as ações preventivas, a gente acaba não tendo tempo pra fazer. A gente sabe da importância, mas acaba não dando conta.”*

Tal afirmação não difere do que já foi apontado em estudos realizados com profissionais que atuam nos serviços de atenção primária sobre atividades de atendimento clínicos, em detrimento daqueles de promoção da saúde (NEMES *et al.*, 2004; OLIVEIRA, 2007; SOUZA, 2008).

Sabe-se que o grande volume de atividades nos serviços de saúde brasileiros é fato real, devido ao adoecimento das pessoas, à demanda espontânea e à falta de organização dos próprios serviços, porém, mais do qualquer outro aspecto, são esses serviços responsabilizados pela falta de abordagens, pelos métodos que não

reconhecem as necessidades humanas do paciente e do profissional. No entanto, a organização do trabalho pela demanda espontânea não é premissa para manter o funcionamento dos serviços, oferecendo o fundamento de que a pressão do tempo é totalmente ou mesmo a principal responsável pelas limitações da promoção à saúde no âmbito da área de abrangência do serviço.

*“Na prática, ou você atende aquele paciente pra ver se você consegue aliviar a ocupação noturna no serviço ou você vai fazer uma oficina. A pressão toda do serviço é pra você apagar aquele incêndio ali na hora. Então, vai gerando um atropelamento das coisas, e essas questões de prevenção, elas vão ficando pra depois e acabam não acontecendo.”*

Diante dessas situações, os profissionais não sabem o que fazer para administrar a escassez de tempo e dedicarem-se às ações de prevenção e promoção à saúde tanto relativas às IST/HIV/Aids quanto aos demais problemas de saúde sexual ou outros que seus usuários apresentam. De fato, o adoecimento por outras causas que não o transtorno mental, muitas vezes, passa até despercebido pelos profissionais desses serviços. Sentem-se, apesar de trabalharem muito, frustrados e angustiados, imersos em ações não planejadas que lhes ocupam todo o tempo e provocam desgaste físico e emocional, retrato de um processo de trabalho ineficaz e também insalubre.

*“Não tenho tempo para nada. Não consigo nem avaliar os pacientes. É muito trabalho.”*

*“A demanda está cada dia maior, não há a menor chance de assumir mais coisas, como as atividades de promoção da saúde”.*

No entanto, a maioria da clientela atual dos serviços de saúde mental faz parte da demanda organizada, ou deveria ser assim, sendo composta de pessoas

que frequentam os serviços por longos períodos de tempo, criando vínculo, de alguma maneira, com o serviço e os profissionais. Isso implica em rever o processo de trabalho ou aumentar o número de profissionais capacitados para propiciar atividades de promoção da saúde, de saúde sexual, valorizando-se os direitos de pessoas com transtornos mentais.

Revela-se, assim, a realidade que os trabalhadores da saúde mental enfrentam na busca pela chamada integralidade do cuidado em saúde. Ao adotarem uma postura que reduz as necessidades em saúde das pessoas com transtorno mental apenas ao que é ofertado nos seus serviços de referência, os profissionais de outros níveis do sistema estão fortalecendo a representação da sociedade em geral que perpetua o estigma e ao preconceito com a pessoa com transtorno mental. Em geral, os profissionais de saúde não reconhecem as outras demandas biológicas, psicológicas e sociais que as pessoas com transtornos mentais trazem:

*“O PSF tem uma resistência gigante com o paciente da saúde mental. Eles acham que ele é da ‘saúde mental’. Eles preocupam assim: “toma que o CERSAM se vira, toma que o CAPS se vira”. A gente é que tem que ficar correndo atrás de Centro de Saúde pra medicação hipertensiva, avaliação clínica, avaliação ginecológica. Eles entregam o paciente pra saúde mental e esquecem tudo. Portador de saúde mental, pra eles, só tem direito a ter problema mental. Hipertensão, ele não tem direito; ele não pode ser cardiopata, ele não pode ser diabético, ele não pode ter lúpus, ele não pode ter nada. Só pode ter problemas mentais.”*

*“A gente tem uma grande dificuldade com o próprio SAMU... Pra você ter uma ideia, já chegou paciente lá que teve um AVC, com Glasgow 7, eu que fiz a avaliação [...] e aí eu virei pra moça do SAMU e falei assim: ‘Escuta, como é que você traz uma paciente com Glasgow 7?’ E ela disse que paciente do CERSAM, a gente leva é pro CERSAM.! Não é ela, coitada, é o regulador. Eu virei pra ela e falei assim: ‘não, você*



*fala com o regulador que eu não vou receber o paciente com Glasgow 7, não vou receber' ”.*

*“No meu serviço, a gente já criou uma rotina: veio do pronto atendimento, vamos fazer o exame físico completo, já com a ambulância do pronto atendimento na porta, qualquer coisa nós vamos devolver. Mas mesmo assim, tem anos, e eles (profissionais da urgência) não entendem (as outras necessidades de saúde da pessoa com transtorno mental). Tem quatro anos que eu estou nesse serviço, tem quatro anos que funciona dessa forma. Ainda não conseguimos mudar.”*

O Ministério da Saúde (Brasil, 2004; 2008b) tem levado à frente a proposta para que os municípios brasileiros organizem equipes de apoio matricial para a atenção em saúde mental na atenção primária, mas isto ainda é raro nos municípios de Minas Gerais. Nos locais onde está sendo implantado, ainda não houve avaliação de resultados, mas acredita-se que o processo de trabalho poderá ser de troca de saberes e de corresponsabilização, por meio do apoio de profissionais que são especialistas em saúde mental e que trabalharão as situações apresentadas na unidade básica de saúde com toda a equipe de saúde da família (PENIDO *et al.*, 2010). Porém, sabe-se que o trabalho inicial consiste na clínica em saúde mental e, não necessariamente, em abordagens de promoção da saúde sexual.

As representações dos profissionais de ambas as equipes podem estar centradas nas mesmas apresentadas anteriormente sobre as dificuldades da pessoa com transtorno mental em relação à sexualidade e à promoção da saúde. Isto exigirá capacitações adequadas também para o conjunto desses trabalhadores e apoio de profissionais de acompanhamento para que as capacitações não se percam no mundo das tarefas cotidianas, também nos centros de saúde dos serviços da atenção primária. Além disso, uma relação mais estreita, com trabalho

conjunto e coordenado, ainda não ocorre, como regra, entre os serviços de saúde mental e as unidades de atenção primária:

*“Não tem interação nenhuma. O pessoal do PSF fica lá na unidade básica e não há qualquer relação de proximidade ou de interação de equipes com eles.”*

*“Nosso CAPS fica pertinho de várias unidades básicas e nós nem conhecemos a equipe.”*

Campos *et al.* (2009), no entanto, apontam que a característica principal e inicialmente proposta para os serviços substitutivos em saúde mental é de articulação e proximidade com a Estratégia de Saúde da Família, permitindo o envolvimento, a corresponsabilização dos usuários e seus grupos familiares, e facilitando a formação e consolidação de equipes multidisciplinares. De fato, a construção dessa articulação entre os diversos serviços e níveis de assistência à saúde não se consolidou, ainda, no sistema, mas tem um papel instituinte fundamental para a melhoria da qualidade do cuidado em saúde (MERHY, 2012).

## **CAPÍTULO 7: AS CATEGORIAS TEÓRICAS**

Como apresentado nos capítulos anteriores, as representações encontradas nos grupos focais de profissionais de saúde mental do estado de Minas Gerais, relativas à sexualidade e promoção de saúde sexual, incluindo a prevenção das IST/Aids, de pessoas com transtornos mentais, estão fundamentadas muito mais em bases culturais do senso comum, que em bases científicas e, muitas vezes, contraditórias entre si. Essas podem ser agrupadas em suas disjunções:

- a)** Viver a sexualidade é direito de todos. A sexualidade de pessoas com transtornos mentais não é igual a de todos. Pessoas com transtornos mentais têm “hipersexualidade”. Relações homossexuais são correntes entre PTM e não são normais como as heterossexuais.
  
- b)** Expressar a sexualidade é normal. As manifestações da sexualidade das PTM são imorais e devem ser reprimidas. Não precisa falar sobre sexualidade, porque é da intimidade de cada um.
  
- c)** As ações de promoção da saúde sexual são importantes. Ações promotoras da saúde sexual não são possíveis de serem realizadas porque as PTM têm dificuldades para aprender a realidade e tomar decisões e nós, profissionais, não estamos preparados para lidar com a temática da sexualidade.

As categorias que agrupam as representações dos profissionais sujeitos deste estudo no que se refere à sexualidade e cuidado de pessoas com transtornos

mentais mostram que há, de um lado, o discurso profissional-científico para as questões mais gerais sobre a sexualidade e sobre promoção de saúde e, de outro lado, estereótipos culturais sobre pessoas com transtornos mentais, incluindo sua sexualidade, somados à insegurança do profissional por falta de formação específica sobre o tema. A partir desta interpretação foi possível construir duas categorias teóricas.

A primeira categoria diz respeito à força das representações sobre sexualidade, construídas ao longo da vida dos sujeitos como algo a ser negado e escondido, e à disponibilização de conteúdos e métodos de abordagem em suas formações profissionais que excluem, de modo geral, suas subjetividades e assuntos culturalmente sensíveis.

A segunda categoria é relativa às representações em torno da vulnerabilidade de pessoas com transtornos mentais e seus direitos em relação à promoção da saúde sexual.

Estas duas categorias foram, então, intituladas:

- 1) Roteiros culturais e formação profissional.**
- 2) Promoção da saúde sexual e vulnerabilidade.**

## 7.1 Roteiros Culturais e Formação Profissional

As representações sobre sexualidade são dinâmicas na sociedade e resignificadas na singularidade de cada sujeito, em um processo psicossocial. As modificações decorrem de experiências vividas e de aspectos do contexto cultural e social. Se se levar em conta que as representações são construídas, ao longo da vida dos sujeitos em interação, pode-se afirmar, fundamentando-se em Gagnon (2006), em relação à sexualidade, que há roteiros que podem ser analisados e agrupados dentro de seus contextos de vida, como um pano de fundo para os discursos e ações desses sujeitos, que são intitulados “*scripts*” ou “roteiros” sexuais. Paralelamente, as novidades exigem a apropriação/nova representação sobre determinado objeto que obriga os sujeitos a uma relativa maleabilidade ou improvisação nas interações para a incorporação de mudanças. Isso confirma que representações estão nos modos de agir tanto quanto nos modos de pensar e são, ao mesmo tempo, discurso e fatos. Estas são compostas pelos cenários e, ao mesmo tempo, os compõem (GIAMI, 1998; 2004, 2007; OLTRAMARI, 2007; 2009).

Na vertente das Ciências Sociais, Gagnon (2006) afirma que a sexualidade está inserida em roteiros sociais complexos, específicos de determinados contextos culturais e históricos, sendo importante tanto para a ação individual como para a construção dos símbolos culturais na condução do comportamento e das atividades sexuais.

Os *roteiros sexuais* são concebidos como um conjunto de elementos simbólicos verbais e não verbais ligados à sexualidade e que estruturam uma sequência de condutas organizadas e delimitadas no tempo, nomeando os atores dessas condutas, descrevendo suas qualidades, indicando motivos dos

comportamentos e encaminhando-os a finalizações exitosas (GAGNON, 2006). Esses roteiros são construídos a partir das experiências sexuais apreendidas e inscritas na consciência, formando *scripts* para se lidar com a sexualidade possível, e podem ser de três ordens: *intrapsíquico* (dimensão subjetiva), *interpessoal* (dimensão das interações sociossexuais) e *cultural* (dimensão dos cenários e de prescrições culturais) (GAGNON, 2006; BOZON, 2009).

Para Gagnon (1999, 2006), o conceito de roteiro tem certas semelhanças com os conceitos de plano ou projeto, na medida em que constitui uma unidade suficientemente ampla para abarcar elementos simbólicos e não verbais numa sequência de condutas organizadas e delimitada no tempo, por meio da qual as pessoas “contemplam” o comportamento em andamento.

Para Gagnon (2006, p. 114):

“A relação desses roteiros com o comportamento concreto é bastante complexa e indireta; eles não são reflexos diretos de nenhuma situação concreta, tampouco estão isentos de surpresa em sua capacidade de controlar qualquer situação concreta”.

Corroborando com o autor, destaca-se que, nesta pesquisa, considerou-se que as representações presentes nas falas dos sujeitos não constituem, necessariamente, uma situação exata do que os participantes fazem ou deixam de fazer em suas práticas profissionais, pois os indivíduos possuem mecanismos de autocontrole e julgamento construídos em seus próprios roteiros ou *scripts* culturais. Em outras palavras, nem tudo o que é dito é necessariamente realizado e vice-versa (FONTANELLA; GOMES, 2012b).

No presente estudo, uma importante descoberta refere-se ao fato de que os profissionais de saúde mental, participantes dos grupos focais, desenvolvem roteiros culturais que permitem a construção de representações, ao longo de suas vidas e

que, em grande parte, se originam do senso comum. Apesar de se esperar que esses profissionais tivessem representações fundadas em conhecimentos científicos, advindos de sua formação profissional e acadêmica, vê-se que as representações sobre sexualidade provêm de seus roteiros culturais, originadas também e talvez até mais do conhecimento do senso comum que da ciência adquirida com os estudos.

Apesar de se explicitar ao início das discussões de grupo entre os profissionais de saúde a representação de que “Viver a sexualidade é direito de todos”, o que pode ser considerado um avanço no sentido de assegurar a busca por mediações do cuidado às pessoas com transtornos mentais, que inclui a integralidade como pressuposto aceito e considerado na prática, o contraponto foi mais intenso. Esse revela representações de que “a sexualidade de pessoas com transtornos mentais não é igual a de todos, Pessoas com transtornos mentais têm ‘hipersexualidade’ ”, o que pouco difere daquelas da população geral. Somando-se a essas, as representações de que “manifestações da sexualidade das PTM são imorais e devem ser reprimidas” reforçam a teoria de que há construção de roteiros culturais, vividos pelos participantes, que agregam o conhecimento científico oriundo de sua formação profissional e acadêmica, mas sem conseguir suplantar os estereótipos anteriores.

Assim, vê-se que os *scripts* ou roteiros construídos pelos sujeitos deste estudo são mais do que sexuais, são culturais, pois se estabelece uma cultura sobre a sexualidade que não é superada facilmente por outras representações fundadoras de autonomia e direitos humanos. É nesse cenário em que os profissionais se inserem para enfrentar os desafios de trabalhar em saúde mental, ainda que seja pela reprodução de práticas excludentes e pouco integrais.

No conjunto dos grupos focais vários relatos dos participantes deixam evidente a postura que assumem diante das diferentes maneiras que as PTM utilizam para manifestar sua sexualidade. A reação, descrita por quase a totalidade dos profissionais, foi de repulsa e afastamento, como algo que deva ser evitado. A representação de que a relação sexual, a masturbação, ou outra maneira de expressão da sexualidade sejam algo “sujo”, “errado”, “exagerado”, “feio”, perpetua o estigma e preconceito com as PTM. Isto aponta, portanto, a importância de se ter espaço para a discussão, construção de novos saberes e de organização dos serviços que contemplem os princípios do Sistema Único de Saúde Brasileiro.

Esse achado permite afirmar que há problemas na formação desses profissionais, de modo que não os permite incluir em seus roteiros culturais, as bases para a prestação de uma assistência integral, inclusiva e livre de preconceitos.

Neste contexto, apesar da Reforma Psiquiátrica brasileira implantada há mais de vinte anos encontrar-se organizada por meio do modelo antimanicomial e aberto da assistência, percebe-se que, dentre as principais questões que hoje tomam o campo da Saúde Mental, está a da formação e capacitação de recursos humanos. Na prática, mesmo nos serviços ambulatoriais como os CAPS, a assistência ainda é centrada no tratamento da doença e no controle do “doente”.

Silveira e Vianna (2010) expõem que nem sempre a formação do trabalhador da Saúde Mental, na universidade, é atravessada pela discussão ética e crítica referente à Reforma Psiquiátrica. Além disso, os concursos públicos, apesar de muitas vezes reunirem bibliografia pertinente ao campo, não exigem nenhuma capacitação prévia, valorizando apenas a experiência profissional. Entretanto, nem mesmo essa experiência é garantia de um percurso junto ao campo reformulado da Saúde Mental, estruturado em torno da desinstitucionalização da loucura, muito



menos no que diz respeito a uma assistência integral que considere a dimensão da sexualidade como parte. Os autores complementam ainda que:

“levando em consideração que a universidade forma os diversos profissionais que atuarão dentro dos novos serviços propostos pela Reforma Psiquiátrica, podemos perceber, aí, uma enorme contradição. A maioria dos profissionais carrega uma bagagem teórica e prática que se contrapõe à assistência pretendida pela Reforma aos portadores de transtornos psíquicos. Esses profissionais se sentem despreparados para atuar nos novos serviços e atribuem esse despreparo a uma formação teórico-prática restrita, que centra seus estágios, em sua grande maioria, nos hospitais psiquiátricos. Apesar de contarmos nos currículos de graduação com conteúdos teóricos que contemplam a transformação do modelo assistencial em saúde mental, a prática continua a acontecer, geralmente, dentro desses hospitais” (SILVEIRA; VIANNA, 2010, p. 129)

Estudo realizado por Mângia, Muramoro e Marques (2010) aponta que os profissionais que atuam nos serviços de saúde mental enfrentam dificuldades em decorrência de sua formação acadêmica em relação à organização, processo de trabalho, estrutura, gestão e objetivos assistenciais. Esses são convocados ao desempenho de tarefas de planejamento e gestão sem que disponham de experiência e maturidade. Relatam que os serviços são implantados sem um processo formativo e de gestão consistentes, enfrentam um cenário repleto de conflitos técnicos e teóricos que expressam dificuldades presentes no processo de mudança no campo da saúde mental.

Em consonância, um estudo com enfermeiros (Oliveira e Alessi, 2003) sobre o processo de trabalho em saúde mental, apontou que, apesar do discurso desses trabalhadores estarem orientados para a desconstrução do saber psiquiátrico e para a superação das práticas manicomiais, o paradigma predominante em suas ações é o modelo organicista. Os enfermeiros mantêm as práticas tradicionais - triagem e

controle, principalmente medicamentoso, dos pacientes em crise - embora o discurso aponte para atividades de relacionamento interpessoal e o trabalho interdisciplinar. Assim, apesar de reconhecerem a limitação daquele modelo médico psiquiátrico na abordagem do sujeito com transtornos mentais, os profissionais se ocupam, rotineiramente, da "doença mental", ao controlar o comportamento dos usuários. E apesar de criticarem o tratamento ofertado pela instituição - pautado pelo modelo organicista - não se percebem como agentes de transformação dessa realidade.

Os resultados encontrados na presente pesquisa corroboram a discussão e o paradigma apresentado no estudo supracitado, uma vez que é evidente, pelos relatos dos profissionais nos grupos focais, a preocupação com o tratamento medicamentoso, o controle da patologia psiquiátrica, reforçando o modelo médico psiquiátrico, sem abordagens que valorizem as PTM como sujeitos sociais.

Outros estudos disponíveis na literatura (Rocha, 1994; Saeki, 1994; Marcolan, 1996; Bertoncello, 1997; Pugin; Barbério e Filizola, 1997; Jorge; Monteiro e Rocha, 1998; Mello, 1998; Silveira, 2008; Silva e Ferreira, 2010) destacam a presença de uma grande distância entre o discurso presente na formação especializada em saúde mental e o trabalho nessa área. Reconhece-se uma nova conformação teórica do objeto: não mais o "doente mental" internado que deve ser contido e controlado, mas o "portador de transtornos mentais" ou o sujeito com "sofrimento psíquico" que merece ser atendido nas suas necessidades psicossociais. Entretanto, a esse novo desenho não correspondem estratégias de intervenção que visem a assistência/recuperação desse sujeito. Ou seja, os instrumentos do trabalho em saúde mental alinham-se mais na direção da reafirmação da concepção organicista de objeto, característica da medicina psiquiátrica, que da Reforma Psiquiátrica, que

pressupõe uma ampliação/superação do objeto, incorporando também características psicossociais.

Assim, parece que a formação acadêmica não permite a construção e consolidação de representações acerca da integralidade da assistência em saúde mental que contemplem aspectos relativos à vivência de uma sexualidade saudável pelas pessoas das quais cuidam, o que se constitui num achado importante neste estudo.

Os resultados dos estudos descritos anteriormente contribuem para confirmar o desfecho da presente pesquisa, ressaltando a importância da formação acadêmica dos profissionais de saúde mental no desenvolvimento de habilidades e competências que permitam considerar a sexualidade e ações que promovam a saúde sexual das pessoas assistidas por esses profissionais.

Desta forma, a formação acadêmica dos profissionais parece ser fundamental na construção de roteiros culturais que permitam a reflexão sobre os estereótipos e os questionem, ao mesmo tempo em que se possa fazer o mesmo com a representação de que o conhecimento científico medicalizante e farmacológico, puramente, seja a única alternativa séria em face dos transtornos mentais. As pessoas que os têm não são somente isso, necessitam, obviamente, da melhor abordagem clínica, mas também de serem compreendidos como sujeitos de desejos, de dúvidas e de vontade de interagir com os outros, como bem apontaram os próprios profissionais e a literatura pertinente. Falta maior empenho para que esses últimos tenham bases, inclusive metodológicas, que permitam abordagens inclusivas desta compreensão sobre os usuários dos serviços, no cotidiano de suas atividades profissionais.

Para tanto, a formação precisa contemplar o desenvolvimento de habilidades e competências que reconheçam as necessidades das PTM, o que não foi relatado pelos participantes deste estudo. Pelos resultados, pode-se afirmar que, apesar de quase a totalidade dos profissionais possuírem curso superior e os demais terem formação na área da saúde, esses conhecimentos não permitiram o rompimento com representações oriundas do senso comum que se interpõem ao cuidado integral e sem preconceitos, apenas pelo fato de terem se formado em uma faculdade e demais escolas da área da saúde e se adentrado no “mundo da ciência”. No entanto, vale insistir que a formação profissional e acadêmica tem grande importância para se reconstruir representações e abrir possibilidades de atuação mais coerentes com a abrangência que o cuidado em saúde exige.

Fica evidente, portanto, que na assistência às PTM, os profissionais carregam estereótipos também preconceituosos, que não são efetivamente modificados ou questionados adicionalmente, a esse vazio no ensino, além de sensibilizações permanentes nos serviços que deem suporte de forma efetiva e constante aos profissionais para novas abordagens e reorganização do trabalho. As tecnologias para tal assistência são fundamentais para que o profissional seja capaz e sinta-se amparado em competências que determinam maior vínculo com os usuários dos serviços de saúde mental e seus familiares.

A reflexão compartilhada parece ser o caminho mais promissor para a superação de paradigmas em torno da sexualidade de PTM, para que seja possível estabelecer possibilidades de mudanças e que permitam a construção de representações que tragam maior autonomia a esses indivíduos.

## 7.2 Promoção da Saúde Sexual e Vulnerabilidade

Anos depois das produtivas discussões relativas à reforma psiquiátrica, a urgência de enfrentamento da epidemia de Aids trouxe relevância ao tema da sexualidade e ampliou seu conteúdo para além do estritamente sexual para incluir gostos, prazeres, preferências, práticas e fantasias, além de cunhar o conceito de saúde sexual (VILLELA, 2006).

O Ministério da Saúde destaca que a saúde sexual é entendida como a habilidade de mulheres e homens, jovens e adultos, para desfrutar e expressar sua sexualidade, livre de imposições, violência ou discriminação, sem riscos de infecções sexualmente transmissíveis ou gestações não desejadas (BRASIL, 2006b).

Buscando explicar o que é a promoção da saúde sexual, torna-se pertinente visitar conceitos acerca da promoção da saúde. Para Silva (2009), as formulações sobre a promoção da saúde remetem a concepções teórico-conceituais, políticas e ideológicas que podem ser tomadas como novas possibilidades para a reforma do setor saúde. Para analisar os referenciais que sustentam a promoção da saúde, adota-se a contextualização do conceito abrangendo três momentos históricos que caracterizam sua concepção.

Segundo Luz (2005), o primeiro momento é marcado pelos discursos que remetem ao tema do início do século XIX até meados do século XX, caracterizando uma concepção higienista de promoção à saúde.

O segundo momento carrega uma visão comportamentalista da promoção à saúde, desenvolvida, especialmente, na segunda metade do século XX, em que

prevalece o enfoque sobre os estilos e hábitos de vida com forte ênfase na responsabilização individual.

O terceiro momento histórico é instaurado com as Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, marcando a “Nova Promoção da Saúde”. Essa traz uma concepção socioambientalista sobre o tema, como promoção da saúde em espaços sociais da vida cotidiana, objeto de política pública e que pressupõe um movimento de corresponsabilidade entre Estado e Sociedade Civil na sua efetivação.

É importante destacar que esta divisão não reflete linearidade na evolução das concepções que podem se apresentar imbricadas em diferentes contextos e realidades. Aliás, o modo híbrido ou sincrético em que se apresentam os sentidos, concepções e representações nas práticas em saúde é também uma marca do conceito de promoção da saúde (LUZ, 2005).

Apesar da discussão sobre a promoção da saúde já acontecer em outros países, anteriormente, somente no ano de 2000 ela ganhou força de institucionalidade no Brasil, ao se formular e implementar as linhas gerais que originaram a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) do Ministério da Saúde. A PNPS propõe o estímulo à criação de experiências locais de promoção da saúde como estratégia para promover qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde (BRASIL, 2006b).

Neste contexto, hoje, no Brasil e no mundo, nunca foi tão emergente a necessidade de se discutir a promoção da saúde como uma possibilidade de atuação, tendo em vista que, com a ampliação da concepção de saúde, esta se relaciona diretamente com a qualidade de vida, conceito esse fundamental para a promoção da saúde (SOUZA; HORTA, 2012).

Desta forma, a promoção da saúde sexual, nos moldes da promoção da saúde, pressupõe a construção de práticas e ações concebidas e implementadas no intuito de compensar ou combater prejuízos causados e acumulados historicamente a segmentos da população, apoiando-os no processo de superação das condições de iniquidade, subordinação e exclusão que os afligem. O objetivo de tais ações é incidir na vida das pessoas com medidas de “empowerment”, de modo a incrementar a democracia (BRASIL, 2006b).

O termo “empowerment”, que não tem uma tradução na língua portuguesa, é entendido no Brasil como “empoderamento”, no sentido de valorizar os “mais desempoderados”, ou seja, pobres, mulheres, marginalizados, negros, dentre outras situações variadas, incluindo as PTM (AYRES *et al.*, 1999).

No que tange ao “empoderamento” para a vivência sexual saudável de pessoas com transtornos mentais, é necessário destacar a atuação do profissional, protagonista das ações de cuidado em saúde. Considerando-se a importância do profissional como agente para o fortalecimento desse “empoderamento” do usuário, este estudo encontrou resultados que nos permitem afirmar que o trabalhador de saúde será mais ou menos capaz de promover a saúde sexual das PTM, tanto quanto se sentirem preparados para essa atenção, principalmente no que diz respeito aos seus aspectos éticos e legais. Além disso, deve-se considerar ainda, a relação entre a elaboração de representações sobre a sexualidade das pessoas com transtornos mentais e as vivências dos profissionais de suas próprias sexualidades como determinante para a valorização deste aspecto no cuidado com o outro.

Um grande desafio encontrado neste estudo para os serviços de saúde é o de implementar ações que atendam às especificidades dos usuários com transtornos mentais, de modo integral e respondendo às demandas colocadas pelas condições

decorrentes das distintas situações de vida e da própria doença. Para Eastgae (2008), essas ações devem considerar as desigualdades de gênero, doença, raça/cor, orientação sexual e de classe social e devem contribuir para a sua superação. No presente estudo, os profissionais não se utilizam de todas essas categorias de desigualdades para descrever suas ações e reflexões a respeito da sexualidade das pessoas com transtornos mentais provavelmente porque o centro das representações está na doença mental. Esta representação coloca todos os usuários como um grupo que age mais ou menos da mesma maneira.

Apesar disso, emergiram representações de reconhecimento da importância das ações de promoção da saúde sexual, mas com adoção de posturas contrárias a uma prática que permita o “empoderamento” das PTM e estimule a corresponsabilização. Isso ficou evidente na representação de que “não precisa falar sobre sexualidade, porque é da intimidade de cada um”. Quando não há abordagem acerca da saúde sexual de modo a reconhecê-la como parte integrante da vida e dignidade do sujeito, a assistência insere-se num campo em que apenas a abordagem prescritiva é importante.

Ainda nesta vertente, além da necessidade de valorização e implicação, por parte dos trabalhadores com os aspectos concernentes à promoção de uma sexualidade saudável, vale ressaltar que foi significativo o reconhecimento, pelos participantes deste estudo, de que a pessoa com transtorno mental tem maior vulnerabilidade econômica e social que a população em geral, sem que isto tenha implicado em buscar meios para diminuir essa vulnerabilidade no que se refere à vivência da sexualidade.

O termo vulnerabilidade tem origem na área dos Direitos Humanos e refere-se a grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção



ou garantia de seus direitos de cidadão. Para a área da saúde, aglutina-se hoje, ampla e diversificada gama de proposições, não havendo ainda uma identidade objetiva com especificidade e clareza esperadas para um conceito. No entanto, todas convergem no que se refere ao interesse pela ampliação de horizontes que a vulnerabilidade imprime aos estudos, ações e políticas voltadas para o controle dos agravos à saúde dos indivíduos (AYRES *et al.*, 1999).

De forma mais completa, a vulnerabilidade pode ser caracterizada pelo acesso de pessoas e grupos à informação (escolaridade, comunicação, disponibilidade de recursos materiais), aos serviços de saúde e a outros equipamentos sociais; pelo nível de liberdade de expressão, representação e decisão que usufruem (poder de influenciar decisões políticas, possibilidade de enfrentar barreiras culturais, estar livre de coerções ou poder defender-se delas); pelos indicadores de saúde, educação e renda; pelo índice de desenvolvimento humano e de pobreza e miséria. Esse plano considera ainda as estruturas de governo, o repertório de crenças, valores e atitudes, as relações de raça, etnia, gênero e geração (AYRES *et al.*, 1999).

No contexto da saúde mental, a análise realizada permite a afirmação de que os profissionais consideram que usuários desses serviços ocupam uma posição de maior vulnerabilidade, sobretudo pelo fato de, muitas vezes, estarem com o juízo prejudicado, dificultando-os de fazerem livres escolhas, expressarem seus desejos, mas, também, por terem maiores dificuldades de participar da vida social, de constituir família ou parcerias estáveis, de contar com emprego, renda e identidade de trabalhador, na maioria dos casos.

Cabe destacar que foi recorrente nas falas dos participantes a representação sobre a situação de vulnerabilidade em que as pessoas com transtornos mentais

encontram-se dizendo respeito, então, a uma condição de fragilidade social, cognitiva e mental, o que pareceu justificar e os dispensar de terem acesso às ações promocionais da saúde sexual nos serviços, julgando que não há capacidade de compreensão suficiente ou adequada.

Apesar de, em muitas situações, as PTM apresentarem dificuldades de manifestar escolhas e desejos, essa não é uma constante no cotidiano dos serviços e na própria vida desses indivíduos. Sobretudo nos serviços substitutivos, cenários deste estudo, a condição de urgência não é uma realidade permanente e a maior parte das PTM está em tratamento, permitindo-lhes julgamento em muitas escolhas. Desta forma, torna-se incoerente privá-los do acesso à informação e possibilidade de “empoderamento”, sobretudo pelo fato de já estarem em situação de maior vulnerabilidade e dos profissionais serem unânimes no reconhecimento desta condição. Representações contraditórias estão, portanto, presentes de forma explícita, já que o profissional que valoriza o conhecimento científico e reconhece a condição de vulnerabilidade das PTM, deveria investir mais na implementação de ações que os “empoderem” para a vivência da sexualidade e para o enfrentamento de condições e situações que exponham essas pessoas ao risco.

Assim, os achados dos grupos focais mostram que as representações configuram-se na consolidação de um modelo assistencial pautado no tratamento da doença, sua medicalização e o reconhecimento de que as ações promotoras da saúde sexual não são possíveis de serem realizadas. As representações nucleares são que as PTM têm dificuldades para aprender a realidade e tomar decisões e que os profissionais não estão preparados para lidar com a temática da sexualidade.

Esta prática, por sua vez, é contraditória porque os profissionais de saúde mental, em geral, defendem os propósitos da Reforma Psiquiátrica, do Sistema

Único de Saúde e a finalidade dos próprios serviços em que estão inseridos, mas não adequam as ações e atividades aos novos paradigmas. Sem realizar ações de promoção da saúde sexual nem buscar a capacitação para o desenvolvimento dessas, permanecem no modelo anterior curativista que desconsidera as demandas e necessidades do sujeito e o “desempodera”. Torna-se premente, então, buscar novas metodologias e capacitações que possam instrumentalizá-lo para essas abordagens.

Assim, no que concerne à promoção da saúde sexual e vulnerabilidade das PTM, este estudo permite afirmar que os trabalhadores dos serviços de saúde mental de Minas Gerais reconhecem que as pessoas com transtornos mentais estão em situação de maior vulnerabilidade, mas não agem em seu favor, pelo contrário, no que se refere à promoção da saúde sexual e vivência de uma sexualidade saudável há, na maioria dos casos, negação do direito.

## CAPÍTULO 8: CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desta pesquisa foi trabalhosa, sobretudo pela organização e logística de deslocamento dos profissionais dentro de um estado com grandes dimensões como Minas Gerais para a cidade de Belo Horizonte. Por outro lado, essas diversas realidades trouxeram muita riqueza ao material coletado. A coleta de dados e análise dos grupos focais foi um trabalho denso, sendo realizado pelos membros do grupo de estudo, sob a coordenação da orientadora. Cada um dos grupos focais teve duração média de 60 minutos e a amplitude do *corpus* dos grupos totalizou em torno de 500 páginas transcritas. Esses aspectos exigiram muitas leituras e releituras do material obtido e, a cada momento, maior aprofundamento e clareza após as análises.

Os resultados obtidos com os grupos focais permitiram o alcance do objetivo principal proposto. Foi possível compreender representações de profissionais que atuam nos serviços de saúde mental da rede pública de Minas Gerais sobre sexualidade de pessoas com transtornos mentais e seus modos de expressão, além daquelas relativas aos cuidados da saúde sexual nos serviços de saúde mental e identificar aspectos facilitadores e dificultadores para a atenção integral, incluindo nesta a prevenção das IST e HIV/Aids.

Retomando os pressupostos que sustentaram esta pesquisa pode-se afirmar:

a) As mudanças para a atenção integral exigem a reconstrução de conhecimentos e novas posturas por parte dos profissionais de saúde e instituições, rompendo com paradigmas anteriores. Esse pressuposto tem sua confirmação nos relatos dos profissionais, reforçando a incompatibilidade de suas abordagens frente à almejada integralidade na assistência.

b) A reorganização do trabalho para a atenção integral foi marcada pela disponibilidade e envolvimento do profissional que, por sua vez, utilizou variadas vezes de mecanismos de defesa para enfrentar as ansiedades e angústias, o que mostrou estar diretamente relacionado com suas representações sobre o trabalho, sobre a interface entre saúde mental e sexualidade da pessoa com transtornos mentais e sobre si mesmo.

c) Em cada profissional, as representações podem ser 'acomodadas' e reelaboradas, ou não, dependendo de sua trajetória pessoal, de sua experiência profissional e da instituição ou serviço de saúde no qual trabalha. Considera-se, portanto, que representações e práticas desses profissionais estejam imbricadas e explicitadas em ações e palavras em seus cotidianos de trabalho. Este pressuposto pôde ser parcialmente verificado por meio dos relatos dos participantes, porque esses apontaram que a construção de representações que fundamentam o trabalho em saúde mental ocorre ao longo da vida e não somente nas formações profissionais. Vale ressaltar que seus cotidianos profissionais não foram observados e que a coleta por meio de grupos focais prioriza as ideias compartilhadas, deixando de haver aprofundamento das particularidades das experiências e reflexões individuais. Certamente, a realização de entrevistas individuais poderia elucidá-las, com mais clareza, ficando essa outra abordagem para estudos posteriores.

d) Quanto maior foi a capacidade de aceitação das diferenças nos domínios que concernem a saúde mental e a sexualidade, maior pareceu ser a disponibilidade dos profissionais em contribuir para a promoção da saúde sexual das pessoas com transtornos mentais. Além disso, este estudo permitiu evidenciar que os profissionais que atuam nos serviços de saúde mental possuem representações de negação do direito à vivência de uma sexualidade plena de pessoas com transtorno mental,

devendo sua expressão ser cerceada, independentemente da forma. Evidencia, ainda, a quase inexistência de ações para promoção de saúde e de prevenção para as pessoas com transtornos mentais, bem como as limitações naquelas existentes.

Tais resultados mostram a necessidade de se considerar os aspectos psicossociais envolvidos na vivência da sexualidade e do autocuidado para que a saúde sexual seja possível e esteja assegurada como um direito humano também para essas pessoas que se encontram em condições de maior vulnerabilidade.

Porém, vale lembrar que há vozes discordantes (poucas) que dizem da importância de se incluir atividades educativas sobre o tema, mas informam não se sentirem preparadas para tal, inclusive para a inserção da prevenção em HIV/Aids e outras infecções sexualmente transmissíveis junto a essa população. Torna-se, assim, premente a necessidade de capacitações para os profissionais, com novas abordagens, considerando os direitos humanos e a integralidade como princípios do cuidado em saúde mental.

Este estudo permitiu reconhecer que os profissionais de saúde mental são essenciais na organização das práticas de prevenção e controle das IST/HIV/Aids e promoção da saúde sexual nos serviços em que atuam e que suas práticas apoiam-se nas representações que compartilham. Desvela-se também que o sistema de saúde precisa de ajustes constantes para garantir o acesso e a integralidade do cuidado tão desejados e fundamentais para a articulação entre profissionais, usuários e serviços de saúde.

Baseando-se nos resultados desta pesquisa, propõem-se algumas sugestões para gestores da educação e docentes, gestores e profissionais da saúde coletiva, especialmente aqueles da área da saúde mental, seja no nível local, regional ou nacional, responsáveis pela definição de políticas de formação ou de assistência às

peças com transtornos mentais, além dos que atuam diretamente com os usuários. São elas:

a) Formar profissionais de saúde com especificidade em sexualidade e direitos humanos, nas universidades, capazes de contribuir para reorganizar os serviços e conduzir de forma ampla os programas de educação permanente em saúde mental e sexualidade;

b) Promover espaços de sensibilização aos profissionais que atuam nos serviços de saúde mental, a fim de se sentirem aptos e capazes de realizar abordagens individuais e coletivas voltadas à promoção da saúde sexual;

c) Incrementar os NASF para formar parcerias entre os profissionais dos serviços de saúde mental, equipes de saúde da família e das unidades que compõem a atenção primária à saúde;

d) Aumentar e melhorar as ações desenvolvidas visando a prevenção e controle das IST/HIV/Aids, ainda que existam e continuarão a existir aspectos dificultadores para tal nos serviços de saúde mental. O reconhecimento da importância da prevenção é fundamental na reflexão dos profissionais como forma de vencer o crescimento da epidemia e proporcionar ao usuário uma assistência de qualidade, fundamentada na visão integral e humana do cuidado, e sobre a qual os profissionais têm governabilidade e relativo poder.

e) Sensibilizar os profissionais para a atuação em equipe, fundada no respeito aos saberes específicos e no compartilhamento, na aproximação de cada sujeito com a realidade objetiva e na compreensão das subjetividades, o que poderá propiciar o desenvolvimento de ações preventivas como ferramenta do cuidado capaz de promover a emancipação e o reconhecimento de estratégias de enfrentamento e articulação social para a prevenção e o controle do HIV/Aids.

Com este estudo, espera-se ter contribuído para aumentar a compreensão sobre as questões da sexualidade humana, especialmente de pessoas com transtornos mentais e sobre a organização de serviços de saúde mental, na sua interseção com os diferentes níveis de atenção à saúde. Os desafios são grandes, pois tratam-se de mudanças que envolvem modos de pensar e roteiros culturais que não se rompem rapidamente.

Reitera-se a importância de não considerar os serviços de saúde mental isoladamente ou de pensar os profissionais que estão na assistência como os únicos responsáveis em encontrar saídas para as dificuldades e contradições que imperam neste campo. As instituições formadoras, os órgãos de Estado responsáveis pelas políticas educacionais, sociais e de saúde, em cada esfera de governo e as famílias são fundamentais na luta pela definição de políticas e implementação de ações que permitam o cuidado integral e respeito à dignidade de pessoas com transtornos mentais, o que inclui a informação e apoio para a vivência de uma sexualidade saudável e livre de riscos como direitos humanos fundamentais.



## REFERÊNCIAS

ALVES, M.F.P. Sexualidade e prevenção de DST/AIDS: representações sociais de homens rural de um município da zona da mata pernambucana, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, sup.2, p.429-439, Abr., 2003.

ALVES, D. S. Integralidade nas políticas de saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: UERJ, 2006. 180 p.

AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n.3, p. 491-94, 1995.

ANDREOLI, S. B. Serviços de saúde mental no Brasil. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (Orgs). **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, p. 85-100, 2007.

ANDREOLI, S. B.; ALMEIDA-FILHO, N.; MARTIN, D.; MATEUS, M. D.; MARI, J. J. É a reforma psiquiátrica uma estratégia para reduzir o orçamento da saúde mental? O caso do Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 43-46, 2007.

ANTUNES M. C.; PERES, C. A.; PAIVA, V.; STALL, R.; HEARST, N. Diferenças na prevenção da Aids entre homens e mulheres jovens de escolas públicas em São Paulo. **Rev. Saúde Pública**. v. 36, n. 4, p. 88-95, 2002.

ARRUDA, A. (org.) **Representando a alteridade**. Petrópolis: Vozes, 1998. 164p.

AYRES, J. R. C. M.; JUNIOR, I. F.; CALAZANS, G. J.; FILHO, H. C. S. F. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA R.M.; PARKER, R.(org.). **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro, IMS/UERJ; São Paulo: Ed. 34, 1999. p. 49-72.

BARBOSA, J. G. A. **Sexualidade e vulnerabilidade social de pessoas com transtornos mentais atendidas em serviços públicos de saúde mental**. 2011. 194f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

BARBOSA, J. G. A.; FREITAS, M. I. F. Roteiros sexuais e saúde sexual: narrativas de homens com transtornos. **Revista de Enfermagem do centro-oeste Mineiro**, v.1, n.3, p.355-67, 2011.

BARBOSA, J. A. G.; GIAMI, A.; GUIMARÃES, M.D.C.; FREITAS, M. I. F. Gender and sexuality of persons with mental disorders in Brazil. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 23, p. 455-461, 2013.

15.

BARBOSA, R.M.; PARKER, R. (org.). **Sexualidades pelo avesso**. São Paulo: Ed. 34, 1999.

BARROS, E.M.R. The Unconscious and the Building up of Meanings in Mental Life. **Psicologia USP**, São Paulo, v.10, n.1, p.97-117, 1999.

BARROSO, S. M.; SILVA, M. A. Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, jun. 2011.

BARTHES, R. Introduction à l'analyse structurale des récits. In: **L'analyse structurale du récit**. Paris: Seuil, 1981. p.7-33.

BARTHES, R. et al. **Análise estrutural da narrativa**. Trad. de Maria Zélia Barbosa Pinto. Petrópolis: Vozes, 2008. 300p.

BAUER, M.W. Análise de Conteúdo Clássica: uma revisão. Capítulo 8 p 189-217 In: BAUER, M.W.; GASKELL, G. (org). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Editora Vozes; Petrópolis, 2002.

BLANCHET, A.; GOTMAN, A. **L'enquete et ses méthodes: L'entretien**. Paris:Nathan Université, 2001.

BERQUO, E.; BARBOSA, R. M.; LIMA, L. P. de. Uso do preservativo: tendências entre 1998 e 2005 na população brasileira. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, supl. 1, jun. 2008.

BERTI, et al. Dilemas e angústias de enfermeiros plantonistas evidenciados em grupo focal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v.44, n.1, p. 174-81, 2010.

BERTONCELLO, N. M. F. **O processo de trabalho em ambulatório de saúde mental: a prática da enfermeira**. [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1997.

BOZON, M. Observer l'inobservable: la description et l'analyse de l'activité sexuelle. In: BAJOS, N.; BOZON, M.; GIAMI, A. (org.) **Sexualité et Sida. Recherches en sciences sociales**. Agence Nationale de Recherches sur de Sida. Paris, 1995. p.39-56.

BOZON, Michel. **Sociologie de la sexualité**. 2 ed. Paris: Armand Colin, 2009.

BRASIL. **Lei 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, 9 abr. 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 336/GM** de 19 de fevereiro de 2002a.  
Disponível em:  
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Manual operacional para comitês de ética em pesquisa**. Brasília, 2002b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual do Programa "De Volta para Casa"**. Brasília, DF, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, Ministério da Saúde, 2005b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**, Brasília, Ministério da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. Aprovada pela Portaria n° 687 de 30 de março de 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Prevenção e atenção às IST/AIDS na saúde mental no Brasil: análises, desafios e perspectivas**. Brasília, 2008a, 252 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **A política da saúde mental**. Brasília, 2008b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008c. 2.ed. 68p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154/ GM de 24 de Janeiro de 2008**: Dispõe sobre a criação dos Núcleos de Apoio as Equipes de Saúde da Família. 2008d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Nota técnica sobre Caracas**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=24138&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24138&janela=1)>. Acesso em: 22 jul. 2010.

BRITO, P. F.; OLIVEIRA, C. C. A sexualidade negada do doente mental: percepções da sexualidade do portador de doença mental por profissionais de saúde. **Ciência e cognição**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 246-254, Março. 2009.

BURGESS, D. et al. Effects of perceived discrimination on mental health and mental health services utilization among gay, lesbian, bisexual and transgender persons. **J LGBT Health Res**, v. 3, n. 4, p. 1-14, 2007.

CAMARGO, B.V. BOTELHO, L.J. Aids, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre proteção contra o HIV. **Rev. Saúde Pública**. v. 41, n. 1, p. 61-68, 2007.

CAMARGO JR., K. R. Um Ensaio sobre a (In)Definição de Integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. **A Construção da Integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro:UERJ, IMS, ABRASCO, 2003. p. 35-43.

CAMPOS, P.H.F.; LOUREIRO, M. C. S. **Representações Sociais e Práticas Educativas**. Ed. da UCG, Goiânia, 2003. 246p.

CAMPOS, L.N.; GUIMARÃES, M.D.C; CARMO, R.A.; MELO, A.P.S.; OLIVEIRA, H.N.; ELKINGTON, K.; McKinnon, K. HIV, syphilis and hepatitis B and C prevalence among patients with mental illness: a review of the literature. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, supl 4, p.S607-S620, Junho, 2008.

CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S., AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2.ed. São Paulo:Hucitec, 871 p. 2009.

CAREY, M.P.; CAREY, K.B.; WEINHARDT, L.S.; GORDON, C.M. Behavioral risk for HIV infection among adults with severe mental illness: patterns and psychological antecedents. **Community Ment Health J., Syracuse**, v.33, p.133-42, Apr. 1997.

CARMO, R.A.; CAMPOS, L.N.; MELO, A.P.S.; GUIMARÃES, M.D.C. Hepatitis C among patients with mental illness in Brazil: an analysis of associated factors. **General Hospital Psychiatry**, v. 35, p. 129-133, 2013.

CAVALCANTE, T. M. **O Médico e suas Representações sobre Tabagismo, Fumante e Cessação de Fumar**. 2001, 224f. Dissertação Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2001.

CECCIM, R.B.; MERHY, E.E. Intense micropolitical and pedagogical action: humanization between ties and perspectives. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, supl.1, p.531-42, 2009.

CHOPRA, M.P.; ERANTI, S.S.; CHANDRA, P.S. HIV-related risk behaviors among psychiatric inpatients in India. **Psychiatr Serv.**, Arlington, v. 49, p.823-5, Jun. 1998.

COURNOS, F.; GUIDO, J.; COOMARASWAMY S, MEYER- BAHLBURG H, SUGDEN R, HORWATH W. Sexual activity and risk of HIV infection among patients with schizophrenia. **Am. J. Psychiatry**, New York, v.151, p.228-32, Feb. 1994.

COURNOS, F.; MCKINNON, K. HIV seroprevalence among people with severe mental illness in the united states: a critical review. **Clinical Psychology Review**, v. 17, n. 3 , p. 259- 269, 1997.

DALL' AGNOLL. C.M; TRENCH, M.H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. **Rev. Gaúcha Enf.** Porto Alegre, v.20, n.1, p. 5-25; jan. 1999.

DAVIDSON, S.; JUDD, F.; FOLLEY, D.; HOCKING, B.; THOMPSON, S.; HYLAND, B. Risk factors for HIV/AIDS and hepatitis C among the chronically mentally ill. **Aust N. Z. J. Psychiatry**, Melbourne, v.35, p.203-9, Abr. 2001.

DELEUZE, G. Post-scriptum sobre as sociedades de controle. In: DELEUZE, G. **Conversações: 1972-1990**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992, p. 219-226.

DELGADO, P. G.; SCHECHTMAN, A.; WEBER, R.; AMSTALDEN, A. F.; BONAVIGO, E.; CORDEIRO, F.; et al. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (Orgs). **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007, p. 39-83.

DEMAZIÈRE, D.; DUBAR, C. **Analyser les entretiens biographiques, l'exemple de récits d'insertion**. Paris: Nathan, Coll. Essais & recherches, 1997.

DEVIEUX, J.G.; MALOW, R.; LERNER, B.G.; DYER, J.G.; BAPTISTA, L.; LUCENKO, B. Triple jeopardy for HIV: substance using severely mentally ill adults. **J. Prev. Interv. Community**, North Miami, v.33, p.5-18, Feb. 2007.

DIAS, C. A. Grupo focal: Técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. **Informações e sociedade**, Paraíba, v.10, n.2, 2000.

DUARTE, et al. Aprendizagem organizacional em unidades de informação: do grupo focal à comunidade de prática. **Perspectivas em Ciência da Informação**, v.13, n.3, p. 78-95, 2008.

DUTRA, M. R. T ; CAMPOS, L. N.; GUIMARÃES, M. D. C . Sexually transmitted diseases among psychiatric patients in Brazil. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases** (Impresso), p. 1-8, 2013.

EASTGAE, GILLIAN. Sexual health for people with intellectual disability. **Salud pública de México**. V. 50, n. 2, p. 255-259. 2008

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(1):17-27, jan, 2008.

FONTANELLA, B. J. B.; GOMES, R. Prevenção da AIDS no período de iniciação sexual: aspectos da dimensão simbólica das condutas de homens jovens. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. v.17, n.12, p. 3311-3322. 2012a.

FONTANELLA, B. J. B.; GOMES, R. Novos roteiros intrapsíquicos versus permanências culturais: possíveis limites de uma sexualidade informada. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, 2012b.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade**: a vontade de saber. 19.ed. Trad. de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1988. 176p

FREITAS, M. I. F. et al. Projeto Pessoas: práticas e representações de pessoas com, transtornos mentais sobre as infecções sexualmente transmissíveis e a Aids e suas formas de prevenção. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção e atenção às IST/AIDS na saúde mental no Brasil**: análises, desafios e perspectivas. Brasília, 2008. cap. 7, p.85-108.

GAGNON, J. H.; SIMON, W. **Sexual Conduct**: the social sources of human sexuality. Chicago: Aldine, 1973.

GAGNON, J. H. Les usages explicites et implicites de la perspective des scripts dans les recherches sur la sexualité In: Actes de la recherche en sciences sociales. **Sur la Sexualité**. v. 128, jun 1999. p. 73-79.

GAGNON, J. H. **Uma interpretação do desejo**: ensaios sobre o estudo da sexualidade. Rio de Janeiro: Garamond, 2006. 456p.

GIAMI, A. De Kinsey à Aids: a evolução da construção do comportamento sexual em pesquisas quantitativas. In: LOYOLA, M.A. (org) **Aids e sexualidade: O ponto de vista das Ciências Humanas**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, UERJ, 1994. p. 209-240.

GIAMI, A. Representations de la sexualité et representations des partenaires à l'époque du sida. In. BAJOS, N.; BOZON, M.; GIAMI, A. (org.) **Sexualité et Sida. Recherches en sciences sociales**. Agence Nationale de Recherches sur de Sida, Paris, 1995.

GIAMI, A; SCHILTZ, M. Representations of sexuality and relations between partners: Sex research in France in the era of the AIDS. **Annual Review of Sex Research**, Le Kremlin-Bicêtre, v. 7, p.125-157, Sept. 1996.

GIAMI, A.; VEIL, C. **Enfermeiras frente a aids**: representações e condutas, permanências e mudanças. Canoas:Ulbra, 1997, 333 p.

GIAMI, A. Representações e sexualidade: psicologia social e pluridisciplinaridade. In: LOYOLA, M.A. (org.). **A sexualidade nas Ciências Humanas**, Rio de Janeiro: EDUERJ, 1998. p.201-225.

GIAMI, A. **O anjo e a fera**: sexualidade, deficiência mental, instituição. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. 203p.

GIAMI, A.; SPENCER, B. Les objets techniques de la sexualité et l'organisation des rapports de genre dans l'activité sexuelle: contraceptifs oraux, preservatifs et

traitement des troubles sexuels. **Rev. Epidemiologie Santé Publique**, Lausanne, v.52, p.377-487, may 2004.

GIAMI, A. Permanência das representações do gênero em sexologia: as inovações científicas e médica comprometida pelos estereótipos de *gênero*. **Rev. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 2, p. 301-320, 2007.

GILMAN, S. **Disease and representation. Images of illness from madness to AIDS**. Ithaca: Cornell Univeristy Press; 1988.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar, 1982. 158p.

GOGNA, M; RAMOS, S. Crenças leigas, estereótipos de gênero e prevenção de DSTs. In: BARBOSA, R.M.; PARKER, R. (orgs.). **Sexualidades pelo avesso**. Direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Ed.34, 1999 p.229 -248.

GOMES, A. S. **Representações de pessoas com transtorno mental sobre infecções sexualmente transmissíveis e o HIV/Aids**. 2010. 135f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

GOZZO, T. O. FUSTINONI, S. M. BARBIERI, M. ROHER, W. M. FREITAS, I. A. Sexualidade feminina: Compreendendo seu significado. **Rev. Latino-Am. Enf.** v. 8, n. 3, p. 84-90, 2000.

GRASSI, L.; PERON, L.; FERRI, S.; PAVANATI, M. Human Immunodeficiency Virus-related risk behavior among Italian psychiatric inpatients. **Compr. Psychiatry**, v. 40, p.126-30, 1999.

GRAWITZ, M. **Méthodes des sciences sociales**. Paris: Dalloz, 1996.

GREIMAS, A.J. Éléments pour une théorie de l'interprétation du récit mythique. In: **L'analyse srcturale du récit**. Paris: Seuil, 1981. p. 28-65.

GRELLA, C. E. et al. Influence of gender, sexual orientation, and need on treatment utilization for substance use and mental disorders: findings from the California Quality of Life Survey. **BMC Psychiatry**, v. 9, n. 52, p. 123-129, 2009.

GUIMARÃES, M. D. C. et al. Projeto Pessoas: metodologia dos componentes quantitativo e qualitativo. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção e atenção às IST/AIDS na saúde mental no Brasil**: análises, desafios e perspectivas. Brasília, 2008. cap. 4, p.33-50.

GUIMARÃES, M.D.C.; CAMPOS, L.N.; MELO, A.P.S.; CARMO. R.A.; MACHADO, C.J.; ACÚRCIO, F.A. Prevalence of HIV, syphilis, hepatitis B and C among adults with mental illness: a multicenter study in Brazil. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v.31, n.1, p.43-47, 2009.

GUIMARÃES, M. D. C. et al. HIV risk behavior of psychiatric patients with mental illness: a sample of Brazilian patients. **Rev. Bras. Psiquiatria**. v.32, n.4, p.349-350, 2010.

GUIMARÃES, M. D. C. (org.). **Análise de situação de serviços públicos de saúde mental em Minas Gerais**: Projeto PESSOAS II. Belo Horizonte: COOPMED, 2012.

GUIMARÃES, M. D. C.; MCKINNON, K.; COURNOIS, F. ; MACHADO, C.J.; MELO, A. P.S.; CAMPOS, L. N.; WAINBERG, M. Correlates of HIV infection among patients with mental illness in Brazil. **Aids Care** (Print), v. 1, p. 1-9, 2013a.

GUIMARÃES, M. D. C.; ACURCIO, F. A.; CHERCHIGLIA, M. L.; MACHADO, C. J. ; SOUZA, M. E. ; FREITAS, M. I. F.; MELO, A. P. S.; OLIVEIRA, H. N. Projeto Pessoas II: Análise de situação de serviços públicos de saúde mental em Minas Gerais. **Revista de Saúde Pública do SUS/MG**, v. 1, p. 127-128, 2013b.

HAGGER-JOHNSON, G.; SHICKLE, D. Conscientiousness, perceived control over HIV and condom use in gay/bisexual men. **Psychology & Sexuality**. v.1, n.1, p. 62-74, 2010.

HEILBORN, M. L. (org). **Sexualidade**: o olhar das ciências sociais. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999, 206p.

HEILBORN, M.L.; SORJ, B. "Estudos de gênero no Brasil", In: MICELI, Sérgio (org.). **O que ler na ciência social brasileira (1970-1995)**, ANPOCS/CAPEL. São Paulo: Editora Sumaré, 1999, p. 183-221.

HEILBORN, M. L.; DUARTE, L. F. D.; PEIXOTO, C.; BARROS, M. L. **Sexualidade, família e ethos religioso**. Rio de Janeiro:Garamond, 2005. 344p.

HEILBORN, M.L. Entre as tramas da sexualidade brasileira. **Estudos feministas**, Florianópolis, v.14, n.1, p.328-336, jan.-abr. 2006.

HEILBORN, M.L.; AQUINO, E.M.L.; BOZON, M.; KNAUTH, D.R. (orgs). **O aprendizado da sexualidade**: reprodução e trajetórias sexuais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Garamond e Fiocruz, 2006. 536p.

HELLEVE, A. et al. Can any teacher teach sexuality and HIV/AIDS? Perspectives of South African Life Orientation teachers. **Sex Education**. v.11, n.1, p. 13-26, 2011.

HERA. HEALTH EMPOWERMENT RIGHTS AND ACCOUNTABILITY. **Direitos sexuais e reprodutivos e saúde das mulheres**: idéias para a ação. (S.l.):s.n., 1999.

IERVOLINO, S.A.; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa. **Rev.Esc.Enf Usp**. 35, n. 2, p. 115-21, jun. 2001.

JODELET, D. Représentations sociales: un domaine en expansion. In: **Les représentations sociales**. Paris: Presses Universitaires de France, 1989.



JODELET, D. Representações do contágio e a aids. In: JODELET, D. (org.) **Aids e representações sociais: a busca de sentidos**. Natal: EDUFRN, 1998. p.17-45.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (Org). **As representações sociais**. Tradução Lilian Ulup. Rio de Janeiro: UERJ, 2001 p. 17-44.

JODELET, D. **Loucuras e representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2005. 391p.

JORGE, M.S.B.; MONTEIRO, A.R.M.; ROCHA, N.F. Desinstitucionalização: visão dos profissionais de saúde mental. **Rev Bras Enfermagem**. v. 48, n.4, p.401-14. 1998

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A Construção do Saber**: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

LEFREVE, F.; FEVREFE, A.M.C. **Promoção de Saúde, ou, A negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2007. 166p.

LESKO, et al. Feeling jumpy: teaching about HIV/AIDS. **International Journal of Qualitative Studies in Education**. v. 23, n. 7, p.823–843, 2010.

LOGAN, T.K.; COLE, J.; LEUKEFELD, C. Women, sex, and HIV: social and contextual factors, meta-analysis of published interventions, and implications for practice and research. **Psychol. Bull**, Lexington, v.128, p. 851-85, Nov. 2002.

LOURO, G. L. **O corpo educado**: pedagogias da sexualidade. Trad. Tomaz Tadeu da Silva. Belo Horizonte: Autêntica, 1999. 176p

LUZ, M.T. **Novos saberes e práticas em Saúde Coletiva**: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

LYRA, M. A. A. Desafios da saúde mental na atenção básica. **Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 24, p. 57– 66, mar./abr. 2007.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T.; MARQUES, A. L. M. Formação profissional e serviços de saúde mental no SUS: estudo sobre a inserção de egressos do Curso de Terapia Ocupacional da FMUSP. **Rev. Ter. Ocup. Univ.** São Paulo, v. 21, n. 2, p. 148-157, maio/ago. 2010.

MARCOLAN, J. F. **Opinião dos enfermeiros que atuam em enfermagem psiquiátrica e em saúde mental no município de São Paulo sobre suas ações**. [Dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1996.

MARQUES, S. C.; OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T. AIDS e representações sociais: uma análise comparativa entre subgrupos de trabalhadores. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, edição especial, p. 91-104, 2004.

MATHEUS, M. C. C.; FUSTINONI, S. M. **Pesquisa Qualitativa em Enfermagem**. São Paulo; Livraria Médica Paulista Editora, 2006.

MATTA, G. C. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, G. C. PONTES, A.L.M. (Org.). **Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 61 – 80.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001. p. 39-64.

McKINNON, K.; CURNOS, F.; HERMAN, R. HIV among people with chronic mental illness. **Psychiatric Quarterly**, v.73, n.1, 2002.

MEADE, C.S. Sexual risk behavior among persons dually diagnosed with severe mental illness and substance use disorder. **J. Subst. Abuse Treat.**, New Haven, v.30, p.147-57, Mar. 2006.

MEADE, C.; SIKKEMA, K. J. Psychiatric and psychosocial correlates of sexual risk behavior among adults with severe mental illness. **Community Ment. Health J**; Belmont, v.43, p.153-69, Apr. 2007.

MEIER, M.J; KUDLOWIER, S. Grupo focal: uma experiência singular. **Texto contexto enf.** 2003, jul-set; v.12, n.3, p.394-399

MELO, A. P. S. et al. Projeto Pessoas: avaliação de serviços de saúde mental na assistência e prevenção às infecções sexualmente transmissíveis. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção e atenção às IST/AIDS na saúde mental no Brasil: análises, desafios e perspectivas**. Brasília, 2008. cap. 6, p.71-84.

MELLO, R. A questão da interdisciplinaridade no dia-a-dia da enfermeira que atua em Centros de Atenção Diária de saúde mental. **Rev Bras Enfermagem**. V.51, n.1, p. 19- 34. 1998.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E., ONOCKO, R. **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo (SP): Hucitec; 1997.

MERHY, E. E. Saúde e direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 267-279, 2012.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Atenção em Saúde Mental**. Marta Elizabeth de Souza. Belo Horizonte, 2006. 238 p.

MIRANDA, F. A. N. **Doente Mental: sexualidade negada?** 1996. 290f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1996.

- MIRANDA, F. A. N., FUREGATO, A. R. F. Percepções da sexualidade do doente mental pelo enfermeiro. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p. 207-213, 2002.
- MIRANDA, F. A. N.; FUREGATO, A. R. F.; AZEVEDO, D. M. Práticas discursivas e o silenciamento do doente mental: sexualidade negada? **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 12, n. 1, p.136-142, 2008.
- MIRANDA et al. A pressão para o mito sobre a sexualidade do doente mental. **Revista de Enfermagem Atual**. v.9, n.52, p.25-29, 2009.
- MONTEIRO, S. **Sexualidade e gênero: a lógica da proteção entre jovens de um bairro popular carioca**. 1999. 186f. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.
- MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. **Estudos Interdisciplinas de Representação Social**. AB Editora:Goiânia. 2000. 328 p.
- MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2003. 404 p.
- NEMES, M. I. B. et al. Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: a investigação em serviços de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 310-321, 2004.
- NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa de Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2.375-2.384, out. 2007.
- OLIVEIRA, S. B. **Loucos por sexo: um estudo sobre as vulnerabilidades dos usuários dos serviços de saúde mental**. 1998. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.
- OLIVEIRA, A. R. S. **Representações sociais de profissionais de saúde envolvidas no atendimento à gestante sem resultado de sorologia anti-HIV na maternidade**. 2007. 128f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.
- OLIVEIRA, A. G. B.; ALESSI, N. P. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto. v.11, n.3, 2003.
- OLTRAMARI, L. C. A construção social do desejo para as Ciências Sociais. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 15, n. 2, 2007.
- OLTRAMARI, L.C. Amor e conjugalidade na contemporaneidade: uma revisão de literatura. **Psicol. estud.**, v.14, n.4, p.669-677, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação – relatório mundial. Brasília: OMS, 2013.

PENCE, B. W. The impact of mental health and traumatic life experiences on antiretroviral treatment outcomes for people living with HIV/AIDS. **J Antimicrob Chemother**, v. 63, n. 4, p. 636-640, 2009.

PENIDO, C. M. F.; ALVES, M.; SENA, R. R.; FREITAS, M. I. F. Apoio matricial como tecnologia em saúde. **Saúde em Debate**, v. 34, p. 467-474, 2010.

PERRY, B. L.; WRIGHT, E. R. The sexual partnerships of people with serious mental illness. **The Journal of Sex Research**, v. 43, n. 2, p. 174 -181, 2006.

PETIT, L.; RASSIAL, J.J.; DELAROCHE, P. Dimensions du transfert adolescent et indications thérapeutiques. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 14, n. 4, 2011 .

PINHEIRO, R. As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: Um Campo de Estudo e Construção da Integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001. p. 65-112

PINTO, D. S et al. Sexuality, vulnerability to HIV, and mental health: an ethnographic study of psychiatric institutions. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 9, p. 2224-2233, Set. 2007.

PINTO, A. T. M.; FERREIRA, A. A. L. Problematizando a reforma psiquiátrica brasileira: a genealogia da reabilitação psicossocial. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 27-34, 2010.

PINTO-FOLTZ, M. D.; LOGSDON, M. C. Reducing stigma related to mental disorders: initiatives, interventions, and recommendations for nursing. **Arch Psychiatr Nurs**, v. 23, n. 1, p. 32-40, 2009.

PUGIN, V. M.; BARBÉRIO, Y. C., FILIZOLA, C. L. A. A concepção de loucura e do seu tratamento entre os trabalhadores de saúde mental de uma instituição prestadora de serviço em nível secundário de atenção. **Rev Latino-am Enfermagem**. v. 5(número especial):59-68. 1997.

PYKE, J. et al. Community health: sexuality and the mental health client. **Can Nurse**, v. 98, n. 5, p. 18-23, 2002.

QUINN, C.; BROWNE, G. Sexuality of people living with a mental illness: a collaborative challenge for mental health nurses. **Int J Ment Health Nurs**, v. 18, n. 3, p.195-203, 2009.

REIN, D. B.; ANDERSON, L. A.; IRWIN, K. L. D. Mental health disorders and sexually transmitted diseases in a privately insured population. **Am J Manag Care**, v. 10, n. 12, p. 917-924, 2004.

REMEN, R. N. **O paciente como ser humano**. São Paulo: Summus Editorial, 1993. 221p.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R.. **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Vozes, 2000. P.15-73

ROCHA, R.M. **Enfermagem psiquiátrica: que papel é esse?** Rio de Janeiro (RJ): Instituto Franco Basaglia/Te Corá; 1994.

ROSENBERG, S.D.; GOODMAN, L. A.; OSHER, F. C.; SWARTZ, M. S.; ESSOCK, S. M.; BUTTERFIELD, M. I. Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C in people with severe mental illness. **Am. J. Public. Health**, Lebanon, v.91, p.31-37, Jan. 2001.

ROUDINESCO, E. **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1998.

RYDON, S. E. The attitudes, knowledge and skills needed in mental health nurses: the perspective of users of mental health services. **Int J Ment Health Nurs**, v. 14, n. 2, p. 78-87, 2005.

SAEKI, T. **Análise da prática do enfermeiro em um hospital psiquiátrico**. [Tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1994.

SILVA, K. L. **Promoção da saúde em espaços sociais da vida cotidiana**. 2009. 182 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

SILVA, J.; FERREIRA, E. C. A transição de modelos em saúde mental em números, a reforma psiquiátrica e as demandas de dispositivos substitutivos: um desafio para a enfermagem. **Revista Pesquisa: Cuidado Fundamental**, v. 2, Supl. 1, p. 449-451, 2010.

SILVA, C.G.; PAIVA, V.; PARKER, R. Juventude religiosa e homossexualidade: desafios para a promoção da saúde e de direitos sexuais. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 17, n. 44, Mar. 2013.

SILVEIRA, R. D. **Projeto Lopes Rodrigues: Continuidades e rupturas nas conexões entre ensino psiquiátrico e prática assistencial em Minas Gerais (1920-1930)**. 2008, 304 p. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Educação, Belo Horizonte, 2008.

SILVEIRA, M. R. **A saúde mental na atenção básica: um diálogo necessário**. 2009. 146f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

SILVEIRA, R. D.; VIANNA, P. C. M.. O ensino das disciplinas em saúde Mental: os desafios de formar novos Trabalhadores In: BRASIL, Caderno Saúde Mental. Ana Marta Lobosque (Organizadora) **Seminário Saúde Mental: Os Desafios da Formação**, Belo Horizonte:ESP-MG. 2010. v. 3, p. 127-132.

SOUZA, M. C. M. R. **Representações e práticas de profissionais da atenção básica sobre HIV/aids**. 2008. 99f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

SOUZA, M. C. M. R.; FREITAS, M. I. F. Representações de profissionais da atenção básica sobre HIV/aids. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.13, n. 4, p. 499-505, 2009.

SOUZA, M. C. M. R.; FREITAS, M. I. F. Representações de Profissionais da Atenção Primária sobre Risco Ocupacional de Infecção pelo HIV. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** (USP. Ribeirão Preto. Impresso), v. 18, p. 748-754, 2010.

SOUZA, M. C. M. R.; FREITAS, M. I. F. Aconselhamento em HIV/AIDS: representações dos profissionais que atuam na atenção primária à saúde. **REME. Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, p. 18-24, 2012.

SOUZA, M.C.M.R.; HORTA, N.C. **Enfermagem em Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2012. 342 p.

STEARNS, P. N. **Historia da Sexualidade**. Editora Contexto:São Paulo, 2010. 285p.

SUSSER, E.; VALENCIA, E.; MILLER, M.; TSAI, W.Y.; MEYER-BAHLBURG, H.; CONOVER, S. Sexual behavior of homeless mentally ill men at risk for HIV. **Am. J. Psychiatry**, Washington D.C., v.152, p.583-7, Apr. 1995.

TAIPALE, V. Mental health and quality of mental health care. **Med Law**, v. 20, n. 4, p. 531-542, 2001.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente-um modo de fazer**. São Paulo: Edusp, 2001.

THOMPSON, S.C.; CHECKLEY, G.E.; HOCKING, J.S.; CROFTS, N.; MIJCH, A.M.; JUDD, F.K. HIV risk behavior in HIV testing of psychiatric patients in Melbourne. **Aust N. Z. J. Psychiatry**, v.31, p.566-76, 1997.

VENTURA, M. **Direitos Reprodutivos no Brasil**. Brasília:Unfpa, 2004.

VENTURINI, E. A qualidade do gesto louco na era da apropriação e da globalização. In: AMARANTE, P. (Org.).**Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003, p. 157-184.

VIANNA, P. C. M. et al. Família, doença mental e infecção pelo HIV/AIDS. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 11, n. 2, p.132-138, 2007.

VIDAL, C. E. L.; BANDEIRA, M.; GONTIJO, E. D. Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p.70-79, 2008.

VIEIRA, K. F. L.; AMARAL, A. C. G.; SALDANHA, A. A. W. **A vulnerabilidade à AIDS a partir das representações sociais de adolescentes.** In: JORNADA INTERNACIONAL E CONFERÊNCIA BRASILEIRA SOBRE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS, 5, 3. 2007, Brasília. Anais... Brasília: UnB, 2007. p. 1-11.

VILLELA, W. De saúde bucal, saúde mental, saúde sexual: o reiterado retorno à clínica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, Mar. 2006.

WAINBERG, M. L.; GONZÁLEZ, M.A.; MCKINNON, K.; ELKINGTON, D. P.; MANN, C.G.; MATTOS, P. E. Targeted ethnography as a critical step to inform cultural adaptations of HIV prevention interventions for adults with severe mental illness. **Social Science & Medicine**. v. 65, n. 2, p.296-308, Jul. 2007.

WAINBERG, M. L.; MCKINNON, K.; ELKINGTON K. S.; MATTOS, P. E.; MANN, C.G.; PINTO, D. E.; OTTO-SALAJ, L.; COURNOUS, F. HIV risk behaviors among patients with severe mental illness in Rio de Janeiro, Brazil. **World Psychiatry**, v.7, n.3, October, 2008.

WEINHARDT, L. S. et al. HIV- risk behavior and the public health context of HIV/AIDS among women living with severe mental illness and persistent mental illness. **J Nerv Ment Dis**. n. 186, p. 276-82, 1998.

## ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Parecer nº. ETIC 322/09

**Interessado(a): Prof. Mark Drew Crosland Guimarães**  
**Departamento de Medicina Preventiva e Social**  
**Faculdade de Medicina - UFMG**

### DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 09 de setembro de 2009, o projeto de pesquisa intitulado "**Projeto PESSOAS II: análise de situação de serviços públicos de saúde mental em Minas Gerais**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

**Profa. Maria Teresa Marques Amaral**  
**Coordenadora do COEP-UFMG**



## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### ETAPA GRUPO FOCAL

Estamos convidando-lhe para participar de uma etapa de pesquisa sobre a situação dos serviços de atenção em saúde mental, especificamente no Estado de Minas Gerais, com enfoque nos componentes de estrutura e atenção para prevenção e assistência às infecções sexualmente transmissíveis (IST), especialmente, infecção pelo HIV/aids, sífilis, hepatite B e C, entre usuários de serviços de atenção em saúde mental. Este estudo está sendo desenvolvido pela Universidade Federal de Minas Gerais em colaboração com Coordenação de Saúde Mental da Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG). Nesta etapa serão realizados grupos focais com profissionais dos serviços participantes. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG.

#### **SUA PARTICIPAÇÃO NÃO É OBRIGATÓRIA:**

Este termo de consentimento lhe dará informações sobre o estudo. Após você tê-lo entendido e, se decidir participar do mesmo, solicitaremos sua assinatura no termo de consentimento. Você receberá uma cópia para guardar. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Você, também, poderá se recusar a responder qualquer uma das perguntas feitas. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com este pesquisador, com o serviço ou sua coordenação.

#### **OBJETIVOS DO ESTUDO:**

Avaliar os serviços de atenção à saúde mental, em âmbito Regional em Minas Gerais, para conhecimento da situação destes centros em relação à sua adequação para a prevenção e assistência às IST. Os resultados serão importantes para caracterizar a assistência prestada nos serviços de saúde mental do Estado e poderá contribuir para formulação de políticas que visem a integralidade da atenção à saúde das pessoas com transtorno mental.

#### **PROCEDIMENTOS:**

Serão realizados grupos focais, que consistem em uma dinâmica proposta de reflexão e discussão sobre questões importantes do tema em pauta, em profundidade. O grupo focal possibilita avaliar a extensão da opinião relativamente consistente e compartilhada entre os participantes. Os participantes das etapas anteriores da pesquisa terão um primeiro momento de apresentação dos resultados obtidos com o instrumento aplicado nas etapas anteriores e serão agrupados para as discussões dos resultados. As discussões propiciarão aos participantes oportunidade de debate, articulação e troca de experiências sobre a organização das ações nos serviços, enfocando aspectos favoráveis e desfavoráveis para implementação de ações de prevenção e controle das IST para as pessoas com transtornos mentais. Os grupos, coordenados pelos pesquisadores, serão gravados em áudio para posterior transcrição e análise dos dados.

**CONFIDENCIALIDADE:**

Você tem a garantia de que os resultados desta pesquisa e suas respostas sobre o serviço não estarão vinculados à sua pessoa. Somente os presentes no grupo de discussão e os pesquisadores terão acesso às respostas individuais. Nenhuma identificação pessoal estará vinculada às suas respostas. Os dados da pesquisa serão identificados apenas por códigos, Somente serão utilizados dados compilados do Estado ou das macrorregiões e serão utilizados estritamente para fins do estudo.

**POSSÍVEIS RISCOS E BENEFÍCIOS:**

Os riscos de sua participação envolvem um possível constrangimento ao expor alguma atividade realizada ou não pelo serviço de saúde sob sua gestão. Os benefícios incluem um maior conhecimento da atenção à saúde mental no Estado de Minas Gerais e discussão de melhores políticas públicas para os usuários dos serviços de saúde mental.

**OUTRAS INFORMAÇÕES:**

Você pode contatar o Prof. Mark Guimarães, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais e Coordenador do Projeto pelo telefone 31-3409-9103 ou o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (Av. Antônio Carlos, 6627; Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005; Campus Pampulha Belo Horizonte, MG, CEP: 31270-901, Tel: 3409-4592) ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (Av. Afonso Pena, 2336, 9º andar, Funcionários, Belo Horizonte, MG, CEP: 30130-000, Tel: 3277-5309).

**CONSENTIMENTO**

*Eu li este consentimento e tive oportunidades para esclarecer minhas dúvidas. Minha participação é inteiramente voluntária. No caso de não querer participar, nenhum benefício poderá ser negado. Portanto, eu concordo em participar e assino abaixo, em duas vias:*

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

*O coordenador da pesquisa compromete-se a conduzir todas as atividades desta pesquisa de acordo com os termos do presente consentimento e assina abaixo, em duas vias:*

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

**APÊNDICE B - FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO GRUPO FOCAL**

SEXO: ( ) Feminino ( ) Masculino IDADE: \_\_\_\_\_

FORMAÇÃO PROFISSIONAL: \_\_\_\_\_

TEMPO DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL: \_\_\_\_\_

INSTITUIÇÃO EM QUE ATUA: \_\_\_\_\_

CARGO NA INSTITUIÇÃO: \_\_\_\_\_

TEMPO DE TRABALHO NA INSTITUIÇÃO: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE C - ROTEIRO PARA REALIZAÇÃO DOS GRUPOS FOCAIS

Grupo:	Início:	Término:
<b>Coordenador:</b>		
<b>Observadores:</b>		
8h/14h	Recepção dos participantes	
08:15h/14:15h	Retorno da análise do eixo quantitativo Responsável: Mark Drew Crosland	
08:45h/15:45h	Separação dos participantes em grupos – encaminhamento para respectivas salas.	
9:10h/15:10h	<p>Início do grupo focal com a seguinte <b>questão norteadora</b>:</p> <p><b><i>O que vocês pensam sobre a sexualidade das pessoas com transtorno mental?</i></b></p> <p>Utilizar as seguintes <b>questões de relance</b> para estimular a discussão e depoimento dos participantes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>Em suas vidas profissionais, vocês se ocupam da sexualidade dos pacientes atendidos no serviço?</i></li> <li>2) <i>O que seus serviços fazem para incluir este assunto no atendimento? Se não faz, como vocês imaginam que poderia ser feito?</i></li> <li>3) <i>Quais as dificuldades e facilidades para as ações de prevenção e cuidado relacionadas com as Infecções sexualmente transmissíveis dos pacientes atendidos no serviço?</i></li> </ol>	
12h/18h	- Encerramento e agradecimento aos participantes	

## APÊNDICE D – Análise Estrutural de Narração

Exemplo do trabalho das etapas vertical e horizontal de uma sequência do Grupo Focal 1. A transcrição do grupo focal não foi apresentada na íntegra pelo risco de identificação dos sujeitos e seus cenários de trabalho.

Etapas do trabalho de análise:

### 1) Leitura Vertical

### 2) Leitura Horizontal

2.1) Desconstrução com codificação por sequências (S), por ordem crescente de aparecimentos das falas, marcando os fatos (F), os personagens (P), e os julgamentos e justificativas apresentados (J), com posterior nomeação provisória de cada sequência.

#### Codificação:

S: Sequencia.

F: Fatos presentes, objetos das falas, numerados em cada sequência.

P: Pessoas, instituições, personagens incluídos nos fatos, numerados em ordem de aparecimento e mantidas com o mesmo número recebido, caso reapareçam no texto.

J: Julgamentos e justificativas, explicações.

#### Cores:

Preta: Entrevista transcrita.

Vermelha: Identificação das sequências e as respectivas denominações.

Azul: Síntese com identificação dos fatos, pessoas e julgamentos.

Verde: Nomeação final dos objetos centrais e reconstruídos na narrativa, pelo pesquisador.

## SEQUÊNCIA S1: SEXUALIDADE DAS PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL

- Estamos iniciando – são 9h35m - o nosso grupo focal composto pelos seguintes membros:\_\_\_\_\_. Hoje é dia 24 de março, estamos na Escola de Enfermagem da UFMG e todos já leram e assinaram o Termo de Consentimento. Eu vou colocar para o grupo a nossa questão norteadora que é: o que vocês pensam sobre a sexualidade das pessoas com transtorno mental\_(P1 (S1P1)?
- Lógico que é um direito deles. Todos temos esse direito, e eles também (S1F1J1). Só que pela limitação que eles portam (J2), é necessário que haja uma orientação pra isso (S1F2J2). Principalmente aqueles casos onde realmente existe distúrbio voltado pra isso A gente sabe que é difícil (J3). É uma área muito complicada (J4)(S1F3J3J4).
- Eu tenho dúvida se é mais difícil do que na população em geral (P2)(S1F2P1). Eu acho que a população em geral tem desconhecimento (S2F1P2). Acho que não só desconhecimento, mas um pensamento mágico de que... assim, “não vai acontecer comigo”(S2F2). Assim, eu acho que no momento da crise, talvez, um pouco mais difícil sim (S1J5). Eu falo como gerente do Centro de Convivência (P3). Eu acho que é um assunto que a gente tem que abordar (F4), mas não sei se mais do que com outro tipo de população (S1F4P2). E acho que é isso, a gente tem que cuidar das pessoas que estão ali no nosso dia a dia. Há pouco tempo que a gente começou a receber e a distribuir camisinha com mais frequência (F5) – agora não falta mais a camisinha (F6) (S1F5F6). O serviço... eu não sei, eu penso isso. No momento da crise, eu acho que é um assunto que pra eles isso fica mais difícil (S1J5), talvez em alguns casos a sexualidade fique mais exacerbada (S1F7). Mas fora isso, o que eu vejo no Centro de Convivência (P4) são uns namoros (F8), mas sem essa coisa do exagero, do excesso, de ser com muitos parceiros (J6)(S1F8J6P4). É uma observação do meu dia a dia.
- Eu queria dizer que eu acho difícil pensar na sexualidade das pessoas com sofrimento mental. Cada um – do mesmo jeito que eu acho que pra nós todos (F9) – pra cada um tem uma questão em relação à sexualidade (J7)(S1F9J7). No Centro de Convivência (P4) eu acho que é a mesma coisa (S1J6). Tem alguns usuários (P5) que trazem essa questão com muita frequência, outros usuários só na época da crise e outros usuários essa questão, às vezes, passe longe (S1F10P4P5). Então eu

acho que não é diferente do que é em outros lugares (S1J8). A desinformação, dependendo do nível socioeconômico, é a mesma das pessoas do mesmo nível socioeconômico dos outros. Não sei se tem tanta diferença assim. (S1J9)

– Quando vocês estão falando Centro de Convivência (P4), eles (P5) já estão um pouquinho mais organizados, né, até mesmo pra frequentar Centro de Convivência (S3F1). Quando é o nosso caso, que é dentro do CERSAM (P6), em franca crise, muda um pouco essa questão. E quando está em crise, eu acho que está no auge tudo que está muito guardado, reprimido (S1F11). Então a gente vai ver com uma certa frequência essa questão da erotização, da sexualidade, da procura do outro. Vamos dizer que existe algo aflorado (S1F12). A crise proporciona algo além, e como ele tá além em tudo, às vezes fica além também nessa questão da exacerbação do sentimento: às vezes de tristeza, às vezes de alegria e às vezes da erotização (S3F2). Então a gente vê isso com muita frequência (S1F13) e uma grande dificuldade até mesmo dos profissionais (P7) de abordar (S1F14), porque está na crise (S1J10). A gente não sabe até que ponto, quando se dá camisinha está incentivando ou está querendo proteger (S1J11). As famílias (P8) recriminam muito: “quê que é isso? Vocês estão dando camisinha pra ele? Então, quer dizer que ele ruim desse jeito, vocês ainda estão incentivando que ele transe?” (S1F15) Então, assim, é algo um pouco complicado. E a gente sabe também que acontece muito os namoros dentro do CERSAM (P6), nesse momento da crise (S1F16). É muito complicado (S1J12). Vai esconder... E à noite, lá no CERSAM, por exemplo, a sala onde eles dormem, tem homens e mulheres no mesmo espaço (S1F17). Então isso aí é uma coisa crítica, uma coisa séria (S1F17J13) que às vezes um tem medo de estar dormindo, né (S1F18). É horrível, não gosto nem de falar, mas tem um homem dormindo do lado de uma mulher. Claro que a gente tenta separar com biombo e tal (S1F19), mas só de estar no mesmo espaço, essa questão da erotização já fica... Pacientes muito jovens... (S1J14) E às vezes tiram a roupa, se colocam ao olhar do outro. Isso tudo exacerba um pouco.

– Eu acho assim, é difícil a gente usar essa expressão, assim, “o quê que a gente acha da sexualidade do paciente da saúde mental”. Eu acho que a sexualidade dele é igual à nossa (S1J15), mas como a \_\_\_\_\_ tá falando, nesse momento da crise tem coisa que fica à flor da pele, e a sexualidade também. Não que seja diferente. Eu acho que concordo com o que a \_\_\_\_\_ falou, eu acho que a gente tem que lidar com isso de uma maneira mais natural, como a gente lida com

as outras populações (S1J16). Não acho que tem que ter... Eu acho que a gente, enquanto profissional de saúde, é um tema que a gente tem que abordar, a gente tem que cuidar e a gente tem que estar atento, assim como com vários outros (S1F20). E o que eu, às vezes observo – eu trabalho num serviço onde eles estão em crise, eu trabalho no CERSAM – é que às vezes a gente ainda observa uma dificuldade da equipe de abordar esse assunto. Eu acho que às vezes a questão é maior pra equipe do que pra eles mesmos (S4F1).

- Claro que tem a responsabilidade pelo que aconteça lá dentro (S1F21).
- Eles demandam?
- Alguns sim.
- Demandam o quê?
- Conversa sobre sexualidade.
- Conversa nem sempre.
- Não, isso não (S1F22).
- Eu tenho alguns pacientes que vêm e falam abertamente comigo, me contam às vezes até as experiências (S1F23) e eu fico, às vezes, muito constrangida com o que eu ouço (S1F24). Mas aqueles mesmo, aqueles pacientes que estão muito ruins mesmo, a sexualidade deles é exacerbada, a gente tem que ficar de olho mesmo. É constrangedor pra equipe inteira, mais até pra equipe de enfermagem, ter que lidar com isso, os auxiliares. A gente tem que fazer abordagem e não deixar que aconteça lá dentro (S1F25). Mas a gente encontra dificuldade sim. A questão de homens e mulheres dormindo no mesmo espaço, pelo que eu observo no CERSAM onde eu trabalho, isso não é problema. Às vezes é problema a questão da privacidade do indivíduo.
- Mas é isso.
- Não. Não, não, não. Eu entendi de outra maneira, relacionado à sexualidade, de uma forma mais erotizada. Isso eu não percebo não. Percebo mais a questão: “mas eu vou dormir com um homem ali”, como se ele não tivesse um lugar privativo, onde ele não ficasse muito exposto ao olhar do outro. Então é isso que eu percebo (S1F26). Mas como a gente tem dois espaços, quando tem mais mulheres, se tem um número maior de mulheres, a gente bota as mulheres numa sala e os homens na outra. Às vezes não é necessário, vai depender da queixa, disso vir até nós, deles reclamarem conosco, deles pedirem (S1F27).



– Eu fico pensando no Centro de Convivência, eu acho que a gente conversa sobre sexualidade de um jeito um pouco mais tranquilo. Porque as oficinas acontecem, as oficinas são de 3 a 4 horas, são atividades coletivas e a gente fala muito disso assim, no dia a dia, brincando (S1F28). Não é um tema que não apareça (S1F29). Os namoros são públicos (S1F30). A não ser aqueles, né... “dois foram para o banheiro”. Aí a gente fala: “olha, o que você faz daqui pra fora é problema seu, mas aqui dentro não dá pra você fazer isso”. Porque são pessoas que vão e voltam todo dia, ou não vão lá todo dia. Então é isso, é colocar um certo limite do quê que pode ser feito ali dentro e o quê que não pode (S1F31). Mas eu acho que a gente fala bastante e até brincando. Agora, abordar o tema de uma maneira mais assim, dentro de oficina, é mais raro (S1F32). Eu lembro muito de – a gente tem estagiário de enfermagem, e eles conversam sobre vários temas nessas oficinas e, quando foi a oficina de doenças sexualmente transmissíveis e Aids, foi uma dinâmica muito bacana. As meninas fizeram uma dinâmica de troca de par. Você para a música e as pessoas trocam de par. E atrás tinha o nome do quê que a pessoa tinha, se tinha Aids ou não tinha nada, pras pessoas verem de um jeito mais concreto “com quem que você está dançando”. Assim, aquela pessoa bonitinha, com uma cara de limpinha. Então assim, eu acho que foi um jeito bacana das meninas abordarem o tema. Eu que não gosto de dinâmica daquelas, eu gostei. Achei que foi leve, divertido, colocou as pessoas pra pensar (S1F33). Mas a gente não tem oficina que trate desse tema, tipo assim, uma vez por semana. Ela acontece às vezes, quando tem essa demanda (S1F34).

– Onde eu trabalho, nós fazemos palestras, dinâmicas também com essa questão, de DST, HIV, mas isso é trabalhado na maioria das vezes dentro do consultório com quem o paciente é vinculado. Com quem que ele é cuidado mesmo. Por exemplo, a referência técnica dele é a terapeuta ocupacional, nos atendimentos, no momento que ele vai falar da sexualidade dele, isso é trabalhado. Além dessas questões no grupo (S1F35) que às vezes eles não trazem muitas coisas no grupo, talvez pela presença de outros, não sei (S1F35J17). Mas dentro do consultório, seja com o psiquiatra, com o psicólogo, com o pessoal da enfermagem, isso também é trabalhado. E é muito rico, pelos relatos dos profissionais. Eles dão detalhes, falam das dúvidas mesmo, insistem se não entenderam. Eu acho que é um momento que eles se permitem mais, tirar todas as dúvidas mesmo (S1F36).

- Isso é de rotina? Eu não entendi. Vocês têm uma coisa que é... Isso depende do profissional ou...?
- Não. A gente tem palestras lá, que é a rotina do serviço. Mas essas questões também são trabalhadas dentro do consultório, com quem é referência do paciente.
- Pois é, mas vocês decidiram assim, vocês conversam assim: todo mundo que trabalha aqui vai discutir isso individualmente com os pacientes, ou fica a cargo do interesse da pessoa?
- Fica, eu acredito que a cargo, mas é uma rotina de todos os profissionais (S1F37). Nas reuniões de equipe, isso é falado.
- Lá no Centro de Convivência, a gente fez... Uma época a gente fez uma série de palestras e tal, uma coisa que a gente observou é que o tema da sexualidade, ele trouxe para os usuários a questão do afeto. Assim, de ter uma companhia (S1F38). Tanto pra homens quanto para as mulheres. Mas assim, às vezes, os homens querem ter companhia para ter sexo e as mulheres querem ter sexo pra poder ter companhia, pra poder ter namorado, um afeto, pra poder amar alguém (S1F39). Mas essa questão do afeto estava muito vinculada com a questão da sexualidade. E nesse momento, fora da crise, eles faziam essa diferença grande, assim: “quando tava na crise era diferente, mas agora eu quero ter uma companhia, eu quero alguém pra sair comigo, eu quero alguém pra ir ao cinema, pra passear”. Então, acho que era diferente mesmo que na crise (S1F40).
- Em relação a essa questão específica da sexualidade em portadores de sofrimento mental, eu acho que tem um entremeio que é a questão da... que são os efeitos colaterais da medicação. Nessa virada de ano eu estava com dois usuários que tinham ido morar juntos, e aí os dois pararam de tomar a medicação. Ela já voltou, ele não; e eu acho que muito provavelmente é por causa da impotência, da dificuldade de ter ereção. Isso é uma coisa específica do portador de sofrimento mental que eu acho que é um dificultador, é um problema pra gente (S1F41).
- Eles falam muito disso?
- Falam. Mas, principalmente, lá no Centro de Convivência, os homens questionam muito a dificuldade de ejacular (S1J18). Mesmo os homens jovens têm ereção, mas não têm ejaculação e isso vai gerando uma angústia enorme em todos eles (S1F42).

- E eu acredito que na maioria deles seja o principal motivo pra parar de tomar a medicação (S1J19).
- Sem dúvida.
- Porque eles falam, eles falam mesmo no consultório: “Não estou conseguindo ter ereção, não estou conseguindo ejacular, tô demorando demais pra ejacular e isso eu tenho certeza que é por causa do remédio, porque quando eu paro, isso melhora. Isso a gente vê nessa população jovem que a gente atende, a grande maioria deles. Os que estão melhores, mais organizados, mas que param, entram em crise por parar de tomar o medicamento porque esse medicamento afeta diretamente a questão da sexualidade dele (S1F43J19).
- Eu tinha um paciente que até falava comigo no consultório: “essa psiquiatria ainda vai acabar com o meu casamento”. Porque isso pra ele era muito presente mesmo, e ele, todas as vezes que isso incomodava demais, realmente ele interrompia o uso da medicação, pra poder ter a ereção, ejaculação. Aí, passava um tempo ele entrava em crise, ficava ruim de novo. É difícil da gente trabalhar com ele. (exemplificação do fato F43J19)
- Porque compromete mesmo a relação. Imagina um casal que se formou no Centro de Convivência, aí a gente ouve, eles chegam contando. Aí a moça que foi sair com o rapaz, uma frase que ele soltou na hora, eu acho que ele foi colocar a camisinha, ele não conseguiu, ele falou: “é isso que dá andar com mulher gorda. A gente brocha”. Então assim, o jeito que ele teve foi fazendo uma ofensa ao corpo, ao físico de uma pessoa, que é linda, uma gorda linda. Ofendendo ela. Então, isso para um casamento, pra uma relação, realmente tem um peso. (exemplificação do fato F43J19)
- Atualmente eu estou acompanhando um paciente que é casado, psicótico grave e ele trazia sempre essa questão: “esse remédio está destruindo o meu casamento. Eu sinto falta de sexo, eu não consigo mais ter ereção”. A gente encaminhou ele pra avaliação cardiológica e ele está tomando Viagra. E foi assim tá ótimo. Porque ele não interrompeu o uso da medicação, ele está conseguindo ter uma vida sexual ativa como ele tinha antes, o casamento tá bom e tá dando tudo certo. Graças às amostras de Viagra. A gente fez essa tentativa e tá dando super certo (S1F44).

- Algumas de vocês já falaram sobre seus serviços, ações de promoção de saúde sexual, mas outras não falaram. Quem ainda não falou podia comentar, se os serviços têm ações sistematizadas, se são discutidas as ações; se há (---) ou se é uma coisa que depende de cada profissional?
- No serviço onde eu trabalho, realmente não temos isso sistematizado (S1F45). A gente começou a fazer umas oficinas abordando esse assunto, mas isso era muito esporádico. Acabou que isso até se perdeu (S1F46). Era uma enfermeira que trabalhava lá e que depois saiu e aí isso se perdeu um pouco. Voltou umas duas vezes, mas (F46J20)... Não tem aquela coisa certinha com as palestras. E isso a gente já tinha, numa reunião nossa, a gente já tinha começado a trabalhar, pensado em começar a trabalhar isso porque realmente a gente percebia que estava assim demais, muito presente ali a demanda dos usuários (S1F47J21). Não por uma informação mesmo, mas por a gente perceber que a gente precisava levar essa informação até eles (S1F48). Porque a falta de cuidado deles é muito grande (S1J22). Nós estamos com usuários chegando lá no Centro de Saúde muito novos, usuários de 18, 19 anos, então estão muito novos e com um comportamento de risco mesmo. Então a gente percebeu que precisa fazer isso (S1F49). Até então, isso vinha sendo trabalhado pelo profissional, dentro do consultório, quando o paciente demanda. Não é nem uma coisa normativa nossa, sistematizada dos técnicos não.
- Nós já tivemos, inicialmente, uma psicóloga que desenvolvia essas oficinas semanalmente. Depois essa funcionária pediu transferência de CERSAM e isso passou a não acontecer mais. Mas a gente tem todo mundo fala que lá no CERSAM (---) está sempre no ar. E é ruim, porque o quê que acontece? Quando tem um casal, a questão da abordagem é sempre a questão da repressão: “Olha, aqui não é lugar disso, aqui vocês estão pra tratar, não é pra namorar”. Então, infelizmente, o que acontece é sempre a postura de recriminação por estar naquele espaço, fazendo atos indevidos (S1F50). E a gente tem colocado, a gerente tem pedido sempre pras enfermeiras pra que a gente possa começar a fazer alguma abordagem (S1F51). Acontece muito de fazer dentro das reuniões de usuários, às vezes pela questão da frequência (S1F52). Como a gente tem reunião de usuário semanalmente, colocar, mas colocar sempre na questão da repressão (S1F53). A gente acha que é importante, mas tem que ter um treinamento (S1J22), a gente acha que não pode ser aleatoriamente: “vamos falar”, e distribuir de uma maneira também aleatória, a camisinha, porque, como eu estou te falando, as famílias acham

que isso é um incentivo (S1J23), e aí eles criticam por ser exatamente nesse momento da crise a gente estar incentivando e não enxergando a questão da proteção (S1F54).

– Essa pessoa que fazia lá, ela passou por um treinamento, né? Porque há alguns anos atrás a gente passou. Nós aqui de Belo Horizonte, nós passamos por um treinamento. Eu acho que é mesmo. Aí eu fico pensando – é do CTA mesmo, né, Centro de (---) e Aconselhamento (S1F55). Eu fico pensando, quando você fala isso das famílias, eu acho que as famílias têm que ser orientadas também (S1J24). Na verdade, ninguém está estimulando ninguém a transar, não é isso, mas a se proteger (S1F56). Eu acho que é um assunto que tem que ser abordado nas reuniões com os familiares também (S1F57), né. Eles têm que entender isso. Porque o sujeito não vai deixar de transar porque a gente não dá a camisinha (S1F58). Então eu acho que um espaço bacana também pra essa discussão é a reunião de familiar (S1J25).

– Engraçado, a gente falou muito aqui, mas eu percebi que muito da demanda dos usuários são os usuários do sexo masculino, né. Eu percebi alguém falando de uma usuária. Engraçado, né. Eu estou pensando e realmente, todos os usuários que me abordam são do sexo masculino. A demanda maior é deles, as mulheres nem tanto (S1F59).

– E a sexualidade das mulheres, aproveitando aí. Como é que está, como é que é abordada?

– No caso, pra mim, chega muita queixa de que está ruim. Eu vejo nas mulheres uma grande queixa. “Não tô satisfeita, não tá bom, nunca teve, poucas vezes aconteceu de ficar satisfeita”. É um número muito grande. Isso quando eu trabalhava no PSF também (S1F60). As mulheres, depois que eu passei pro CAPS, nos acolhimentos a gente vê muito isso. Eu percebo que isso é um número muito grande. Não sei se é só (---), mas eu vejo muito.

– Tem queixas de violência sofrida?

– Não. Isso eu nunca observo não. Raríssimos casos (S1F61). Mas há queixa da falta do desejo, de uma boa relação (S1F62). Isso eu vejo muito. Eu faço, às vezes, 10 acolhimentos por dia, acontece duas às vezes, a mesma queixa.

## 2.2) Reconstrução da Entrevista por objetos abordados

### 2.2.1) Lista das sequências com denominação provisória

- S1: Sexualidade das pessoas com transtorno mental
- S2: Percepção sobre a sexualidade da população em geral
- S3: Comportamento das pessoas com transtorno mental
- S4: Visão dos profissionais acerca da sexualidade das pessoas com transtorno mental
- S5: Promoção da saúde sexual nos serviços de saúde mental
- S6: Dificuldades encontradas pelos profissionais para realizar ações de promoção da saúde sexual nos serviços de saúde mental
- S7: Usuários com transtorno mental e prevenção das IST
- S8: A pessoa com transtorno mental e a integralidade da assistência
- S9: Prevenção das IST nos serviços de saúde mental
- S10: A pessoa com transtorno mental e HIV/Aids

### 2.2.2) Síntese do conteúdo das sequências

#### S1: Sexualidade das pessoas com transtorno mental

Pessoas com transtorno mental têm direito a sexualidade. Pessoas com transtorno mental manifestam sua sexualidade de forma diferente.

#### S2: Percepção da população geral sobre a sexualidade

A população geral manifesta a sexualidade de forma mais controlada.

#### S3: Comportamento das pessoas com transtorno mental

As pessoas com transtorno mental têm a sexualidade muito exacerbada, têm hipersexualidade, e no momento da crise é pior.

#### S4: Visão dos profissionais acerca da sexualidade das pessoas com transtorno mental

As manifestações da sexualidade são frequentes pelas pessoas com transtornos mentais. É necessário estabelecer regras e limites dentro dos serviços de saúde mental.

#### S5: Promoção da saúde sexual nos serviços de saúde mental

São repassadas informações nas oficinas e atendimentos individuais quando há demanda do paciente.

#### S6: Dificuldades encontradas pelos profissionais para realizar ações de promoção da saúde sexual nos serviços de saúde mental

Não há capacitação técnica e preparação dos profissionais, quase não há treinamento sobre o tema.

#### S7: Usuários com transtorno mental e prevenção das IST

Disponibilização de preservativo masculino acontece frequentemente. Palestras eventuais sobre o tema.

#### S8: A pessoa com transtorno mental e a integralidade da assistência

A sexualidade faz parte da integralidade, mas não é contemplada rotineiramente nos serviços de saúde mental.

#### **S9: Prevenção das IST nos serviços de saúde mental**

Existem muitas dificuldades que impedem ou dificultam a realização rotineira das ações preventivas nos serviços pelos profissionais.

#### **S10: A pessoa com transtorno mental e HIV/Aids**

Muitas pessoas com transtorno mental são sabidamente infectadas pelo HIV e são tratadas pelos profissionais nos serviços. A convivência com os outros usuários é conflituosa, mas bem conduzida pelos profissionais.

### 2.2.3) Reorganização das sequências pelos temas tratados com nomeação pelo conteúdo central

#### **1) Sexualidade: a pessoa com transtorno mental e a população em geral**

##### **S1: Sexualidade das pessoas com transtorno mental**

Pessoas com transtorno mental têm direito a sexualidade. Pessoas com transtorno mental manifestam sua sexualidade de forma diferente.

##### **S2: Percepção sobre a sexualidade da população em geral**

A população geral manifesta a sexualidade de forma mais controlada.

##### **S3: Comportamento das pessoas com transtorno mental**

As pessoas com transtorno mental têm a sexualidade muito exacerbada, têm hipersexualidade, e no momento da crise é pior.

##### **S4: Visão dos profissionais acerca da sexualidade das pessoas com transtorno mental**

As manifestações da sexualidade são frequentes pelas pessoas com transtornos mentais. É necessário estabelecer regras e limites dentro dos serviços de saúde mental.

#### **2) Expressões da sexualidade da pessoa com transtorno mental**

##### **S3: Comportamento das pessoas com transtorno mental**

As pessoas com transtorno mental têm a sexualidade muito exacerbada, têm hipersexualidade, e no momento da crise é pior.

##### **S4: Visão dos profissionais acerca da sexualidade das pessoas com transtorno mental**

As manifestações da sexualidade são frequentes pelas pessoas com transtornos mentais. É necessário estabelecer regras e limites dentro dos serviços de saúde mental.



### **3)Risco e vulnerabilidade das pessoas com transtorno mental para as IST/HIV/Aids**

#### **S1: Sexualidade das pessoas com transtorno mental**

Pessoas com transtorno mental têm direito a sexualidade. Pessoas com transtorno mental manifestam sua sexualidade de forma diferente.

#### **S3: Comportamento das pessoas com transtorno mental**

As pessoas com transtorno mental têm a sexualidade muito exacerbada, têm hipersexualidade, e no momento da crise é pior.

#### **S7: Usuários com transtorno mental e prevenção das IST**

Disponibilização de preservativo masculino acontece frequentemente. Palestras eventuais sobre o tema.

#### **S9: Prevenção das IST nos serviços de saúde mental**

Existem muitas dificuldades que impedem ou dificultam a realização rotineira das ações preventivas nos serviços pelos profissionais.

#### **S10: A pessoa com transtorno mental e HIV/Aids**

Muitas pessoas com transtorno mental são sabidamente infectadas pelo HIV e são tratadas pelos profissionais nos serviços. A convivência com os outros usuários é conflituosa, mas bem conduzida pelos profissionais.

### **4) Promoção da Saúde Sexual e integralidade na assistência às pessoas com transtornos mentais**

#### **S5: Promoção da saúde sexual nos serviços de saúde mental**

São repassadas informações nas oficinas e atendimentos individuais quando há demanda do paciente.

#### **S6: Dificuldades encontradas pelos profissionais para realizar ações de promoção da saúde sexual nos serviços de saúde mental**

Não há capacitação técnica e preparação dos profissionais, quase não há treinamento sobre o tema.

#### **S8: A pessoa com transtorno mental e a integralidade da assistência**

A sexualidade faz parte da integralidade, mas não é contemplada rotineiramente nos serviços de saúde mental.

#### **S10: A pessoa com transtorno mental e HIV/Aids**

Muitas pessoas com transtorno mental são sabidamente infectadas pelo HIV e são tratadas pelos profissionais nos serviços. A convivência com os outros usuários é conflituosa, mas bem conduzida pelos profissionais.



## **APÊNDICE E: Síntese da narrativa dos grupos focais**

### **GRUPO FOCAL 1**

Para os participantes, a vivência da sexualidade é um direito de todas as pessoas, sejam com transtorno mental ou não. Deve-se viver uma sexualidade sadia com responsabilidade, sem tabus, usufruindo o desejo sexual com cuidado e proteção, carinho próprio e com o outro. Paralelamente a isto, uma vez que consideram que a desinformação é grande em qualquer segmento social, foi pontuada durante o grupo focal a necessidade de uma orientação a respeito do tema sexualidade - principalmente para aqueles usuários em que o transtorno mental determina uma exacerbação do desejo sexual. Para eles, é necessário que haja orientação, pois muitos usuários sempre trazem a sexualidade para debate, enquanto alguns não manifestam interesse e outros só mencionam o tema nos períodos de crise. Aham que os profissionais devem lidar, dar atenção e abordar a sexualidade das pessoas com transtorno mental com naturalidade, mas durante a crise este é um trabalho mais difícil. A crise ocorre no auge da repressão e tudo fica mais aflorado neste período, incluindo a sexualidade. Neste contexto, consideram que aparecem a erotização e a procura pelo outro, de forma exacerbada. Destacam que sabem da existência de namoros e da ocorrência de práticas sexuais dentro dos serviços de saúde mental, o que não consideram correto, fazendo-se necessária a distribuição de preservativos nestas instituições. As famílias recriminam a distribuição do preservativo dentro do serviço, pois percebem-na como incentivo a um “ato arriscado”. Observam, então, a necessidade de diálogo entre profissionais de saúde e as pessoas com transtornos mentais e suas famílias, para a proteção. Os participantes do grupo focal, no entanto, se percebem, ainda, com dificuldades em abordar o tema, além do receio de não saberem qual o limite entre incentivo à prática sexual ou à proteção, quando se distribui preservativos dentro da unidade. Foi relatada a prática rotineira de trabalhos em grupo sobre o tema, além de abordagens individuais. Estas últimas são feitas pelo profissional de referência apenas, dentro dos consultórios, no momento dos atendimentos. O trabalho individual é incentivado nas reuniões das equipes profissionais, pois em grupo o tema pode não ser muito explorado e consideram o resultado insatisfatório, talvez pela exposição demasiada. Por vezes, a abordagem é feita dentro do consultório quando há demanda e interesse do paciente. Além da dificuldade pessoal,

consideram que há falta de preparo por parte dos profissionais da saúde para a abordagem ao paciente. Falta treinamento das equipes de profissionais da área da saúde, feito pelo Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). Uma das participantes afirma que trazer um especialista em sexualidade pode não ser o melhor caminho - esta experiência realizada por ela em sua unidade não surtiu o efeito de promoção à saúde e, ao contrário, causou “espanto e horror”. Em sua opinião, a pessoa responsável por falar sobre a sexualidade deve ter em vista que “as pessoas só escutam o que estão preparadas para escutar” e que não adianta muita informação técnica se essa não é a demanda no momento. A ideia proposta de uma oficina sobre o tema, portanto, talvez seja uma opção mais interessante para acontecer um diálogo, com o apoio de um monitor. Em um dos Centros de Convivência, uma oficina chamada “Cuidar de si” é feita pela equipe de estagiárias de Enfermagem e é considerada eficiente. Uma profissional que trabalha num CAPS disse que ela e os demais colegas de trabalho estão sobrecarregados. Eles estão lá para resolver questões da crise e da urgência e, por isto, não sobra tempo para ações preventivas e não conseguem realizar esta tarefa, mesmo sabendo de sua importância. Os participantes consideram que nos Centros de Convivência, locais em que os pacientes permanecem por tempo reduzido, as ações de prevenção são mais fáceis de serem realizadas que no CAPS, onde o paciente está em crise: “a urgência torna o processo complicado”. No CERSAM, nota-se a vontade dos usuários em participarem destas oficinas, além da necessidade de ter alguém que tenha um “jogo de cintura muito bom, para que possa entender como está o ritmo e poder informar e dividir de uma forma delicada”. Novamente foram mencionadas a capacitação e a delicadeza provenientes de um treinamento da equipe. No CERSAM, as oficinas não podem ser muito bem formatadas, têm de ser mais flexíveis, devido à grande frequência de mudança no cenário (rotatividade dos usuários nos momentos de crise). Uma participante diz que em sua unidade, a orientação sobre sexualidade é uma tarefa considerada difícil, pois, por vezes, os profissionais não se interessam por realizar qualquer tipo de orientação. As ações normalmente são feitas sem apoio e sem ajuda: o incentivo é apenas pessoal. Reconhecem a necessidade e existência de atividades a serem desenvolvidas, sendo a demanda bastante visível, mas mesmo assim, há profissionais que não se interessam. Foi observada, também, entre os participantes, a importância do apoio entre os serviços de saúde com o intuito de manter estas práticas de esclarecimento

sobre sexualidade, para que não aconteça o que comumente se vivencia nos Centros de Convivência: ações sistematizadas de curta duração, com atividades muito pontuais e sem continuidade. Para a implantação e operacionalização de oficinas de esclarecimento, consideram a necessidade de uma comunicação viável com a equipe de profissionais da Estratégia de Saúde da Família. Uma das participantes afirma que, neste quesito, existe muita resistência com relação ao paciente da saúde mental. Destaca que os profissionais da ESF acham que o paciente é de responsabilidade exclusiva do serviço de saúde mental (CERSAM ou CAPS) e não deve frequentar os Centros de Saúde para alguma eventual medicação ou avaliação. Uma das participantes comenta que, neste cenário, “a pessoa com transtorno mental tem direito a ter somente problema mental, não tem direito a ter hipertensão, cardiopatia, diabetes, etc,” já que, por vezes, estes aspectos não têm merecida atenção pelos profissionais dos serviços de atenção primária à saúde. Estes simplesmente os reencaminham para os CAPS, sem nenhum exame prévio. Por outro lado, uma participante destaca que, em sua experiência, existe um grande contato e parceria entre o serviço de saúde mental em que atua e os profissionais da Estratégia de Saúde da Família da qual é referência, e considera que estes se preocupam tanto com a administração dos antipsicóticos como dos anticoncepcionais injetáveis. Durante as reuniões de matriciamento alcançaram um bom contato com as enfermeiras no que diz respeito ao fornecimento de anticoncepcional injetável das pacientes de saúde mental, mas já com os médicos este contato é quase inexistente. O grupo ressalta que existe uma grande diferença entre os municípios e o envolvimento dos profissionais da ESF varia: existe médico generalista que vai para visita domiciliar, atende a crise; e existe generalista que recusa atendimento ao paciente com transtorno mental já estabilizado - talvez por medo e desinformação. Esta é uma parceria que varia nas regiões do estado e até de um mesmo município, mas que, na grande maioria das vezes, ainda precisa ser mais desenvolvida. Como dificuldades para se efetivar ações preventivas nos serviços de saúde mental foram mencionadas novamente a falta de capacitação e a falta de tempo dos profissionais. Consideram que caso do CERSAM e CAPS, o profissional que realizar estas ações deve ser do próprio serviço, situação que garante liberdade aos usuários para tratar do tema com alguém conhecido, principalmente quando estão em crise. As facilidades pontuadas foram o público constante que frequenta Centro de Convivência semanalmente, a

boa receptividade dos usuários, mesmo que haja constrangimento, além da cumplicidade e proximidade. De modo geral, consideram que quando estão fora da crise a aproximação e abordagem acerca da sexualidade são facilitadas, mas no cotidiano não acontecem.

## **GRUPO FOCAL 2**

Os participantes afirmaram que a sexualidade das pessoas com transtorno mental é exercida, em sua maioria, sem proteção, talvez devido ao seu comprometimento mental. Foi comentado que até hoje ainda há a exclusão social das pessoas com transtorno mental, principalmente por parte da família que, muitas vezes, não oferece nenhum apoio. Além disto, é comum os familiares não se responsabilizarem pelo usuário assistido. Uma participante que trabalha num CAPS AD comenta que não sabe como fazer grupos de discussão para que as pessoas com transtorno mental entendam que é benéfico o uso de camisinha, uma vez que, entre a equipe, é complicada a abordagem deste tema. Neste caso, as orientações dependem da demanda de cada usuário. Em outro CAPS, uma participante relata que há um grupo de educação em saúde no qual acontecem conversas sobre a sexualidade, mas tocar neste assunto é sempre difícil para os profissionais. Em outro CAPS, além da distribuição de preservativos, a oferta de espaços para fala com relação à sexualidade é incentivada nas conversas entre a equipe de profissionais e existem também oficinas sobre o assunto. Na época da realização do grupo focal estava prestes a acontecer o treinamento dos profissionais sobre sexualidade e afetividade, com o intuito de haver maior flexibilidade ao lidar com os usuários, no referido serviço. Em um Centro de Convivência, existem encontros e oficinas - realizadas por estagiários em Enfermagem - que falam sobre a temática, devido a uma grande demanda por parte dos usuários. As camisinhas ficam ao acesso de todos e os profissionais percebem uma alta procura, tanto por homens quanto por mulheres. Além disto, foi pontuado também o momento em que a erotização aflora em alguns usuários - estes usam roupas 'provocantes' e os profissionais sentem-se constrangidos ao fazer uma abordagem acerca da sexualidade. Nestes casos, acontece uma conversa com os usuários para acharem alternativas e propostas para o controle da situação. Em outro Centro de Convivência, a participante relatou já ter feito parte de uma capacitação sobre prevenção de Infecções Sexualmente

Transmissíveis e Aids e sobre encaminhamentos para diversos serviços de referência. A partir desta capacitação, ações direcionadas foram postas em prática, mesmo sendo este um assunto presente nas oficinas e conversas cotidianas. Pontualmente nas oficinas, é abordado o autocuidado com o corpo, higiene e sexualidade. Em outro serviço houve relato de construção de um quadro explicativo sobre as IST e Aids e com disponibilização de preservativo masculino. Em outro, existe uma parceria com os grupos terapêuticos da Terapia Ocupacional. Estes grupos de discussão têm foco nas questões da saúde: higiene, medicamento e adesão ao tratamento. Há também um fichário rotativo, por meio do qual é controlado o momento de administração do anticoncepcional injetável. Além disto, ressaltam que os preservativos estão sempre disponíveis. Uma participante diz que no município em que atua já existiu uma oficina estruturada sobre IST e Aids. Esta oficina, coordenada por uma farmacêutica e uma enfermeira, ocorria semanalmente sobre medicação e uso da camisinha. Porém, atualmente, não existe mais nenhuma ação sistematizada e a distribuição dos preservativos ocorre no Posto de Enfermagem. No Dia Mundial de Prevenção contra a Aids, dia primeiro de dezembro, os profissionais levam alguns pacientes para o Centro de Convivência, onde ficam concentradas as ações de prevenção. Foi ressaltado o fato de que o Ministério da Saúde tem facilitado a disponibilidade das camisinhas, pois anteriormente existiam dificuldades: era necessário requisitar os preservativos, fazer um mapeamento e depois buscá-los na Gerência Regional de Saúde, mas, atualmente, não tem ocorrido falta. Excepcionalmente, no CAPS AD, existe, além da capacitação, um mini Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), onde ocorrem, uma a duas vezes mensais, testagem e aconselhamento individual e coletivo, e pré e pós-teste para aqueles usuários que demonstrarem interesse. Nos outros serviços de saúde, nos casos de suspeita de soropositividade para HIV, acontece o encaminhamento para o CTA ou para o Centro de Saúde, além do acompanhamento do CAPS. Um problema observado pelos participantes é a dificuldade existente, por parte das pessoas que não estão diretamente envolvidas com transtorno mental, em aceitar demandas clínicas de saúde de pessoas com transtorno mental. Esse é sempre o foco para o qual as pessoas direcionam a atenção, sendo difícil a percepção de um quadro clínico além do transtorno mental. Os participantes acreditam que a ideia geral dos profissionais que não atuam na saúde mental é de que, independentemente do quadro clínico que o paciente

apresente, ele é de responsabilidade do CAPS e da equipe que lá atua. O preconceito é ainda maior quando álcool e drogas estão envolvidos neste cenário. Segundo o grupo, talvez haja até certo despreparo por parte dos profissionais da saúde, que se assustam ao terem que lidar com alguém com transtorno mental. Para os participantes, uma proposta que visa minimizar esta segregação, além de reforçar o sistema de referência e contrarreferência, é a implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família pelo Ministério da Saúde.

### **GRUPO FOCAL 3**

Segundo os participantes deste grupo, em um mesmo contexto cultural, a sexualidade não é plenamente discutida e existe uma resistência ao uso de preservativos, apesar de orientações sobre cuidados e prevenção. Por isto, a vivência da sexualidade das pessoas com transtorno mental não é diferente das outras pessoas. No entanto, este aspecto da sexualidade de pessoas com transtorno mental chama atenção pelo preconceito da sociedade, que os excluem. Entretanto, apesar das limitações mentais, às vezes por causa da medicação e do preconceito, as pessoas com transtorno mental acabam encontrando novas formas de viver sua sexualidade. Na discussão do grupo focal, foi pontuado um aumento na expressão da sexualidade e comportamentos de risco apresentado por algumas pessoas com transtorno mental, quando em surto. Muitas vezes, a adesão aos métodos preventivos contra IST e Aids não acontece. Por isso, além de oficinas que abordem a temática da sexualidade, a estratégia a ser desenvolvida pelos profissionais da área de saúde mental é a redução de danos: prevenir a gravidez das usuárias mediante o uso de anticoncepcionais injetáveis. Em um Centro de Convivência, foi relatado que a conversa sobre a sexualidade surge naturalmente nas oficinas. Em outro, acontecia uma oficina sobre sexualidade que versava também sobre ações preventivas contra IST e Aids e o resultado percebido dentro deste espaço foi o melhor convívio entre os usuários. Na maioria dos serviços de saúde, o assunto surge mediante algum questionamento do usuário e não como uma oferta própria de ações pelos profissionais do serviço, o que resulta em uma orientação individual e esporádica pelo respectivo técnico de referência. De forma geral, não há ações sistematizadas de abordagem a esta temática por parte dos profissionais. Num determinado CAPS existe um planejamento para que seja feita

uma oficina sobre sexualidade para esclarecimento e orientação aos usuários, mas que não ocorre com a frequência e metodologias propostas. Um comentário interessante foi feito por uma das participantes que trabalha em um CAPS e não concorda com a permissão de namoros entre pacientes dentro deste espaço. Ela acha que deve haver limites quanto ao estar perto, se tocar e se beijar, e eles são discutidos entre a equipe técnica e depois passados aos usuários nas oficinas. Por outro lado, em outro CAPS, não existe preocupação com o namoro entre pacientes. Nas consultas, a sexualidade é tratada com relação aos cônjuges ou namorados fora do serviço de saúde. A experiência de convocar o cônjuge para uma conversa, a fim de contribuir para melhorar o relacionamento do casal, tem funcionado bem. Os profissionais notam que a sexualidade é um assunto considerado tabu para os profissionais de saúde, faltando abertura para discutir o tema com os usuários. Em um município, foi citado um programa de educação afetiva e sexual, porém os profissionais do CAPS não participam destas capacitações, mesmo que estas sejam boas oportunidades para trabalhar os questionamentos de vários públicos. Em um Centro de Convivência, funcionam três turmas de educação sobre alguns temas: a sexualidade é tratada quando os estudos envolvem a ciência do corpo humano, mas não existe um grupo específico para a saúde sexual e prevenção contra IST/Aids. O papel dos profissionais da saúde neste serviço é orientar e fazer acontecer um diálogo com e entre os usuários, o que consideram fortalecer e favorecer as relações – foco dos Centros de Convivência. Para que o diálogo sobre este tema seja efetivo deve haver, na concepção dos participantes, além da capacitação técnica dos profissionais, uma sensibilização em toda a rede de saúde que reduza a limitação em se tratar do assunto. Uma sugestão feita foi a abordagem da sexualidade não só com os usuários, mas também por meio de um grupo de discussão com os familiares, com a intenção de se conhecer como a família lida com a sexualidade de seu familiar com transtorno mental e orientá-los. Como fatores dificultadores para a promoção da saúde sexual e prevenção contra IST foi mencionada a falta do suporte material, como panfletos sobre sexualidade, considerando que apenas as unidades que compõem os serviços de atenção primária dispõem de catálogos seriados, *folders* e próteses peniana e vaginal. Uma das participantes questiona a não-aceitação dos profissionais da ESF e o não funcionamento do sistema de referência e contrarreferência. Em algumas cidades do interior do estado de Minas Gerais, quando se encaminha um paciente com transtornos mentais para uma unidade

básica de saúde, percebem que os profissionais destes serviços entendem que não têm corresponsabilidade por estes usuários e que são de responsabilidade exclusiva do CAPS, onde todas as ações devem estar concentradas. Alguns profissionais relatam que os colegas que atuam nas unidades básicas apresentam medo de sofrer agressões físicas e verbais por estes pacientes. Um ponto bastante enfatizado por um dos participantes foi a necessidade de os usuários serem inseridos nos outros serviços, além do CAPS e do Centro de Convivência e a importância de conseguirem circular livremente na rede social e se integrarem nas diversas ações de saúde no município. É de máxima importância fugir do modelo hospitalocêntrico e fazer com que os usuários do CAPS, CERSAM e dos Centros de Convivência participem, assim, da educação continuada no CTA e na ESF. Por outro lado, como aspectos facilitadores para a implementação de ações promotoras da saúde sexual, foi enfatizada a proximidade que os usuários têm com os profissionais de referência. Esta situação gera uma relação de respeito entre usuários e profissionais e surge a intimidade para que a conversa sobre sexualidade porventura aconteça.

#### **GRUPO FOCAL 4**

Os participantes iniciaram a discussão afirmando que entendem a vivência da sexualidade como um direito comum a todos, e deve-se zelar por este direito para as pessoas com transtorno mental. Para eles, quanto maior o nível de desorganização mental (crise) dos pacientes, mais espontânea é a vivência da sua sexualidade devido à forte impulsividade e à perda de adequação de comportamento. Além da dificuldade da adesão dos usuários ao uso do preservativo masculino, muitos dos antipsicóticos usados na rede pública inibem a libido, e isto muitas vezes faz com que os cônjuges reclamem nas reuniões de familiares. Este é um motivo comum para a interrupção do tratamento psiquiátrico. Em um CAPS, a participante relata a realização de um trabalho de conscientização dos usuários para a adesão ao uso dos preservativos que deu resultado positivo. Com isto, a distribuição destes preservativos acontece dentro do próprio serviço e os usuários se sentem à vontade para pegá-los. Em outro CAPS, a profissional diz que toda a equipe – não só os profissionais de saúde – participa do tratamento do paciente, pois, às vezes, o usuário acaba por conversar informalmente sobre a vivência de sua sexualidade



com outras pessoas que não o profissional de referência. O participante que trabalha neste serviço relata que estas abordagens têm sido proveitosas para o usuário, pois são espontâneas, diferentemente de situações de exposição em grupo, como em palestras ou oficinas. Em outro CAPS, as oficinas sobre sexualidade são voltadas para as mulheres em idade fértil; uma vez que grande parte delas apresenta comportamentos de risco, a preocupação dos profissionais é fazer um grupo de atenção farmacêutica e orientar estas pacientes sobre a medicação ingerida para o tratamento de seu transtorno mental e sua relação com uma eventual gravidez não planejada. Um dos participantes que trabalha num CAPS afirma a dificuldade existente em se implantar ações específicas com relação à sexualidade e prevenção contra IST e Aids em função da falta de tempo. Para ele, as ações prioritárias são as de urgência, sendo os trabalhos sobre sexualidade secundários. Ele reclama também do pouco material disponível para utilização diariamente nas oficinas terapêuticas. Em um município do interior do estado, existe um centro de referência em IST que oferece material, capacitações, faz notificações e acompanhamento junto aos enfermeiros. E, apesar disso, ainda existe a exclusão das pessoas com transtornos mentais na atenção primária e nas policlínicas. Em função disto, mencionou-se a importância de se trabalhar em conjunto, os CAPS, os serviços de atenção primária e os centros de referência, ao se tratar sobre sexualidade. Foi apontada a necessidade de reforços na atenção primária em saúde, uma vez que, antes de chegar ao CAPS, o usuário está inserido na comunidade e neste serviço. O que muitas vezes acontece nas cidades do interior do estado é a falha no sistema de referência e contrarreferência: quando um paciente com transtorno mental é encaminhado do CAPS à ESF, ele retorna ao CAPS sem um resultado satisfatório no acompanhamento clínico. Um dos participantes afirma que o grande desafio para os profissionais da área de saúde mental é a aproximação entre os CAPS e as instituições em que possuem um serviço estruturado de IST. O diálogo entre estas partes é importante para dar fim ao preconceito e para que os usuários possam fazer exames de rotina (entre eles, o exame ginecológico preventivo) com maior facilidade. Em um CERSAM, a profissional afirma que o número reduzido de profissionais na equipe, com conseqüente sobrecarga de trabalho dificulta a realização de oficinas sobre sexualidade. Foi aberto um concurso para preenchimento de vagas existentes nos serviços de saúde mental à época do grupo focal e, com isto, espera-se aumentar o número de profissionais e propor

modificações neste contexto. Com relação à situação de crise dos usuários, foi citada a dificuldade em se abordar a sexualidade dos pacientes além das rotineiras ações de prevenção, já que neste momento os usuários apresentam maior comportamento de risco para a infecção por IST/Aids. Como os usuários não passam a noite no CAPS, os profissionais de saúde mental nas cidades do interior do Estado deixam a responsabilidade de cuidado dos usuários para os familiares, quando estes mostram condições de dar suporte. Quando a família também está desestruturada, o usuário é encaminhado para dormir em um Hospital Geral. Como um fator facilitador para a abordagem do tema sexualidade foram citadas reuniões com os familiares. Também foi pontuada a boa relação entre funcionários e usuários, situação que gera confiança e diminui o preconceito. Além disto, foram sugeridas a informatização de dados da atenção primária, prontuários, notificações e a criação de um programa estadual com grupo de saúde mental. Em contrapartida, como um fator que dificulta a abordagem sobre a sexualidade, foi enfatizada a falta de material de apoio para os usuários e seus familiares, além do pouco número de profissionais por equipe nos serviços de saúde mental. Em alguns municípios, percebe-se, também, como dificuldade para a abordagem, a não adesão ao tratamento psiquiátrico em função de efeitos adversos da medicação. Foi relatada, várias vezes, a necessidade de capacitação dos profissionais da área de saúde mental para que saibam como acolher e abordar essa temática. Uma das participantes concluiu que promover oficinas sobre sexualidade e distribuir camisinhas não é o suficiente. Os profissionais na área da saúde mental devem continuar pensando juntos e desenvolverem outras soluções para seguir o ideal do Ministério da Saúde: resgatar a cidadania à pessoa com transtornos mentais.

#### **GRUPO FOCAL 5**

É consensual o pensamento de que a sexualidade é algo natural do ser humano, que deve ser vista com respeito e responsabilidade; portanto, toda pessoa com transtorno mental deve ter liberdade para vivenciar sua sexualidade de forma saudável. A função dos profissionais da área de saúde mental é direcionar e ajudar com a prevenção de IST e Aids. Em um CAPS do interior do estado, os pacientes psicóticos jovens – homens e mulheres - são os que causam preocupação nos profissionais devido à grande rotatividade de parceiros. Esta participante mencionou

a dificuldade ao se fazer uma abordagem a estes jovens com relação à conscientização e à prevenção. Ela pensa que a abordagem deve ser feita individualmente pelos técnicos de referência, com muita cautela para não afastá-lo do serviço. Foi comentado também que a prática sexual é uma vivência comum para os usuários, - exceto para aqueles que não apresentam mais desejo – sendo usual a ocorrência de relações sexuais dentro do espaço dos serviços de saúde, que muitas vezes utilizam o sexo como meio para obtenção de álcool e outras drogas. Acreditam que para “outro tipo de paciente” o entendimento seria mais fácil, mas como falar com uma pessoa com transtorno mental sobre sexualidade? Para uma das participantes, devido à dificuldade em entender o que se fala, a abordagem deve ser individual. Em outro serviço, os preservativos são disponibilizados livremente, mas ainda assim ocorreu uma discussão sobre como deveria ser feita esta distribuição, pois não se sabe como o paciente irá entendê-la: como forma de prevenção ou incentivo à prática sexual? Portanto, acreditam que trabalhar com a família também é uma ação importante, mas isto não é feito. Para os participantes, a distribuição de camisinha é reconhecida pelo Ministério da Saúde como uma necessidade, porém consoante à distribuição deve-se construir com os usuários ações que promovam uma sexualidade saudável. Isto significa conhecer um pouco sobre o contexto de vida do paciente para que seja feita uma abordagem individualizada, o que, de um modo geral, consideram difícil de ser feito. Em um CAPS, não há distribuição de preservativos. Neste serviço, até 2005, as IST entre os pacientes não eram discutidas, já que a gerente do serviço, por questões ligadas à sua prática religiosa, proibia a abordagem do assunto na unidade. Com a saída desta profissional do cargo, a sexualidade desses pacientes começou a ser um dos assuntos discutidos entre os profissionais de saúde nas reuniões em equipe. A equipe decidiu, então, eles próprios responderem a um questionário sobre sexualidade, antes de repassá-lo aos usuários, e perceberam que a dificuldade em abordar este tema era maior para os profissionais. Por isso, promoveram uma palestra sobre as IST, o que foi feito apenas uma vez. Uma participante relatou a cobrança de que existissem camisinhas em seu serviço, pois, há aproximadamente um ano antes da reunião do grupo focal, a distribuição ocorria apenas nas unidades básicas do município, mediante cadastro. Além disto, a mesma participante mencionou dificuldade por parte dos profissionais em realizar orientações sobre sexualidade com os usuários. Outra participante afirma que, em um quadro de crise,

não há como abordar o tema sexualidade com os pacientes com transtorno mental, por isso o tema deve ser trabalhado em etapas, de acordo com a melhora do quadro. Surgiram vários relatos pelos participantes de conhecimento de práticas sexuais dos usuários dentro das unidades, chamando atenção para um caso relatado sobre um paciente que usava a hora do banho para se masturbar, e a partir desta descoberta, a gerência decidiu retirar as portas do banheiro para que tal prática não ocorresse mais dentro do serviço. A coordenadora do grupo focal indagou os participantes sobre o que pensavam sobre a masturbação. Para os integrantes, é necessária a imposição de limites para este tipo de prática dentro dos serviços de saúde. A coordenadora propôs aos participantes que falassem das dificuldades e facilidades para se efetivar ações de prevenção nos serviços. Com isso, os profissionais relataram que a principal dificuldade enfrentada é a falta de capacitação, o que os atrapalha ou impede de tratar do tema sexualidade. Foi também citada a necessidade de “uma pessoa responsável e que tenha desejo e abertura para falar” sobre a temática, “alguém cujas barreiras internas já tenham sido quebradas pelo conhecimento”. Outra dificuldade é a conscientização de cada usuário, que depende da gravidade de seu quadro clínico e de seu nível de percepção e consciência. Foi pontuado, também, como dificuldade, o julgamento moral ao se falar sobre a sexualidade, o que muitas vezes está relacionado à religiosidade - seja dos usuários ou dos profissionais. Como fatores facilitadores, os participantes referiram-se ao vínculo e à simpatia criados entre usuário e profissional, que auxiliam na abordagem do tema. Percebem que as mulheres se apresentam para falar sobre sexualidade com maior facilidade que os homens. Os trabalhos sobre sexualidade com usuários e profissionais nas oficinas também funciona como fator de confiança para o início das conversas. Atualmente as oficinas sobre IST e Aids são feitas pelos estagiários em Enfermagem, limitados quando estão realizando estágio nas unidades. Além disto, foram mencionados o respeito dos pacientes e a privacidade de um local reservado para que ocorram conversas intimistas sem interrupção, o que muitas vezes não ocorre pela indisponibilidade de espaço físico nas unidades.

## **GRUPO FOCAL 6**

Para os participantes, a sexualidade é um componente da qualidade de vida de qualquer ser humano e vai além da prática sexual: envolve afeto e carinho. Ao se tratar deste assunto com relação às pessoas com transtornos mentais, surgem falas considerando que essas pessoas não têm necessidades fisiológicas e psicológicas, e que não podem ter vida sexual ativa. Em um serviço de saúde mental, a participante diz que convivem usuários com transtornos mentais (em crise ou não), além dos usuários de drogas. Neste espaço, algumas tentativas foram feitas para trabalhar a questão da sexualidade e ações preventivas sobre as IST. No entanto, essas ações começam muito bem, com várias intervenções e distribuição de camisinhas, mas, com o tempo, elas cessam. À época do encontro do grupo focal, a distribuição de preservativos era feita pelos Centros de Saúde do município, não havia disponibilidade de preservativos na unidade. Em um CAPS, a sexualidade é focada nas psicoterapias, dependendo de qual plano o paciente se enquadra: intensivo (crise aguda severa), semi-intensivo (crise leve) e não intensivo (fase de redução dos sintomas). Um importante comentário feito é que, para a realização das ações preventivas, são necessários carinho e escuta apurada para ajudar com os questionamentos sobre o uso de camisinha e de anticoncepcionais, o que, em geral, não há. Em um serviço, a sexualidade é trabalhada nas oficinas terapêuticas e nas reuniões de família, que mostra a sexualidade dos usuários associada à qualidade de vida. Como fator facilitador para a abordagem do tema foi citada a proximidade do profissional com o usuário, sendo que o vínculo que ele cria com o serviço de saúde gera confiança para abordagem da sexualidade e outros questionamentos. Além disto, é de extrema importância não subestimar a capacidade de compreensão das pessoas com transtornos mentais, apesar de seu comprometimento cognitivo. Por outro lado, foi mencionada a dificuldade em se tratar sobre o tema e orientar em um momento de crise, já que o usuário está desestruturado. Outra dificuldade observada é a falta de tempo e oportunidade de abordar a sexualidade com os pacientes, pois os profissionais estão com a atenção voltada para o ambulatório, para as crises dos pacientes. Portanto, trabalha-se pouco a sexualidade e prevenção de IST/Aids. A falta de oportunidade é decorrente também da pequena carga horária do responsável por promover oficinas, já que a atividade fica restrita a este profissional específico. Outro fator dificultador é a rotatividade de profissionais,

o que não permite a formação de vínculos duradouros entre equipe e usuários. Além disto, a falta de metodologias mais atrativas e capacitação para a elaboração de oficinas sobre sexualidade foram pontuadas como fator penoso para a continuidade das ações preventivas. Destaca-se, também, a dificuldade de, muitas vezes, os profissionais da ESF não saberem como lidar com o paciente com transtorno mental e logo o encaminharem para o CAPS. Alguns participantes afirmam que, em vários Centros de Saúde, percebe-se a repressão e negação que os trabalhadores desses serviços manifestam com os usuários e seus familiares. Uma participante observa que no CAPS em que atua os poucos usuários que apresentam hipersexualidade sofrem repressão por parte dos familiares. Ela afirma, ainda, que essa repressão, em geral, tem origem na crença religiosa da família, e por isto são feitos alguns trabalhos sobre sexualidade com os usuários e suas famílias. São poucos os familiares que comparecem a essas convocações, mas entre esses poucos surte o efeito de abertura para diálogo.



**Pintura feita por uma pessoa com transtorno mental**  
Fonte: acervo pessoal de Galeno Alvarenga

***“Ainda quero mais e um desejo não satisfeito pode ser uma semente poderosa para mudar as histórias”.***

***Donna Haraway***