

Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Sexualidade e vulnerabilidade social de pessoas com transtornos mentais atendidas em serviços públicos de saúde mental no Brasil

Belo Horizonte
2011

Jaqueline Almeida Guimarães Barbosa

Sexualidade e vulnerabilidade social de pessoas com transtornos mentais atendidas em serviços públicos de saúde mental no Brasil

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem
Linha de pesquisa: Prevenção e controle de agravos à saúde

Orientadora: Profa. Dra. Maria Imaculada de Fátima Freitas, Universidade Federal de Minas Gerais

Belo Horizonte
Escola de Enfermagem
2011

Barbosa, Jaqueline Almeida Guimarães.
B238s Sexualidade e vulnerabilidade social de pessoas com transtornos mentais atendidas em serviços públicos de saúde mental no Brasil [manuscrito]. / Jaqueline Almeida Guimarães Barbosa. -- Belo Horizonte: 2011.
194f.
Orientadora: Maria Imaculada de Fátima Freitas.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Sexualidade. 2. Pessoas Mentalmente Doentes. 3. Doenças Sexualmente Transmissíveis. 4. Enfermagem. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Freitas, Maria Imaculada de Fátima. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WM 105



Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação

Tese intitulada “**Sexualidade e vulnerabilidade social de pessoas com transtornos mentais atendidas em serviços públicos de saúde mental**” de autoria da doutoranda **Jaqueline Almeida Guimarães Barbosa**, submetida à banca examinadora composta pelos seguintes professores:

Profa. Dra. 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.

Profa. Dra. Ana Lúcia Machado- Universidade de São Paulo

Profa. Dra. Maria Flávia Carvalho Gazzinelli- Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais

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

Belo Horizonte, abril de 2011

*Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos.
Artigo I dos Direitos Humanos.*

Este estudo é dedicado a todas as pessoas com transtornos mentais.

Este trabalho foi conduzido pela Universidade Federal de Minas Gerais com o apoio técnico e financeiro do Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais através do Projeto de Cooperação Técnica 914/BRA/1101 entre o governo Brasileiro e a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura - UNESCO

This work was carried out by the Federal University of Minas Gerais with technical and financial support of the Ministry of Health/Secretariat of Health Surveillance/Department of STD, Aids and Viral Hepatitis through the Project of International Technical Cooperation 914/BRA/1101 between the Brazilian Government and the United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization – UNESCO.

AGRADECIMENTOS

Escrever uma tese é uma tarefa difícil e solitária, mas é também um momento de grande aprendizagem e superação. Agradeço muito a todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste estudo, e em especial:

Às pessoas com transtornos mentais, pela contribuição com suas entrevistas, oferecendo-me amplo e importante material de trabalho.

À Professora Maria Imaculada de Fátima Freitas, pela amizade e valiosas orientações para a construção deste estudo;

Aos colegas e professores do curso de doutorado, pelo apoio e compartilhamento de ricas experiências e conhecimentos;

Ao Grupo de Pesquisa GPEAS, e em especial ao Prof. Mark Drew Crosland Guimarães, pela oportunidade de aprender com as experiências do grupo;

Ao Grupo de Pesquisa NUPESC, e especial ao bolsista de iniciação científica João Azevedo, que muito me auxiliou, sempre com grande presteza;

Às Instituições que permitiram a coleta das entrevistas;

À CAPES, pela concessão de bolsa de estudos no último ano de realização desta pesquisa;

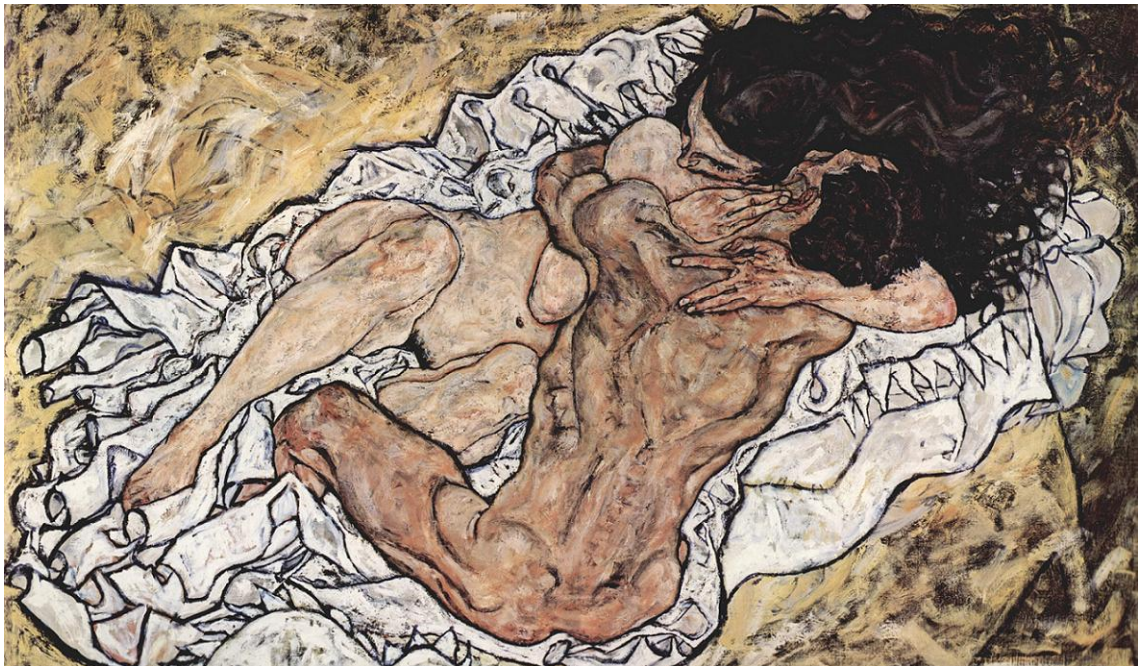
Ao Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, pelo financiamento do Projeto PESSOAS do qual este estudo faz parte, com recursos provenientes da UNESCO, número 91BRA3014;

À FAPEMIG, pelo apoio por meio de concessão de Bolsa de Iniciação Científica junto ao Projeto, e do Programa de Pesquisador Mineiro 2009, concedido à minha orientadora Professora Dra. Maria Imaculada de Fátima Freitas;

E, principalmente, ao meu esposo, meus pais, meus filhos, meus irmãos e demais familiares, e aos meus amigos, os quais, mesmo longe das questões teóricas, ofereceram-me apoio fundamental para o enfrentamento desta rica, mas árdua tarefa.

“O que me interessa não é uma síntese, mas um pensamento transdisciplinar, um pensamento que não se quebre nas fronteiras entre as disciplinas. O que me interessa é um fenômeno multidimensional, e não a disciplina que recorta uma dimensão nesse fenômeno. Tudo o que é o humano é ao mesmo tempo psíquico, sociológico, econômico, histórico, demográfico. É importante que estes aspectos não sejam separados. Mas sim que concorram para uma visão poliocular. O que me estimula é a preocupação de ocultar o menos possível a complexidade do real.”

Morin (1983)



Umarmung (Embrace - Lovers II), 1917, Egon Schiele (Austrian Expressionist Painter, 1890-1918), Oesterreichische Galerie, in Belvedere, Vienna, Austria.

RESUMO

Sexualidade e vulnerabilidade social de pessoas com transtornos mentais atendidas em serviços públicos de saúde mental

Em face das altas taxas de prevalência de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e HIV/AIDS detectadas em pessoas com transtornos mentais no Brasil, e das limitações nas atuais abordagens preventivas generalizadas e focadas em decisão racional, o objetivo do presente estudo foi compreender representações dessas pessoas sobre sexualidade, enfocando o autocuidado para a prevenção dos referidos agravos. Visou-se colaborar, com dados e reflexões, para a elaboração de novas estratégias de atenção à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência. Foram realizadas entrevistas abertas e em profundidade com 39 pessoas com transtornos mentais severos e persistentes atendidas em serviços públicos de saúde mental no Brasil, sendo 22 homens e 17 mulheres, com idades entre 18 e 72 anos. As representações sobre sexualidade se mostraram constituídas por um leque de representações, dentre as quais sobre o sexo, os parceiros sexuais e as práticas sexuais, formando uma teia de representações interdependentes, explicitadas em seus roteiros sexuais. Elas apresentaram grandes assimetrias de gênero, o que esteve intimamente relacionado às concepções de masculinidade e feminilidade, de onde se originam comportamentos que favorecem a vulnerabilidade aos agravos sexualmente transmissíveis. São representações fortemente ancoradas em normas sociais e em experiências de vida, não tendo sido identificado nestas origens no discurso científico. O autocuidado para a prevenção dos agravos sexualmente transmissíveis, apesar de reconhecido como necessário, é realizado com deficiências e dificuldades, o que decorre de diversos fatores objetivos e aspectos subjetivos. Dentre estes, o tabu que envolve a temática da sexualidade; a sensação de segurança em parceiros conhecidos e com boa aparência; pelo temor de ter a relação afetada pelo uso de preservativo, representado como um indicativo de desconfiança entre o casal, e também pelo pouco conhecimento sobre as infecções sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS e sobre o uso dos métodos preservativos. A vulnerabilidade deste grupo face aos agravos sexualmente transmissíveis mostrou-se agravada pelo contexto de exclusão social no qual se encontra inserido, marcado pela pobreza, baixa escolaridade, desamparo, baixa auto-estima, violência e drogadição. Esse contexto, além de dificultar ainda mais o autocuidado, o que esteve refletido em situações de violência sexual sofrida, mostrou-se favorecedor de comportamentos que contribuem para outros comportamentos de risco, como o de venda de sexo. Os resultados mostram a necessidade de se reconhecer e promover a saúde sexual como um direito também das pessoas com transtornos mentais, e de se considerarem os aspectos socioculturais envolvidos na vivência sexual e no autocuidado deste grupo para que a saúde sexual seja possível para estas pessoas. Contudo, isto não bastará se não houver o combate aos estereótipos de gênero, que tantos danos têm ocasionado para a saúde individual e pública.

Palavras-chave: sexualidade, pessoas mentalmente doentes, doenças sexualmente transmissíveis, enfermagem.

ABSTRACT

Sexuality and social vulnerability of people with mental disorders assisted in public mental health services

In face of the high prevalence rates of sexually transmitted infections (STIs) and HIV/AIDS detected in people with mental disorders in Brazil, and of the limitations in current preventive approaches generalized and focused on a rational decision, this study had the purpose of understanding the representations of these people about sexuality, focusing on self-care to prevent these grievances. We aimed to help to develop new strategies of attention to health care, with data and reflections, from the perspective of the integrality of assistance. Open and in-depth interviews were carried out with 39 individuals with severe and persistent mental disorders assisted in public mental health services in Brazil, 22 males and 17 females from 18 to 72 years old. Representations about sexuality have been composed of a range of representations such as sex, sexual partners and sexual practices, forming a web of interdependent representations, exposed in their sexual route. They showed large differences between genders, which is closely related to conceptions of masculinity and femininity, which originate behaviors that promote the vulnerability to sexuality transmitted grievances. These representations are strongly based on social norms and on life experiences, although the origins of the scientific discourse had not been identified. Self-care for the prevention of STIs and HIV/AIDS, although recognized as necessary, is carried out with shortcomings and difficulties which occur due to several objective factors and subjective aspects. Among these are: the taboo surrounding the sexuality theme; the feeling of safety with known partners and a good appearance; the fear of having the relationship affected by the use of condoms, represented as an indication of distrust between the couple and also by the little knowledge about STIs and HIV/AIDS and on the use of condoms. The vulnerability of this group with sexuality transmitted grievances worsened with the context of social exclusion where they are inserted, marked by poverty, low level of education, distress, low self-esteem, violence and drug addiction. In addition to making self-care difficult, this context was shown to favor behaviors which contribute to other risky behaviors such as sex for sale. Results showed the need to recognize and promote sexual health as a right also to people with mental disorders and to consider social-cultural aspects involved in sexual experience and in the self-care of this group so that sexual health is available for these people. However, it is not enough if gender stereotypes are not fought against, which have caused so much damage to individual and public health.

Keywords: sexuality, mentally-ill persons, sexually transmitted diseases, nursing.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSAd	Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e drogas
CERSAM	Centro de Referência em Saúde Mental
CID	Classificação Internacional de Doenças
COEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DH	Direitos Humanos
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
GPEAS	Grupo de Pesquisa em Epidemiologia e Avaliação dos Serviços de Saúde
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
HERA	Health Empowerment Rights and Accountability
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Vírus Papiloma Humano
HSH	Homens que fazem Sexo com Homens
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
NUPESC	Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva (EE-UFMG)
PESSOAS	Pesquisa de Soroprevalência de Aids em Saúde Mental
RP	Reforma Psiquiátrica
RS	Representações Sociais
SUS	Sistema Único de Saúde
TRS	Teoria das Representações Sociais
UBS	Unidade Básica de Saúde
UDI	Usuário de Droga Injetável
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	14
CAPÍTULO 1: INTRODUÇÃO.....	17
1.1 Contextualização do problema.....	17
1.2 Objetivos.....	24
CAPÍTULO 2: SITUAÇÃO DAS IST E HIV/AIDS EM PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS	
2.1 A problemática das infecções sexualmente transmissíveis.....	25
2.2 Comportamento sexual de risco e prevalência de IST e HIV/AIDS em pessoas com transtornos mentais.....	27
2.3 Atenção às IST e HIV/AIDS nos serviços de saúde mental no Brasil.....	30
2.4 A vulnerabilidade de um grupo às infecções sexualmente transmissíveis.....	36
CAPÍTULO 3: SEXUALIDADE, GÊNERO E SAÚDE SEXUAL	
3.1 A sexualidade como uma construção social.....	41
3.2 Sexualidade e gênero.....	44
3.3 A Saúde Sexual como uma questão de Direitos Humanos.....	46
CAPÍTULO 4: O REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	
4.1 As bases teóricas: da Teoria Representações Sociais às representações.....	49
4.1.1 Ancoragem e objetivação: os processos que geram representações.....	52
4.1.2 A contribuição do estudo das representações no campo da saúde.....	53
4.1.3 Representações e práticas.....	54
4.2 O Percurso Metodológico.....	55
4.2.1 A abordagem qualitativa.....	55
4.2.2 Os sujeitos e os locais de coleta de dados.....	56
4.2.3 Sobre a coleta de dados, seu andamento no campo e os aspectos éticos.....	56
4.2.4 A opção metodológica de análise das entrevistas.....	59
CAPÍTULO 5: O CONTEXTO SOCIAL DOS PARTICIPANTES.....	63
CAPÍTULO 6. REPRESENTAÇÕES SOBRE SEXUALIDADE DOS ENTREVISTADOS	
6.1 A sexualidade como tabu: silenciamentos sobre si mesmo.....	71
6.2 As formas de viver e pensar a sexualidade de mulheres com transtornos mentais	74
6.2.1 A entrada na vida sexual.....	74
6.2.2 A vivência da sexualidade ao longo da vida.....	78
6.2.2.1 O uso do sexo como negócio.....	86
6.2.3 Mulheres que nunca tiveram vida sexual.....	87
6.2.4 Sobre relações sexuais nos serviços de saúde mental.....	89
6.3 As formas de viver e pensar a sexualidade de homens com transtornos mentais.	90
6.3.1 A iniciação das práticas sexuais.....	90
6.3.2 A vivência da sexualidade ao longo da vida.....	93
6.3.2.1 O uso do sexo como negócio.....	101
6.3.3 Homens que nunca tiveram relação sexual.....	101
6.3.4 Sobre relações sexuais nos serviços de saúde mental.....	102
6.4 Representações sobre sexualidade, gênero e vulnerabilidade face às IST e HIV/AIDS nas trajetórias de homens e mulheres com transtornos mentais.....	103

CAPÍTULO 7: O AUTOCUIDADO E O CUIDADO COM OS OUTROS FACE AO RISCO DE CONTRAÇÃO DE IST E HIV/AIDS DOS ENTREVISTADOS

7.1 O cuidado para a prevenção das IST e HIV/AIDS reconhecido como necessário por pessoas com transtornos mentais.....	107
7.2 A percepção do próprio risco e a estratégia de autocuidado adotada para a proteção face as IST e HIV/AIDS por pessoas com transtornos mentais.....	111
7.3 Situações em que o preservativo foi visto como necessário e os entraves ao seu uso.....	119
7.4 Outras limitações para o autocuidado face às IST e HIV/AIDS dos entrevistados.....	131
7.5. Representações sobre autocuidado, sexualidade e vulnerabilidade face às IST e HIV/AIDS nas trajetórias de homens e mulheres com transtornos mentais.....	135
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	138
REFERÊNCIAS.....	147

APÊNDICES e ANEXOS

Apêndice A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	169
Apêndice B - Roteiro da Entrevista.....	171
Apêndice C- Quadro com idade, diagnóstico clínico e serviço onde se encontravam os entrevistados.....	173
Apêndice D- Exemplo da análise de uma entrevista, com sequências.....	175
Anexo 1- Aprovação do CONEP	193
Anexo 2- Aprovação do COEP da UFMG.....	194

APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa inscreve-se na continuidade da discussão iniciada com o Projeto PESSOAS “**P**esquisa de **S**oroprevalência da infecção pelo HIV, sífilis, hepatite B e C, em instituições públicas de **a**tenção em **s**aúde mental: um estudo multicêntrico nacional”, apoiado pelo Ministério da Saúde.

Trata-se de estudo de cunho epidemiológico e sociológico, desenvolvido desde 2003 pelo Grupo de Pesquisa em Epidemiologia e Avaliação dos Serviços de Saúde (GPEAS). Esse estudo tem a coordenação geral do Professor Dr. Mark Drew Crosland Guimarães, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Seu componente qualitativo é coordenado pela Professora Dra. Maria Imaculada de Fátima Freitas, da Escola de Enfermagem da UFMG. A pesquisa conta também com a participação de pesquisadores da Faculdade de Farmácia da UFMG, da Universidade Federal do Rio de Janeiro e de outras Instituições de ensino e serviço.

No eixo quantitativo deste projeto, foi realizado estudo de corte transversal com o objetivo de investigar as prevalências da infecção pelo HIV, sífilis, hepatite B e C entre pessoas hospitalizadas ou em atendimento em serviços ambulatoriais de saúde mental. O levantamento ocorreu em 26 serviços sorteados em todo o Brasil, 11 dos quais são hospitais psiquiátricos e 15 são Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) para atendimento de adultos. Inicialmente foi incluído um total de 3400 participantes, com a amostra final de 2475 pesquisados. Além de exames sorológicos, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas pelas quais foram levantados dados de cunho sócio-demográfico, de comportamento, de situação de risco e de atenção à saúde, incluindo idade, nível de instrução, residência, renda familiar, diagnóstico, tratamentos e condutas, história e diagnóstico de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), tempo de internação, comportamento sexual, uso de álcool e drogas ilícitas, tabagismo, encarceramento, violência verbal, física e sexual e outros prováveis fatores associados com o risco de transmissão dessas infecções. Informações complementares foram extraídas dos prontuários dos pacientes. Foram coletados, ainda, dados relativos aos serviços como número de leitos, estrutura material e de pessoal e capacitação dos profissionais para a avaliação desses serviços.

No eixo qualitativo do qual este estudo faz parte, o projeto tem como objetivo geral compreender a(s) subjetividade(s) e a cultura envolvidas no autocuidado frente às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)¹ e à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS)² entre pessoas com transtornos mentais. Assim, foi pesquisado o perfil sócio-demográfico, de comportamento e de situação de risco à saúde e as representações dos participantes sobre as IST e HIV/AIDS, sobre risco e sexualidade. Para isso, entrevistas abertas e em profundidade foram realizadas com 39 pessoas com transtornos mentais que também participaram do componente quantitativo. Essas entrevistas foram realizadas em dois CAPS e dois hospitais psiquiátricos, serviços públicos localizados em Minas Gerais e no Rio de Janeiro.

Muitos dos dados coletados já foram analisados e importantes resultados do Projeto PESSOAS foram publicados, dentre os quais as taxas de prevalência da positividade para a hepatite B, hepatite C, sífilis e HIV/AIDS, as características sócio-demográficas, dados sobre a história clínica, co-morbidades mais frequentes, uso de medicamentos, vacinação, história de DST, consumo de substâncias lícitas e ilícitas, comportamento sexual, violência sofrida, informações acerca das IST e HIV/AIDS, parte do estudo sobre a avaliação dos serviços e representações dessas pessoas sobre as IST e o HIV/AIDS, além das bases teóricas do projeto (CAMPOS *et al.*, 2008; FREITAS *et al.*, 2008; GOMES, 2010; GUIMARÃES *et al.*, 2008; 2009; 2010; MELO, 2010; MELO *et al.*, 2007; BRASIL, 2008b; OLIVEIRA, 2006; OLIVEIRA *et al.*, 2008).

Outras análises se fizeram necessárias a fim de se aprofundar esses estudos anteriores, com muitos achados não suficientemente esclarecidos. A presente pesquisa vem dar continuidade à análise aprofundada dos dados qualitativos coletados, a fim de contribuir para avanços nos projetos assistenciais relacionados à saúde sexual, com foco na prevenção dos agravos sexualmente

¹ A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que o termo DST seja substituído por infecção sexualmente transmissível (IST) por abranger melhor as infecções assintomáticas (OMS, 2005). Além disso, o termo é utilizado desde 1999 por uma vasta gama de sociedades e publicações científicas.

² A Coordenação Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde deliberou que a palavra *aids* deve ser considerada um substantivo comum, apesar de ser originária de uma sigla estrangeira. Dessa forma, em se tratando da epidemia, sua grafia deverá estar em letras minúsculas, como postulado para outros agravos. Quando se referir ao nome de setor público, a primeira letra será maiúscula, e as demais minúsculas. Entretanto, quando o termo estiver junto de outras siglas escritas com letras maiúsculas, sua grafia deverá também ser maiúscula (CASTILHO, 1997).

transmissíveis, no seio dessa população, dentro da filosofia do Sistema Único de Saúde (SUS) de atenção universal, integral e equitativa (BRASIL, 1990).

CAPÍTULO 1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do problema

Este estudo nasceu da necessidade de se avançar no conhecimento para a integralidade do cuidado de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes³, em face das altas e preocupantes taxas de prevalência de IST e HIV/AIDS detectadas nessa população, no Brasil, pelo projeto PESSOAS (BRASIL, 2008b; GUIMARÃES *et al.*, 2009). Além disso, diante das limitações e dificuldades encontradas nas ações de promoção da saúde sexual e prevenção de agravos sexualmente transmissíveis, e mais precisamente, na compreensão dos obstáculos para o autocuidado frente às IST e HIV/AIDS, pressupõe-se que é preciso considerar a complexidade dos aspectos subjetivos envolvidos nas ações dos sujeitos no que tange à vivência da sexualidade, sendo esse aspecto insuficientemente investigado em estudos qualitativos com esta população. Essa investigação realizou-se, ainda, para dar prosseguimento aos estudos de sociologia e psicossociologia do grupo de pesquisadores do GPEAS, tendo como foco a prevenção e o controle de agravos à saúde, do qual participo e foi de meu interesse desde o Curso de Mestrado.

A saúde sexual⁴ de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes não se mostra uma temática de grande investimento dos profissionais de saúde no Brasil. Os estudos existentes são predominantemente de cunho quantitativo, e apontam, de forma alarmante, a presença de comportamento sexual de risco, bem como altas taxas de prevalência de IST e HIV/AIDS entre essas

³ Não existe uma definição única para os agravos ou transtornos mentais severos e persistentes. Esse termo é usado para descrever um conjunto de diagnósticos que incluem problemas psiquiátricos mais graves, como esquizofrenia, transtorno bipolar, depressão grave, depressão com associação de sintomas psicóticos. Essas desordens são caracterizadas por sintomas crônicos e persistentes, com prejuízo nas funções (SCHIMNAR *et al.*, 1990). A publicação do CID 10 propôs o uso do termo transtorno mental em detrimento da palavra doença mental tanto para padronização da nomenclatura, quanto visando evitar os preconceitos com relação ao termo.

⁴ A saúde sexual foi definida pela Health Empowerment Rights and Accountability como a habilidade de homens e mulheres para desfrutar e expressar sua sexualidade, sem risco de doenças sexualmente transmissíveis, gestações não desejadas, coerção, violência e discriminação, visando possibilitar uma vida sexual informada, agradável, segura, baseada na auto-estima, o que implica numa abordagem positiva da sexualidade humana e no respeito mútuo nas relações sexuais (HERA, 1999).

peças (ALMEIDA, 1998; 2002; ALMEIDA; PEDROSO, 2000; 2004; BRASIL, 2008b; GUIMARÃES *et al.*, 2009; 2010; OLIVEIRA, 1998; WAINBERG, 2007; 2008).

No dia a dia das instituições e serviços de saúde mental brasileiros, os usuários relatam a ocorrência de práticas sexuais, sem qualquer proteção, algumas inclusive dentro dos serviços, às escondidas. Não são raros os registros nos prontuários de introdução de objetos estranhos no corpo, e de abuso e violência sexuais sofridos por essas pessoas. Muitos afirmam praticar relações sexuais em troca de dinheiro ou bens, como drogas lícitas e/ou ilícitas. Entre os usuários do sexo masculino, são recorrentes as falas sobre a ocorrência de relações sexuais com profissionais do sexo.

No entanto, os profissionais de saúde, bem como a sociedade, parecem ignorar que essas pessoas tenham ou possam ter vida sexual ou acreditam em uma sexualidade fora de controle, embasados numa representação de sua incapacidade para uma vivência sexual sadia (BRITO; OLIVEIRA, 2009; MIRANDA; FUREGATO; AZEVEDO, 2008; OLIVEIRA, 1998; PATIN, 2000; PINTO *et al.*, 2007). Assim, a sexualidade dessas pessoas vem sendo negada e omitida como um componente da vida de qualquer ser humano. São raros os serviços de saúde mental que propiciam discussões em torno da sexualidade, realizam a promoção da saúde sexual das pessoas sob seus cuidados e disponibilizam preservativos. Essas ações, quando realizadas, são esporádicas, com caráter somente informativo, abordando esta temática de forma superficial, prescritiva e repressora, partindo da idéia de um comportamento sexual generalizável, ignorando os sentidos particulares que cada pessoa atribui à vivência da sexualidade, salvo exceções (BRASIL, 2008b).

Essa problemática torna-se ainda mais complexa quando se considera o contexto social em que vivem essas pessoas. Esse contexto é caracterizado pelo isolamento, fruto do estigma e do preconceito ainda muito presentes para com “os loucos”, por baixíssimos níveis de escolaridade, pela pobreza, por dificuldades de conseguirem emprego, de estabelecerem relações estáveis e mesmo de se comunicarem, o que parece dificultar ainda mais o desenvolvimento de sua autonomia⁵ para seu autocuidado⁶ (ALMEIDA; PEDROSO, 2004; COURNOUS, 1997; JODELET, 2005; ROSEMBERG, 2001).

⁵ Na área da saúde, autonomia tem diferentes sentidos, desde aqueles que consideram a complexidade, riqueza e potencialidade dos seres humanos, a sentidos que produzem racionalidade e desinstitucionalização do cuidado (SOARES; CAMARGO JUNIOR, 2007). Neste estudo, será tomado como autonomia o conceito de Onocko e Campos (2006), como a capacidade do sujeito de

Assim, essas pessoas não têm conseguido se proteger, estando expostas à contração de IST e HIV/AIDS, à gravidez não planejada, a abuso, coerção e violência sexuais. Essa situação demonstra, ainda que, não tendo sua vida sexual reconhecida e devidamente assistida, esses sujeitos não são vistos como sujeitos em sua totalidade, o que, além de caracterizar infração de um direito humano⁷, mostra lacunas no cuidado integral e traz à tona uma contradição da atual política de saúde mental, implementada a partir da Reforma Psiquiátrica (RP)⁸, que tem, como cerne, a promoção da autonomia dessas pessoas para a vida em sociedade.

Sabe-se que a prevenção⁹ das IST e do HIV/AIDS é fundamental para o alcance da saúde sexual. Entretanto, a adoção de comportamentos sexuais seguros mostra-se complexa, não dependendo apenas do acesso a informações e insumos como preservativos, mas também dos significados atribuídos, pelos sujeitos, à sexualidade e à própria saúde. Estudos realizados nos últimos anos demonstram que ações de prevenção dos agravos sexualmente transmissíveis com abordagens generalizantes e descontextualizadas não contemplam a pluralidade dos significados das práticas sexuais dos diferentes grupos sociais, não os afetando de maneira semelhante e eficaz, exigindo mudanças nesse campo (APOSTOLIDYS, 1993;

lidar com suas redes de dependência, considerando-a um componente do viver em sociedade a qual sofre constante reinvenção das formas de existir e conviver socialmente.

⁶ Por autocuidado entendem-se as atividades e decisões sobre a saúde tomadas pelos indivíduos no contexto da sua vida cotidiana (OMS, 2001). Entende-se que é por meio da capacitação e do encorajamento das pessoas a manterem atitudes de autocuidado, que as IST e HIV/AIDS poderão ser prevenidas. Trabalha-se com a idéia de que o autocuidado é uma conquista, resultado de um processo continuado de consolidação da auto-estima.

⁷ Em 1995, quando da realização da IV Conferência Internacional sobre a mulher, em Pequim, os direitos sexuais e reprodutivos, definidos como “direito de controle e decisão, de forma livre e responsável, sobre as questões relacionadas à sexualidade, incluindo-se a saúde sexual e reprodutiva, livre de coerção, discriminação, violência”, ganharam status de direitos humanos. Cabe colocar que esses direitos não se restringem à área da saúde, mas se expressam e se realizam em diferentes dimensões da vida social que afetam a expressão da sexualidade.

⁸ A RP, segundo Saraceno (1999), consiste em uma progressiva superação das condições de dependência dos pacientes com agravos mentais das Instituições de saúde mental, hospitalares ou ambulatoriais, o que significa tratar o sujeito considerando suas condições concretas de vida, possibilitando-lhe a inserção social. Amarante (1995) acrescenta que esse processo deve ser, acima de tudo, um processo ético e de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para estes sujeitos.

⁹ A prevenção é entendida como o conjunto de ações tomadas para evitar a ocorrência de agravos. (LEFREVE; LEVREFE, 2007). A promoção da saúde tem conotação mais ampla, referindo-se a medidas que não se dirigem apenas a evitar agravos, mas visam aumentar a saúde e o bem-estar de maneira mais geral. Neste estudo, concebe-se a prevenção como componente da promoção da saúde.

AYRES, 2001, 2002a, 2002b; AMARO, 1994; AMORIM, 2006; CITELLI, 2005; GOGNA, 1998; HEILBORN, 2006; JIMÉNEZ, 2001; MACGRAFT, 1992; MONTEIRO, 1999; PAIVA, 2006; PAIVA, ARANHA, BASTOS, 2008; PARKER, 1994, 1997; PARKER; SEFFNER, 2000; TERTO JÚNIOR, 2002).

Dessa forma, para se avançar na difícil tarefa da prevenção das IST e HIV/AIDS e da promoção da saúde sexual, faz-se necessário considerar as subjetividades envolvidas nas formas de viver a sexualidade dos sujeitos, e nos cuidados com a própria saúde, no contexto em que se inserem.

Desde o aparecimento da aids, alguns estudos voltados para a prevenção dos agravos sexualmente transmissíveis passaram a contemplar aspectos sociais da vivência sexual. No entanto, a maioria desses estudos centrou-se em medir e controlar o comportamento sexual, considerando-o como prática isolada do contexto sócio-cultural das pessoas (GIAMI, 1994). Além disso, esses estudos mostraram-se tendenciosos quando atribuem um caráter assertivo, normativo e culpabilizador às condutas dos indivíduos relacionadas à aquisição de doenças, desconsiderando o complexo e lento processo de aprendizagem sociocultural que modela as representações e práticas no campo da sexualidade.

O estudo das representações tem se mostrado um campo de grande interesse e tem fornecido importantes contribuições para o enfrentamento da vulnerabilidade social¹⁰ frente à aids e aos demais IST, considerando que as pessoas orientam suas condutas também a partir de suas representações, dentre as quais aquelas acerca da sexualidade (BAJOS; BOZON; GIAMI, 1995; BÁRBARA, SACHETTI, CREPALDI; 2005; GIAMI, 1995; GIAMI, 1996; 1998, 2004; JODELET, 1998; PINTO *et al.*, 2007; SOUZA FILHO, 1998).

Investigações realizadas com diferentes grupos sociais demonstram, de forma geral, representações acerca da sexualidade arraigadas nas concepções de masculinidade, associadas à atividade e ao instinto, e de feminilidade, associadas à passividade e ao afeto, que justificam e até incentivam comportamentos sexuais de risco (ALVES, 2002; GIAMI, 1995; 1996; 2007; GUERREIRO, 2002; KNAUTH, 1999; PARKER, 1991; 1996; 1997; 2000; SALEM, 2004; SILVA, 2007; VILELA; BARBOSA, 1998). Entretanto, as representações apresentam diferenças em função de variáveis

¹⁰ Desde 1993, a vulnerabilidade é entendida como resultado de um conjunto de características dos contextos político, econômico e social que ampliam ou diluem o risco individual de se contrair um AST (AYRES e col., 1999). A vulnerabilidade social considera, dentre outros fatores, as representações dos sujeitos. Essa temática será retomada no capítulo I.

do contexto social. Os estudos mostram, ainda, de forma geral, representações acerca do preservativo como algo negativo, e estratégias de prevenção centradas na seleção de parceiros confiáveis e conhecidos. A aids tem sido concebida como “doença do outro”, o que parece traduzir-se em auto-exclusão do risco (ALVES, 2003; FREITAS, 2008; GOMES, 2010; JOFFE, 1995; LOYOLA, 1994; MADEIRA, 1998).

Esses achados sinalizam a necessidade de se pensar as ações de promoção da saúde sexual e de prevenção das IST a partir da compreensão das diferentes formas de se perceberem os fatos pelos grupos sociais, a fim de que essas ações alcancem maior eficácia, bem como em função da possibilidade de se modificar ou de se adequar os dispositivos que contribuem na definição das representações que levam a comportamentos de risco.

Dessa forma, faz-se necessário ampliar o debate acerca da promoção da saúde sexual e da prevenção das IST e HIV/AIDS em pessoas com transtornos mentais, considerando-se as especificidades desse grupo, a fim de se conhecer os entraves que dificultam a adoção de comportamentos que previnem estes agravos, de forma a contribuir para tornar o autocuidado possível, concreto, significativo e incorporado ao cotidiano dessas pessoas.

Não foram identificados na literatura estudos que tivessem como foco as representações dos usuários dos serviços de saúde mental sobre sexualidade para buscar a compreensão do autocuidado, considerando seus contextos de vida. É essa lacuna que o Projeto PESSOAS e, particularmente, este estudo pretendem explorar. As contribuições que se almeja trazer visam esclarecer e propor novas abordagens para o cuidado integral de pessoas com transtornos mentais, especialmente no que diz respeito à saúde sexual e contribuir para a redução da vulnerabilidade às IST e HIV/AIDS nessa população.

Estudos que auxiliem a superação dessa realidade apresentam grande relevância social diante da necessidade de agregação de novos saberes e competências para o enfrentamento das IST e HIV/AIDS, em especial entre grupos mais fragilizados e afetados, como o grupo em questão. Avanços no conhecimento acerca da sexualidade dessa população poderão contribuir também para a redução da violência sexual que atinge patamares alarmantes entre esses sujeitos (BRASIL, 2008b), para a construção da igualdade de gênero, e para a promoção da cidadania

e da dignidade das pessoas com transtornos mentais, bem como para a adoção de estratégias de saúde mais equânimes para com esse grupo populacional.

Este estudo parte do pressuposto de que o autocuidado ante as IST e HIV/AIDS está intimamente relacionado com as representações dessa população sobre a sexualidade, que podem ser limitadoras na adoção de comportamentos que garantam a saúde sexual. Pressupõe também que pessoas com transtornos mentais encontram maiores dificuldades para se autocuidar por seu contexto social de dificuldades e pelas influências das formas como se vêem, são vistos e tratados socialmente. Nesse sentido, a abordagem da saúde sexual implica em considerar a vivência da sexualidade no contexto social e intersubjetivo dessa população como objeto central.

Este estudo parte, ainda, do princípio de que o direito à saúde sexual é para todo e qualquer cidadão. Concebe o desenvolvimento da autonomia como condição fundamental para a realização do autocuidado, acreditando ser isso não só possível para esses sujeitos quanto também necessário para que consigam se auto-proteger e se auto-conduzir na vida em sociedade (CASTELHANOS, 1992; FLEURY-TEIXEIRA, 2008; FREIRE, 1996; SOARES; CAMARGO JÚNIOR, 2007; MEHRY, 1998).

Assim, os esforços precisam levar em conta os modos de pensar e agir desses sujeitos, ou seja, o(s) sentido(s) que atribuem à sexualidade e aos cuidados com a sua saúde, requerendo que sejam ouvidos.

Direcionaram a obtenção das informações as seguintes questões norteadoras: Como as pessoas com agravos mentais vivem a sexualidade? O que acreditam e fazem para tê-la de forma saudável? Como representam saúde sexual e possíveis riscos na vivência da sexualidade? Como o contexto social em que se inserem contribui para a vivência da sexualidade e do autocuidado frente às IST e HIV/AIDS?

Essas questões norteadoras da coleta de dados fundamentarão a análise sobre a dinâmica social de autocuidado para a saúde sexual nessa população, partindo de seus pontos de vista.

Não houve nenhum propósito de relacionar quaisquer questões relativas ao diagnóstico clínico dos sujeitos, pois se considera que todos têm transtornos mentais que necessitam de acompanhamento dos profissionais de saúde, o que

constrói a identificação do grupo e pressupõe congruência nas representações desveladas.

A fim de subsidiar uma discussão ampliada do objeto de pesquisa, foi realizado levantamento de bibliografia publicada em diferentes setores. Inicialmente, no capítulo dois, é apresentada a problemática dos agravos sexualmente transmissíveis como um problema de saúde pública, quando se dá também a caracterização do comportamento sexual de pessoas com transtornos mentais e da atenção face às IST e HIV/AIDS nos serviços de saúde mental no Brasil. Neste capítulo é colocado o conceito de vulnerabilidade social. O terceiro capítulo apresenta o atual debate em torno da sexualidade nas ciências sociais e define o gênero como eixo teórico do estudo. Nele é colocada a questão da sexualidade enquanto direito humano. No quarto capítulo se dá a apresentação e justificativa do referencial teórico-metodológico para a interpretação das representações. Trata do processo de obtenção dos dados e do processo de análise em busca dos significados dos conteúdos coletados. Os resultados e sua discussão são apresentados a partir do quinto capítulo, no qual estão descritos o perfil demográfico e o contexto social dos entrevistados, entendidos como fundamentais para a compreensão das representações. O sexto capítulo apresenta e discute as formas de viver e pensar sexualidade pelo grupo pesquisado, com o recorte de gênero, identificando seus sentidos com vistas à obtenção de subsídios para avanços nas estratégias de prevenção das IST e HIV/AIDS e promoção da saúde sexual. No intuito de complementar a compreensão do contexto de vulnerabilidade deste grupo populacional face aos agravos sexualmente transmissíveis, no sétimo capítulo são abordados os sentidos atribuídos ao autocuidado e ao cuidado com os outros face ao risco de IST e HIV/AIDS, quando também se dá a discussão da confluência entre essas representações com aquelas sobre sexualidade. Por último encontram-se as considerações finais, elaboradas a partir da reflexão de todo o material analisado. Nelas são apresentadas sugestões de intervenção para as políticas públicas, visando contribuir para avanços na promoção da saúde sexual e prevenção dos agravos sexualmente transmissíveis em pessoas com transtornos mentais severos e persistentes.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral

Compreender representações de homens e mulheres com transtornos mentais sobre sexualidade, enfocando a prevenção das IST e HIV/AIDS, o autocuidado e o cuidado com os outros, em seus contextos de vida.

1.2.2 Objetivos específicos

- a) Caracterizar o perfil demográfico e o contexto social dos entrevistados;
- b) Descrever as formas de viver a sexualidade narradas por pessoas com transtornos mentais;
- c) Compreender representações sobre sexualidade de pessoas com transtornos mentais, analisando-as por gênero;
- d) Compreender representações dos entrevistados sobre autocuidado e cuidado com os outros em relação aos riscos de IST e HIV/AIDS, analisando-as por gênero;
- e) Interpretar a confluência das representações acerca da sexualidade com aquelas sobre o autocuidado e cuidado com os outros para a prevenção das IST e HIV/AIDS.

CAPÍTULO 2 SITUAÇÃO DAS IST E HIV/AIDS EM PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS

2.1 A problemática dos agravos sexualmente transmissíveis

As IST¹¹ são infecções causadas por vários tipos de agentes, sendo transmitidas, principalmente, por contato sexual (vaginal, oral ou anal) com uma pessoa infectada, sem o uso de preservativo. Para a maior parte das IST o tratamento é simples. No entanto, existem IST de difícil tratamento que podem persistir ativas mesmo não apresentando sintomas, existindo ainda, algumas, sem possibilidade de cura até o momento. Quando não diagnosticadas e tratadas a tempo, as IST podem evoluir para complicações graves ou até a morte. Em alguns casos, não é fácil distinguir os sintomas das IST das reações orgânicas comuns, o que exige das pessoas, além de conhecimentos sobre os sinais e sintomas e observação do próprio corpo e do corpo do parceiro, consultas médicas periódicas. Quando acometem gestantes, as IST podem comprometer o desenvolvimento fetal, causando lesões ao feto, interrupção espontânea da gravidez, gravidez ectópica e causar o nascimento de crianças com graves malformações. Durante o parto, podem atingir o recém-nascido, ocasionando, dentre outras, doenças nos pulmões e nos olhos.

Mediante as repercussões danosas que podem ocasionar e também por sua alta incidência, as IST são consideradas um grave problema de saúde pública, apesar da precariedade dos dados sobre sua prevalência, na maioria dos países. A Organização Mundial de Saúde estimou, em 1999, a ocorrência de 340 milhões de casos novos por ano de IST curáveis em todo o mundo, sendo 10 a 12 milhões no Brasil. Nessa estimativa, não estão incluídas as IST não curáveis, ou seja, a herpes genital, infecções pelo papilomavírus humano (HPV), a hepatite B e a aids, que apresentam outros milhões de casos novos ao ano. Os países mais afetados pelas IST são aqueles em desenvolvimento (WHO, 2002).

¹¹ Dentre os mais de 20 tipos de IST, somente o HIV e a sífilis congênita e na gestação são consideradas agravos de notificação compulsória. Para as demais IST, não há sistema de notificação, o que dificulta o acompanhamento dos casos, obscurecendo a visibilidade e a gravidade do problema.

As IST são fator de grande preocupação também pelo fato de facilitarem a transmissão do HIV, causador da aids. Pessoas com IST não ulcerativa têm risco aumentado de cinco a dez vezes de se infectar pelo HIV, sendo que esse risco passa para 18 vezes se a doença apresentar lesões ulceradas (FLEMING; WASSERHEIT, 1999).

A aids é o mais grave dentre os agravos sexualmente transmissíveis, apesar de não ser uma doença de transmissão exclusiva pela via sexual. Ela caracteriza-se pela manifestação clínica de sinais, sintomas ou resultados laboratoriais que indicam deficiência imunológica da infecção pelo vírus HIV, e leva, em média, oito anos para se manifestar. Por passar assintomática nesse longo período, sua transmissão é facilitada. No Brasil, o primeiro caso de aids foi identificado em 1980. Até o final da década de 1990, as taxas de infecção foram crescentes, chegando a alcançar, em 1998, 19 casos de aids por 100 mil habitantes. Em 2005, a taxa de incidência de aids mantinha-se ainda em patamares elevados, com 19,5 casos por 100 mil habitantes. Até junho de 2008, foram identificados, no país, pelo menos 506 mil casos da doença (BRASIL, 2008d).

A aids atingiu, inicialmente e de forma intensa, homens que fazem sexo com homens (HSH) e usuários de drogas injetáveis (UDI). Sua incidência esteve alta também entre os indivíduos que receberam transfusão de sangue e hemoderivados. Nos últimos anos, percebeu-se redução da incidência de aids nas faixas etárias de 13 a 29 anos, com crescimento nas faixas posteriores, principalmente a partir de 40 anos. Observou-se estabilidade na proporção de casos entre os homens com práticas homo/bissexuais, bem como redução importante e persistente dos casos entre usuários de drogas injetáveis. No entanto, houve aumento entre os heterossexuais e, principalmente, entre as mulheres acima dos 24 anos, demonstrando mudanças comportamentais na cadeia de transmissão, o que vem sendo foco de diferentes estudos e intervenções (BRASIL, 2008a). Além disso, estudos apontam a associação das taxas de prevalência da aids com situações de pobreza e baixa escolaridade (BASTOS; SZWARCOWALD, 2000; PARKER, CAMARGO JÚNIOR, 2000).

O acesso das pessoas ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado para as IST e HIV/AIDS é fundamental, sendo oferecido de forma gratuita pelo SUS. No entanto, a promoção da saúde, na qual se inclui a prevenção, ocupa papel central. O uso de preservativo é um método comprovadamente eficaz na

autoproteção contra a transmissão dos agravos sexualmente transmissíveis, sendo o preservativo masculino distribuído gratuitamente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Porém, a população, de forma geral, apresenta dificuldades e resistências a seu uso de forma sistemática (BERQUÓ; BARBOSA, 2008), o que tem se constituído em um importante obstáculo para o controle destes agravos.

2.2 Comportamento sexual de risco e prevalência de IST e HIV/AIDS em pessoas com transtornos mentais

Estudos realizados em diferentes países sobre o comportamento sexual¹² de pessoas com transtornos mentais mostram que essa população é sexualmente ativa, (44 a 74% relataram práticas sexuais) e que a maioria de seus integrantes apresenta altas taxas de comportamento sexual de risco, como uso irregular de preservativo em relações vaginais ou anais (12 a 68%). Muitas dessas pessoas relataram nunca terem usado o preservativo. Esses estudos demonstram ainda que elas têm relações sexuais com múltiplos parceiros, (7 a 69% relataram dois ou mais parceiros nos últimos 12 meses), além de relações sexuais com pessoas de alta vulnerabilidade para HIV (usuários de drogas injetáveis, profissionais do sexo ou pessoa sabidamente portadora do HIV), bem como relações sexuais em troca de dinheiro, bens ou drogas (CAREY *et al.*, 1997; CHOPRA; ERANTI; CHANDRA, 1998; COURNOUS *et al.*, 1994; COURNOS; McKINNON, 1997; DAVIDSON *et al.*, 2001; DEVIEUX *et al.*, 2007; GRASSI *et al.*, 1999; LOGAN; COLE; LEUKEFELD, 2002; MEADE, 2006; MEADE, SIKKEMA 2005; PINTO *et al.*, 2007; ROSENBERG *et al.*, 2001; SUSSER *et al.*, 1995; THOMPSON *et al.*, 1997).

No entanto, nos estudos realizados por Grassi (1996) e Volvaka (1992), somente uma minoria (15% e 49%) daqueles que tinham o HIV sabiam sobre sua sorologia.

A literatura aponta como fatores de risco para IST nessa população características sócio-demográficas e comportamentais, como sexo, estado conjugal, tipo de relação (homo, hetero ou bissexual), etnia, região onde reside e idade, dentre outras (BUTTERFIELD *et al.*, 2003; CAREY *et al.*, 2001, COURNOUS *et al.*, 1991,

¹² Por comportamento sexual entende-se o conjunto de práticas corporais desempenhadas por humanos e não-humanos, o que se diferencia de conduta sexual, entendida como o significado que estas práticas têm para o indivíduo que as realiza e para as culturas e sociedades a que eles pertencem. Este conceito será retomado ao longo do estudo (GAGNON, 2003).

EMPFIELD *et al.*, 1993; HELLERSTEIN; PRAGER, 1992; HIMELHOCH *et al.*, 2007; KLINKENBER *et al.*, 2003; PIRL *et al.*, 2005; SWARTZ *et al.*, 2003; VELLINGA; VAN; MEHEUS, 1999). Entretanto, esses estudos não são representativos para a afirmação de associação entre as variáveis.

Diferentes estudos demonstram, ainda, alta prevalência para o uso de substâncias psicoativas entre essas pessoas, incluindo álcool e drogas. Sugerem que o uso dessas substâncias aumenta o comportamento de risco, associando-o com menor habilidade para se auto-proteger, interferindo tanto na escolha do parceiro quanto na capacidade de negociar práticas seguras (CAREY *et al.*, 2004; KALICHMAN *et al.*, 1994; KESSLER *et al.*, 2005; McKINNON *et al.*, 2001; MEAD *et al.*, 2008; MEAD; SIKEMA, 2007; MENON; POMERANTZ, 1997; WHEINHARDT *et al.*, 2001). Estes estudos, porém, não permitem afirmar a associação entre o uso dessas substâncias e o comportamento de risco para as IST e HIV/AIDS.

Em investigação que teve como objetivo analisar diferenças no comportamento sexual de pessoas com transtornos mentais, comparado ao da população em geral, realizado nos Estados Unidos, foi demonstrado que pessoas com transtornos mentais quase não tinham parcerias fixas, enquanto que, a população em geral, tem pelo menos uma parceria fixa. Mostrou-se também que esses relacionamentos não culminaram em casamentos ou co-habitação. O estudo infere que pessoas com transtornos mentais iniciam a relação com outros parceiros sexuais mais cedo do que a população em geral. Os participantes relataram o uso de preservativos no início do relacionamento, mas, ao aumentar a confiança no outro, suspenderam o uso do mesmo. Além disso, os autores pontuaram que pessoas com transtornos mentais ficaram pouco satisfeitas com o parceiro e tiveram pouco orgasmo. Observou-se, ainda, que seus parceiros estiveram menos inseridos em suas vidas sociais, e que os relacionamentos foram sem confiança nem compromisso (PERRY; WRIGTH, 2006).

Quanto à prevalência das IST e HIV/AIDS entre pessoas com transtornos mentais, os dados disponíveis são precários, na maioria dos países, sendo que, para algumas IST, não existem estatísticas de prevalência especificamente para esse grupo social. Em recente revisão realizada pelo GPEAS, na qual se levantou 35 estudos realizados em diferentes países, as taxas de prevalência variaram de 0% a 29% para o HIV, 1,6% a 66% para a hepatite B, de 0,4% a 38% para a hepatite C, e de 1,1% a 7,6% para a sífilis, sendo que 13 desses estudos foram realizados em

países em desenvolvimento e 22 em países desenvolvidos (CAMPOS *et al.*, 2008). No entanto, esses estudos não foram considerados suficientemente claros para se estimar uma real prevalência nessa população, uma vez que não contemplaram amostragens representativas.

Os estudos realizados demonstraram também que pessoas com transtornos mentais têm informações sobre os agravos sexualmente transmissíveis, mas consideradas insuficientes (CAREY; CAREY; KALICHMAN, 1997; GRASSI *et al.*, 2001; MCKINNON *et al.*, 1996; OGUNSEMI *et al.*, 2006; OLIVEIRA, 1997; OTTO-SALAJ *et al.*, 1998; STRAUSS, 2006; VANABLE *et al.*, 2007). Em estudo realizado na Nigéria os dados mostraram que o conhecimento acerca das IST, nessa população, é menor que na população em geral. Entretanto, não há consenso na literatura em afirmar a relação entre o conhecimento sobre os agravos sexualmente transmissíveis e os comportamentos de risco nessa população.

No Brasil, até pouco tempo atrás, praticamente não se dispunha de dados sobre comportamento sexual e prevalência de IST e HIV/AIDS em pessoas com transtornos mentais. Os poucos estudos realizados, apesar da importante contribuição que proporcionaram ao demonstrarem pela primeira vez as altas taxas de comportamento sexual de risco nesta população, não têm amostras representativas (ALMEIDA, 1998; 2002; ALMEIDA; PEDROSO, 2000; 2004).

Na atualidade, o país já conta com conhecimento ímpar acerca da prevalência das principais IST e HIV/AIDS e do comportamento sexual de pessoas com agravos mentais, obtido por meio do projeto PESSOAS (BRASIL, 2008b; GUIMARÃES *et al.*, 2009; 2010). Neste estudo, realizado em 26 serviços de saúde mental em todo o território nacional, mostrou-se que os índices de prevalência do HIV/AIDS entre as pessoas com transtornos mentais são superiores àqueles da população em geral. O índice de doentes psiquiátricos infectados pelo HIV chegou a 0,80%, sendo que o da população geral adulta é de 0,61%. O estudo mostrou também índices de prevalência significativos de outras IST nesse público, como a sífilis (1,12%) e a hepatite B (14,7% tiveram contato com o vírus e 1,64% foram infectados). A prevalência para a hepatite C foi de 2,63%. Mesmo não havendo dados sobre a prevalência de todas as IST nessa população, a prevalência das infecções identificadas, que inclusive estão entre as mais graves e com maior impacto, já sinaliza a vulnerabilidade para as demais IST nesse grupo.

Nesse estudo, em que 47,7% dos pacientes tinham diagnóstico de esquizofrenia e 12,9 de transtorno depressivo, 87,6% dos pesquisados disseram que já tiveram relação sexual, 61,3% nos seis últimos meses anteriores à pesquisa. Apesar disso, apenas 8,3% usaram preservativo em todas as ocasiões. Dentre os entrevistados, 35,1% relataram o uso do preservativo em menos da metade das relações e 39,8% relataram nunca ter usado, o que é motivo de grande preocupação, sendo que somente 40,8% se consideraram com algum ou muito risco para adquirir HIV. O índice de uso da camisinha da população em geral é de 33%.

O estudo demonstra, ainda, que, em 57,4% dos casos, a primeira relação sexual aconteceu antes dos 18 anos e que 29,9% dos pacientes relataram relações sexuais em troca de dinheiro ou drogas. O relato de história de violência sexual sofrida foi feito por 18,6% dos pacientes, e 23% relataram que tiveram alguma IST alguma vez na vida.

Do total de pessoas com transtornos mentais entrevistadas, 93,6% já ouviram falar sobre o HIV/AIDS, mas só 27% relataram que já fizeram exame anti-HIV. Além disso, 27,4% daqueles com vida sexual relataram que o parceiro se recusou a usar preservativo alguma vez. O uso de droga ilícita alguma vez na vida foi relatado por 21,9% dos entrevistados, e, dentre esses, 87% relataram compartilhamento de seringas. Quanto ao uso de álcool, 64% relataram que já fizeram uso.

A literatura confirma, portanto, a ocorrência de práticas sexuais nessa população, bem como comportamentos sexuais de risco, sinalizando preocupante situação de vulnerabilidade a que este grupo populacional está exposto.

2.3 Atenção às IST e HIV/AIDS nos serviços de saúde mental no Brasil

Para se pensar em avanços no controle das IST e HIV/AIDS em pessoas com transtornos mentais, faz-se necessário situar como se dá a atenção tanto na saúde mental, quanto a atenção face às IST e HIV/AIDS no Brasil, na atualidade.

O Brasil conta, desde 1970, quando se deu a Reforma Psiquiátrica, com uma política de saúde mental que tem como meta o resgate da cidadania das pessoas com transtornos mentais, com os princípios da desinstitucionalização e da reinserção social destas pessoas. Essa política pauta-se em um modelo de cuidado, extra-hospitalar e de base comunitária que tem como premissas, o protagonismo e a

autonomia desses sujeitos, bem como a co-responsabilização da família e da sociedade para com os mesmos. Esse modelo objetiva a continuidade do cuidado e a atenção integral, visando a reabilitação psicossocial que se desenvolve como uma estratégia fundamental no enfrentamento dos distúrbios severos e persistentes, em conjunto com as terapias farmacológicas e psicoterápicas. A reabilitação psicossocial constitui-se de várias ações que visam potencializar as possibilidades dos pacientes graves de integrarem-se à sociedade com qualidade de vida e dignidade, respeitando-se suas necessidades, dentro das condições mais normais e independentes possíveis (ALVES, 2006; BRASIL, 2004; DESVIATT, 2002; MARTINEZ; MACHADO, 1999).

Nesse modelo, os pacientes com transtornos mentais severos e persistentes são atendidos nos CAPS¹³, que em Belo Horizonte são chamados de CERSAM - Centros de Referência em Saúde Mental. Estes serviços somam hoje mais de 1400 unidades em todo o território nacional. Os CAPS classificam-se em modalidade I, II e III, definidos por ordem crescente de porte, complexidade e abrangência populacional, conforme disposto na Portaria nº 336 de 19 de fevereiro, de 2002. Os CAPS I realizam atendimento durante oito horas diárias. Nos CAPS II, o funcionamento pode chegar até as 21 horas, ficando os CAPS III disponíveis para atendimento durante 24 horas por dia. Os CAPS I e II funcionam de segunda a sexta-feira e os CAPS III realizam atendimento também nos feriados e finais de semana. No entanto, esses últimos ainda não chegam a 5% do total, sendo um dos motivos pelos quais os hospitais psiquiátricos são ainda muito procurados na atualidade (BRASIL, 2006).

¹³ CAPS ou serviços substitutivos prestam assistência em regime aberto, de forma que o paciente seja inserido e transite no espaço social. Os CAPS têm como função prestar atendimento a pessoas com severo sofrimento psíquico, em situação de crise, diminuindo e evitando internações psiquiátricas, e articulando-se com a rede de serviços da comunidade, favorecendo a sua reinserção nesse espaço. Esses serviços estão regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, e integram a rede do SUS (BRASIL, 2004). A assistência prestada aos usuários nos CAPS inclui as seguintes atividades: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação, entre outros); atendimento a grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; visitas e atendimentos domiciliares; atendimento às famílias; e atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social. Além disso, aos CAPS são atribuídas as responsabilidades, sob coordenação do gestor local, da organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental, no âmbito de seu território; da regulação da porta de entrada da rede assistencial no âmbito de seu território; da coordenação, por delegação do gestor local, das atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território; da supervisão e capacitação das equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito de seu território e/ou do módulo assistencial; da realização e atualização do cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental.

Os CAPS foram idealizados para serem serviços em que os usuários permaneçam até o restabelecimento do período de crise. A partir desse momento, devem ser encaminhados para acompanhamento nas UBS e nos demais serviços complementares de atenção em saúde mental, como os serviços residenciais terapêuticos e os centros de convivência. Esses últimos têm o objetivo de garantir moradia para aqueles que dela necessitam, apoio e desenvolvimento social. Para viabilizar e incentivar o retorno de usuários institucionalizados o governo implementou o programa “De volta pra casa”¹⁴. Em situações que demandam internação, a orientação é para que se realize em hospitais gerais.

Esse modelo de atenção em saúde mental prioriza ações que visam possibilitar, a essas pessoas, o convívio com a família e a sociedade, bem como ações de combate à discriminação e ao estigma que incidem sobre o louco e a loucura. Essa política de atenção em saúde mental coloca o Brasil em destaque no cenário internacional.

O Brasil é também reconhecido internacionalmente por seu programa de combate ao HIV/AIDS e demais IST, o qual se sustenta nos pilares da prevenção, do tratamento gratuito, e do combate ao estigma frente a esses agravos, em especial a aids. preservativos, consultas, exames diagnósticos e ações educativas são oferecidos pelas UBS, sendo que as campanhas educativas focam grupos e populações considerados como mais expostos, nos quais se incluem adolescentes, homossexuais, caminhoneiros e populações de fronteiras, presidiários, povos indígenas e, mais recentemente, as mulheres. Desde 1996, o país dispõe de um programa de promoção da saúde sexual em todas as escolas do território nacional, visando reduzir a vulnerabilidade às IST e HIV/AIDS e à gravidez não planejada. O Brasil conta, ainda, com importante contribuição de diversas Organizações Não Governamentais (ONG) para o enfrentamento das IST, em especial da aids (BRASIL, 2005).

A política de saúde mental e a política de DST/AIDS propiciaram importantes avanços na assistência prestada à população brasileira, de forma geral, nos últimos anos, a despeito de suas dificuldades para se concretizarem de forma

¹⁴ O programa De Volta pra Casa, instituído pela lei 10.708, de 31 de julho de 2003, prevê um auxílio-reabilitação psicossocial para assistência e integração social de pacientes com mais de dois anos de internação para a vida fora do ambiente hospitalar. Trata-se de assistir a reabilitação de pacientes que apresentavam alta dependência institucional (BRASIL, 2004).

plena. Estas dificuldades se relacionam com um cenário nacional complexo, heterogêneo, marcado pela pobreza e por baixos níveis de educação das pessoas, com limitações nos recursos existentes para que tais programas aconteçam e se aprimorem. As dificuldades passam também pelos estigmas e preconceitos existentes para com as pessoas com agravos sexualmente transmissíveis e com agravos mentais, os quais se refletem em danos e sofrimento para a população acometida.

Porém, ao se focar a atenção para a promoção da saúde sexual e prevenção das IST e HIV/AIDS em específico entre pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, as quais se caracterizam por freqüentar escolas por poucos anos, por um contexto de desamparo social e por pouco freqüentarem as UBS, depara-se com preocupantes lacunas no cuidado prestado, que tem como premissa ser integral e equitativo. Os serviços de saúde mental, que são locais onde essas pessoas passam significativa parte de seus dias, demonstram dificuldades e resistências para assisti-las para além dos transtornos mentais.

De forma geral os serviços de saúde mental não dispõem de programas consolidados para discussão aberta acerca da sexualidade, componente inerente ao ser humano. Na maior parte desses serviços, a distribuição de preservativos não se constitui em rotina. Quando é necessário utilizar os serviços de referência e contra-referência¹⁵, essas relações se mostram incipientes (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007; SILVA *et al.*, 2005).

Nos resultados encontrados pelo Projeto PESSOAS (BRASIL, 2008b; MELO *et al.*, 2007), identificaram-se fragilidades na atenção frente às IST e HIV/AIDS nos serviços de saúde mental brasileiros (n = 26) que vão desde a falta de recursos até o despreparo dos profissionais para a atenção integral. Foi relatado número insuficiente de profissionais em 80% dos CAPS e 45% dos hospitais e apontada a ausência de algumas categorias profissionais específicas. Capacitações em serviço foram feitas em somente 60% dos CAPS, e em 80% dos hospitais. Os serviços colocaram dificuldades para a realização de exames laboratoriais, pontuando número insuficiente de cotas e lentidão no recebimento de resultados.

¹⁵ Por sistema de referência e contra-referência entende-se a articulação entre os três níveis assistenciais (primário, secundário e terciário), sendo que por referência compreende-se o trânsito do nível menor para o de maior complexidade. Inversamente, a contra-referência compreende o trânsito do nível de maior para o de menor complexidade.

Esse estudo mostra, ainda, que apenas 19,2% dos serviços indicaram que o sistema de referência e contra referência estava totalmente estruturado, sendo que 65,4% consideraram-no como parcialmente estruturado e 15,4% como ausente. A maioria descreveu o sistema de referência como insatisfatório (69,2%). Os principais problemas apontados no sistema de referência e contra-referência foram dificuldades para marcar consulta médica em UBS e consultas especializadas, dificuldades de obtenção de retorno de tais clínicas e ainda dificuldades para o transporte de pacientes para o serviço de referência, quando necessário.

Considerando que em 61,5% das instituições de saúde mental, no momento da pesquisa, havia pelo menos um usuário sabidamente infectado pelo vírus HIV, a situação mostra-se mais complicada pelo fato de que em apenas 26,9% das instituições existia programa de educação sexual, sendo a maioria nos CAPS. Foi relatado que esses programas acontecem por meio de oficinas, com a temática da sexualidade e planejamento familiar, com encontros mensais. Em somente 30,8% dos serviços foi indicado o oferecimento de atividades específicas para IST e HIV/AIDS. Apenas 30,8% dos serviços, sendo a maioria CAPS e apenas um hospital psiquiátrico, relataram a distribuição de preservativos. As justificativas apresentadas para a não distribuição de camisinhas foram a oferta pelas UBS e a falta de programas de educação sexual nas Instituições.

Quando da identificação de algum paciente infectado por alguma IST, o procedimento citado como mais adotado pela instituição foi o registro em prontuário, além da comunicação a ele, à família e aos outros profissionais da instituição. Pouco mais da metade dos serviços (57,7%) relatou ter como condutas o encaminhamento desses usuários, o agendamento de consultas e o oferecimento de transporte para os serviços especializados para seu acompanhamento e tratamento.

Além desses resultados, estudos que tiveram por objetivo avaliar a mobilidade e a continuidade do acompanhamento desses pacientes dentro da rede confirmaram, como já se previa, falhas. No estudo realizado por Oliveira, Caiaffa e Cherchiglia (2008), em Belo Horizonte, mostrou-se que mais de um terço dos pacientes devidamente encaminhados pelos CERSAM não chegaram às UBS de sua região. Falhas na atenção às pessoas com transtornos mentais na atenção primária relacionadas à precária articulação entre os serviços de saúde mental e as UBS foram apontadas também no estudo realizado por Silveira (2009).

Estes dados sinalizam lacunas nos cuidados clínicos regulares e fragmentação do cuidado em saúde, o que também foi encontrado em estudos realizados em serviços de saúde mental de outros países (BLACK, 1998; DEMBLING, CHEN; VACHON, 1999; STROUP, GILMORE, JARSKOG, 2000; ROBSON; GRAY, 2007). Nesses estudos, as taxas de mortalidade foram até duas vezes maiores entre essas pessoas, com uma expectativa de vida 10 anos menor do que a da população em geral. Para Sullivan *et al.* (1999), os psiquiatras apresentam relutância em avaliar o que não se refere ao transtorno mental, enquanto os médicos clínicos também têm dificuldades para assistir pessoas com sintoma mental grave, dificuldades estas percebidas entre os profissionais de saúde também no Brasil. Já os enfermeiros de UBS, conforme resultados encontrados em recente estudo realizado por Passos (2011), estão realizando ações de promoção da saúde muito aquém do esperado, o que se acredita também acontecer nos demais níveis assistenciais, ficando a população desassistida nesse sentido.

Esse panorama aponta que a atenção em saúde mental e em DST e HIV/AIDS em vigência no Brasil, apesar dos avanços alcançados em suas especificidades, acontecem em sentidos paralelos, pouco se comunicando e se integrando, ficando o sujeito com agravo mental assistido de forma ineficaz.

Um dos focos de investimento na atenção em saúde mental, na atualidade, é na atenção básica¹⁶, a fim de se expandir e de se qualificar a assistência destinada às pessoas com agravos mentais. Equipes de apoio matricial foram criadas para amparar as equipes das UBS em assuntos específicos, como aqueles relativos à abordagem de pessoas com agravos mentais. Além disso, novos CAPS têm sido criados.

No entanto, mais que a criação de novos serviços, não se verifica a integralidade¹⁷, que se baseia na primazia das ações de promoção, na articulação e na continuidade das ações de prevenção, promoção e recuperação, com abordagem integral dos indivíduos em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL,

¹⁶ Atenção básica é definida como um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, situado no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltado para a promoção, tratamento, prevenção e reabilitação da população (BRASIL, 1998).

¹⁷ A integralidade tem admitido diferentes sentidos, os quais podem aplicar-se: 1- às características de políticas de saúde ou de respostas governamentais aos problemas de saúde, considerando a abrangência e as articulações entre a prevenção e a assistência; 2- à organização dos serviços de saúde, e 3- aos atributos das práticas de saúde (MATTOS, 2004a; 2004b; 2006). Neste estudo, a integralidade será discutida com enfoque nos atributos das práticas de saúde.

1990; HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004), e que é um dos pilares do Sistema de Saúde Brasileiro, incorporada como um valor nas práticas de saúde. O cuidado integral, que se caracteriza, dentre outros aspectos, pela apreensão ampliada das necessidades das pessoas, percebendo-se o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado a seu contexto familiar, seu ambiente e à sociedade na qual se insere, não é uma realidade na atenção à saúde dispensada às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes (PINHEIRO; MATTOS; CAMARGO JÚNIOR, 2003; PINHEIRO; MATTOS, 2009). O atual contexto de atenção à saúde, e em específico de prevenção das IST e HIV/AIDS junto às pessoas com agravos mentais revela, assim, muitos obstáculos a serem superados.

2.4 A vulnerabilidade de um grupo aos agravos sexualmente transmissíveis

A adoção do termo vulnerabilidade¹⁸ na área da saúde data de 1992. Até então, as várias terminologias utilizadas foram se esgotando em suas limitações. Quando se deu a descoberta da aids, utilizava-se a terminologia fator de risco, que logo em seguida se transformou em grupos de risco para identificar os grupos sociais nos quais ocorreram os primeiros casos (profissionais do sexo, HSH, hemofílicos e UDI). Esses grupos tornaram-se o foco das estratégias de prevenção, as quais, naquele momento, giraram em torno da abstinência sexual. No entanto, essa conceituação gerou discriminação e preconceito para esses grupos, os quais passaram a ser reconhecidos como os únicos susceptíveis e potencialmente perigosos (AYRES *et al.*; 1999; MANN; TARANTOLLA; NETTER, 1993). Diante disso, no início da década de 1990, a idéia de grupo de risco passou a ser combatida pelo movimento gay, sendo fortalecida também pelo acometimento de pessoas de outros grupos. Essa conceituação foi reconhecida como inapropriada, dando origem à idéia de comportamento de risco, que se propunha a identificar as características individuais capazes de maximizar a susceptibilidade dos indivíduos.

¹⁸ O termo vulnerabilidade é oriundo da área dos Direitos Humanos, e referia-se a grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadão. A expressão entra no campo da saúde a partir da publicação, nos EUA, da obra *Aids in the world*, de Mann, Tarantolla e Netter (1992), sendo amplamente utilizada a partir de então. Refere-se à susceptibilidade de indivíduos e de populações a agravos de saúde. Em torno do termo, 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 (AYRES *et al.*, 1999).

Mesmo sendo mais ampla e menos rotuladora, essa concepção também apresentou limitações ao centrar a responsabilidade na proteção individual e em estratégias de redução do risco. As falhas na prevenção, naquele momento, foram atribuídas à falta de informação, à vontade individual e aos problemas de recursos materiais, gerando culpabilização individual. Além disso, não contemplava aspectos sociais envolvidos nas formas de viver a sexualidade.

O termo foi novamente repensado, uma vez que os comportamentos não podem ser vistos como resultantes da vontade aliada à informação, mas passam também por coerções e recursos de natureza cultural, política, jurídica, e que se encontram desigualmente distribuídos entre os segmentos sociais, faixas etárias e gêneros (AYRES *et al.*, 1999)¹⁹.

Desde então, a noção de *empowerment*, que não tem uma tradução na língua portuguesa, mas é entendida no Brasil como empoderamento, passou a ganhar espaço, uma vez que a epidemia explodia entre os “mais desempoderados”, ou seja, pobres, mulheres, marginalizados, negros (AYRES *et al.*; 1999). Nesse momento, estratégias de prevenção não restritas à redução individual de riscos, mas com alcance social, surgem como indispensáveis ao controle da epidemia da aids.

Nesse contexto, Jonathan Mann e colaboradores, na década de 1990, iniciaram a análise de informações e subsídios não restritos ao manejo estatístico de dados clínicos e epidemiológicos, expandindo, a partir de então, o arsenal de saberes necessários à pandemia do HIV/AIDS no campo das ciências humanas, econômicas e políticas, adotando o termo vulnerabilidade. Este termo vem penetrando amplamente o campo da saúde pública mundial, contribuindo com transformações importantes nos estudos e ações para o controle da aids. O conceito de vulnerabilidade passa a expressar o reconhecimento dos diferentes graus e natureza da susceptibilidade dos indivíduos e coletividades à aids, os quais podem ser considerados para as demais IST, formado pelo conjunto integrado dos aspectos sociais, programáticos e individuais, que colocam os sujeitos em relação com o problema e com os recursos para seu enfrentamento (AYRES *et al.*, 1999). Conforme relata Parker (1996:5) *apud* Ayres (1999),

¹⁹ A mudança na terminologia não significa esquecer o conceito epidemiológico de risco, mas de não se ater a ele, explorando de forma mais ampla a questão. Trata-se de recorrer a áreas disciplinares afins, como as ciências humanas, para o entendimento do diversificado espectro de determinantes da vulnerabilidade.

Talvez a mais importante transformação isolada em nossa maneira de pensar sobre HIV/AIDS no início dos anos 90 tenha sido o esforço de (...) passagem da noção de risco individual a uma nova compreensão de vulnerabilidade social, passagem crucial não só para nova compreensão da epidemia, mas para qualquer estratégia para conter seu avanço.

Esse conceito, bem mais ampliado, vem respondendo à necessidade de extrapolar a abordagem comportamentalista das estratégias individuais de redução de risco, constituindo-se em um importante referencial na elaboração de conhecimento na área.

Mann *et al.* (1992; 1993) estabeleceram três planos interdependentes de análise da menor à maior vulnerabilidade de indivíduos e coletividades: componente individual ou vulnerabilidade individual; componente social ou coletivo, ou vulnerabilidade social; componente político ou pragmático, ou vulnerabilidade pragmática.

A *vulnerabilidade individual* parte de três pressupostos: 1- Todo indivíduo é, em algum grau, vulnerável à infecção pelo HIV e suas consequências, e essa vulnerabilidade pode variar ao longo do tempo, devido à existência de valores e recursos que lhe permitam ou não obter meios para se proteger. 2- Os indivíduos infectados pelo HIV têm seu potencial de vulnerabilidade à morbidade, invalidez ou morte, variável em função inversa ao amparo social e assistencial de que dispõem. 3- As condições que afetam a vulnerabilidade individual são de ordem cognitiva (informação, consciência do problema e das formas de enfrentá-lo), comportamental (interesse e habilidade para transformar atitudes e ações a partir daqueles elementos cognitivos) e social (acesso a recursos de poder para adotar comportamentos protetores). A vulnerabilidade é considerada, assim, o inverso do *empowerment*. Nesse quesito, são avaliados aspectos cognitivos, como acesso a informações corretas, compreensão e assimilação; aspectos comportamentais como interesse, adoção de práticas protetoras, domínio de habilidades, como de inserção do preservativo e habilidades para negociação de sexo seguro; e aspectos sociais, como facilitadores culturais, econômicos, jurídicos e políticos para o acesso aos serviços e a uma sexualidade saudável.

A vulnerabilidade social é caracterizada pelo acesso de pessoas e grupos à informação (escolaridade, comunicação, disponibilidade de recursos materiais) e 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 pelo índice 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)²⁰.

A vulnerabilidade programática caracteriza-se pelos investimentos em ações e programas de informação e educação preventivas; pela existência de serviços sociais e de saúde de fácil acesso, com alta qualidade, democraticamente delineados, periodicamente retro-alimentados e avaliados, além da adoção de mecanismos de não discriminação. A vulnerabilidade pragmática contempla tanto ações nas três esferas de governo como ações não governamentais. Essa vulnerabilidade é entendida como uma espécie de ligação entre os planos individual e social, constituindo-se em um caminho concreto para a construção do *empowerment* por ser aglutinador de informações, recursos e suportes (AYRES *et al.*, 1999).

O autor cita, como indicadores, a expressão de compromisso por parte dos níveis de poder, a elaboração e a efetivação de propostas, o desenvolvimento de coalizão entre o Estado e a sociedade civil e entre as diversas áreas, como saúde, educação, bem-estar, trabalho, social; a avaliação das estratégias, a gestão dos recursos, o controle epidemiológico e a realização de pesquisas, a capacitação e a qualificação dos recursos humanos, a obtenção de recursos financeiros, a continuidade das ações e a avaliação de seu impacto.

Cada um desses planos é tomado como referência para se avaliar a susceptibilidade e as condições de resposta dos indivíduos aos agravos sexualmente transmissíveis. A vulnerabilidade de um grupo à infecção pelo HIV e demais IST passa a ser entendida, assim, como resultado de um conjunto de características dos contextos político, econômico e sociocultural que ampliam ou diluem o risco individual. A vulnerabilidade não visa distinguir a probabilidade de um indivíduo/grupo se expor à infecção, mas fornecer elementos que subsidiem avaliações acerca das possibilidades de um indivíduo ou grupo populacional se

²⁰ No trabalho original de Mann, Tarantolla e Netter (1992) podem ser vistos, com mais detalhes, os indicadores utilizados para se avaliar cada vulnerabilidade.

infectarem, dado o conjunto formado pelas características individuais e sociais de seu cotidiano (AYRES *et al.*, 1999).

Inicialmente foi elaborado um sistema de indicadores programáticos e sociais que, combinados, poderiam sugerir um diagnóstico de vulnerabilidade para as diversas nações do mundo. No entanto, em 1996, abandona-se a referência a *scores* ou análises quantitativas, sendo ressaltado o sentido qualitativo dos diversos planos de avaliação da vulnerabilidade. Não existe, pois, uma metodologia de análise, o que, para Ayres *et al.* (1999), não sinaliza uma fragilidade, mas sim o caráter jovial do conceito. A principal fonte de critérios de avaliação das situações é a referência central dos Direitos Humanos, fundamental para a realização de diagnósticos de vulnerabilidade e para a definição de objetivos e estratégias de prevenção. Acredita-se ser esse o caminho capaz de estimular a transformação da realidade, favorecer a transdisciplinaridade e a intersectorialidade na abordagem, bem como fortalecer a resposta a tais agravos.

Essa nova forma de se pensar a susceptibilidade reconhece e fortalece a percepção das bases sociais da epidemia, o que conduz, ao desafio da construção de estratégias de intervenção que atinjam de forma eficaz a situação das diversas populações do país.

Não há como separar nenhum dos níveis de vulnerabilidade, pois os três são imbricados. Mas os estudos pressupõem que é possível focar-se em um dos níveis para compreendê-lo de forma mais aprofundada. No presente estudo, o foco será o da vulnerabilidade social decorrente do repertório de crenças, valores e atitudes relacionados à sexualidade das pessoas acometidas por transtornos mentais, com vistas a fornecer subsídios para se refletir sobre seu enfrentamento.

CAPÍTULO 3 SEXUALIDADE, GÊNERO E SAÚDE SEXUAL

Questões que envolvem a sexualidade sempre foram inquietantes, difíceis de tratar, sendo historicamente mantidas camufladas, ocultas, ou, quando discutidas, sujeitas a uma abordagem repressiva. Durante muito tempo, tudo o que se referia à educação sexual enquadrava-se em regras de prudência. Ainda hoje, discussões acerca da sexualidade permanecem obscuras, sendo um campo de significações a decifrar. No entanto, nas últimas décadas, grandes avanços foram alcançados nas questões relacionadas à dimensão da sexualidade como direito de cidadania. Este capítulo propõe-se a situar o debate sobre a sexualidade na atualidade das ciências sociais, bem como sua relação com a prevenção dos agravos sexualmente transmissíveis.

3.1 A sexualidade como uma construção social

"Sempre que dois corpos se entrelaçam eroticamente, há sempre uma terceira presença: a sociedade".

Jean Rostand (1961)

A sexualidade é uma dimensão fundamental da vida de homens e mulheres, a qual abrange práticas sexuais, erotismo, desejo, prazer, identidade e papéis de gênero, orientação sexual, intimidade, reprodução, afeto, sentimento, exercício da liberdade, alteridade, bem como a própria saúde (LOYOLA, 1999; 2000; 2003). A sexualidade é vivenciada e expressa em pensamentos, opiniões, desejos, fantasias, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos. A compreensão da sexualidade é algo complexo, uma vez que é influenciada por fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos e religiosos. Além disso, a sexualidade pertence à esfera da intimidade, tendo as pessoas dificuldades e receio de se expressar livremente sobre ela, o que acrescenta dificuldades a seu estudo ²¹.

²¹ O comportamento sexual humano foi estudado, pela primeira vez de forma sistemática, com Alfred Kinsey, nos Estados Unidos, na década de 1940. Kinsey introduz a sexualidade no campo das ciências naturais, rompendo com grandes obras clássicas da sexologia do final do séc. XIX e início do séc. XX, as quais focalizavam os "desvios", bem como com abordagens da sexualidade embasadas sobre a moral religiosa. Pela primeira vez, a sexualidade foi colocada em discussão e foi vista de forma positiva. Kinsey e colaboradores analisaram biografias sexuais de mais de doze mil americanos, com foco na efetividade do ato sexual. Apesar de ter sofrido muitas críticas, suas obras

As ciências sociais têm oferecido importantes contribuições para a compreensão da sexualidade, com estudos sobre valores e comportamentos sexuais de diferentes grupos populacionais. Os debates sobre esses valores e comportamentos começaram no início do século XX, quando já se investigava, mesmo que de forma incipiente, a relação entre as práticas sexuais e o contexto sócio-cultural dos sujeitos (MALINOWSKI, 1929; MEAD, 1928; WESTERMARCK, 1921 *apud* HEILBORN; BRANDÃO, 1999).

Na década de 1960, com o advento dos métodos anticoncepcionais, a vivência da sexualidade entrou em uma nova fase, quando se tornou possível desvincular sexualidade e reprodução. Naquele momento, a vivência sexual incluiu novas possibilidades²².

No entanto, antes que a sensação de maior “liberdade” sexual pudesse se consolidar, surgiu a aids, em 1980, trazendo consigo a imagem da morte e causando medo, desencadeando novamente um caráter repressor e normativo das condutas sexuais. A partir de então, as investigações sobre as práticas e comportamentos sexuais ganharam novo impulso, mas com conotação ainda bastante centrada em aspectos objetivos.

Estudos que investigassem a sexualidade considerando os aspectos subjetivos que a permeiam passaram a ganhar corpo somente a partir da década de 1990 e, desde então, vêm se constituindo em uma vertente de investigação dotada de legitimidade. Segundo Heilborn e Brandão (1999), apoiando-se em Giddens (1991;1993), deve-se entender esse novo momento no contexto da sociedade ocidental do final do séc. XX, quando questões relativas à sexualidade, à intimidade e à vida privada se tornaram centro de reflexão da pessoa moderna, concebida como um sujeito livre, político, autônomo, portador de direitos de cidadania e de subjetividades.

A discussão acerca da sexualidade vem sendo guiada por duas correntes: o *essencialismo* e o *construtivismo social* (HEILBORN; BRANDÃO, 1999; LOURO;

marcaram a época e contribuíram com novos conhecimentos sobre sexualidade. Em parceria com outros pesquisadores, Kinsey publicou seus estudos nas seguintes obras: *Sexual Behavior in the human male*, em 1948, e *Sexual Behavior in the human female*, em 1953. As dificuldades e repercussões do estudo estão retratadas no filme: *Kinsey, vamos falar de sexo*. Direção: Bill Condon. Estados Unidos: Fox Searchlight Pictures, 2004. Leg. 1 fita VHS 118 min.

²² Os estudos de Simon *et al.* (1972) *apud* Giami (1994), realizados na França, ofereceram grandes contribuições para a discussão da sexualidade. Dentro de uma visão otimista, seus estudos defendiam o direito ao prazer sexual, bem como já consideravam a sexualidade como articulada ao sistema de valores e representações, o que também fundamentou estudos posteriores de Giami.

1999; LOYOLA, 1999; PARKER, 1999). Dentro da abordagem *essencialista*, a sexualidade é vista com foco no mecanismo fisiológico, considerando que o instinto sexual é que conduz as ações. Nessa concepção, a sexualidade está a serviço da reprodução, sendo vista como o extravasamento de uma pulsão. O ato sexual é tido como portador de um significado universal. Estudos com base nessa abordagem justificaram, por muito tempo, a violência sexual e as desigualdades de gênero como naturais e são bastante questionados na atualidade.

Já no *construtivismo social*, que teve origem nos anos 1970, considera-se que existem diferenciadas formas de viver e pensar a sexualidade, sendo estas impregnadas de convenções culturais²³ (BOZON, 2009; GAGNON, 2003; GIAMI, 2007; PARKER, 1991, 1996, 1999). Nessa corrente, os significados e comportamentos sexuais não são considerados passíveis de generalização, uma vez que se ancoram em variações nos sistemas de gênero, faixa etária, condição política e social, expectativas e sentimentos pessoais, dentre outros. Nesse sentido, afirma-se não haver uma razão universal determinando as condutas e os significados sexuais. Além disso, parte-se do pressuposto de que a cultura orienta roteiros e comportamentos e constrói representações, sendo essa a abordagem adotada no presente estudo.

Embora comporte diferentes concepções, o construtivismo social tem, como premissa comum, a importância da influência cultural e histórica na definição e na diferenciação dos significados e dos padrões de experiência sexual dos diferentes grupos sociais, localizados no tempo e no espaço.

Uma das mais significativas contribuições dessa abordagem foi ter desvinculado o papel social do gênero da natureza e da reprodução, negando a naturalidade da subordinação da mulher e contestando o determinismo biológico. Michel Foucault, um dos importantes estudiosos da sexualidade, é considerado um dos principais inspiradores do Construtivismo Social. Em suas obras²⁴, Foucault descarta qualquer possibilidade interpretativa do naturalismo sexológico,

²³ Por cultura tomou-se o conceito de Geertz (1989), para o qual esta é um sistema simbólico, constituído por teias de significações construídas nas interações sociais em contextos culturais particulares.

²⁴ Michel Foucault discute a sexualidade em muitas de suas obras, dentre as quais podem ser citadas *História da Sexualidade I: A Vontade de Saber*, *História da sexualidade II: O uso dos prazeres*, *História da Sexualidade III: O Cuidado de Si, Vigiar e Punir*.

identificando o discurso histórico como o fato social modelador da sexualidade, exercido por meio do aparato do Estado e das especializações profissionais.

Na nossa sociedade, homens e mulheres pensam e vivem a sexualidade de forma bastante diferenciada, com roteiros sexuais bastante distintos, o que se imagina influenciar a vulnerabilidade e o autocuidado destes face às IST e HIV/AIDS, temática esta merecedora da reflexão que se segue.

3.2 Gênero e sexualidade

O enfoque de gênero é considerado, na atualidade, um fator de grande importância nos estudos acerca de problemas relativos à saúde sexual, da compreensão da forma como homens e mulheres concebem e usam seus corpos (BARBOSA, 1999; GROSSI, 1998; HEILBORN, 1999; KNAUTH, 1999; LEAL; RIETH, 1998; MONTEIRO, 1999; TAQUETE; VALHEMA; PAULA, 2004; VILELLA; BARBOSA, 1996).

A idéia de que as diferenças entre os sexos iam além das diferenças biológicas são relatadas desde Durkheim e Freud. No entanto, essa discussão vem se consolidando a partir da década de 1970, quando o conceito de gênero foi introduzido no campo da antropologia pelo movimento feminista norte-americano. A adoção desse termo, naquele momento, representava a possibilidade de as mulheres discutirem os papéis sexuais e o simbolismo sexual nas várias sociedades e épocas. Representava, ainda, a possibilidade de identificar o sentido e o funcionamento da ordem social, bem como explicitar novos rumos para a história das relações sociais (SCHOTT, 1995).

Na área da saúde, foi a partir dos anos 1990 que as questões de gênero começaram a ser contempladas nos estudos, articuladas a questões como raça, cor, etnia, orientação sexual, classe, geração, religião, entre outras, no intuito de melhor se compreender o processo saúde/doença. Desde então, observou-se um aumento do número de estudos focados em gênero, principalmente daqueles relacionados à sexualidade, à violência e à saúde, dentre outros.

As discussões com enfoque em gênero têm como princípio básico o fato de que homens e mulheres não se diferenciam apenas biologicamente, mas também socialmente, ficando as diferenças no nível biológico associadas ao sexo, enquanto aquelas que estão no plano social constituem o que se denomina gênero. O gênero

imprime normas, valores, percepções e representações que acompanham a vida do sujeito e legitimam sua identidade (GIDDENS, 2005).

Na cultura brasileira, o gênero masculino é habitualmente considerado como representativo de valores como atividade, objetividade, violência, corpo, energia. Destes espera-se que sejam fortes, destemidos, competitivos, corajosos, audaciosos. Já o gênero feminino é representado por valores como passividade, subjetividade, insinuação, espírito. Destes espera-se docilidade e submissão ao outro (PARKER, 1991; 1997; PARKER; BARBOSA, 1997).

Couto (2001:46) pontua que:

“Seja o discurso ou sejam as práticas sociais- instâncias do social que dizem o que é do âmbito do ‘ser homem’ e o que é do âmbito do ‘ser mulher’- as categorias de gênero exercem seu efeito sobre a pessoa inteira: do modo de falar ao uso do corpo; das atitudes situacionais ao modo de exercer a sexualidade. Isso porque, enquanto categorização social, os modelos de gênero são incorporados como *habitus*, estruturando as relações sociais. Embora estas categorizações sejam fruto de construções socioculturais, elas são percebidas pelos indivíduos como naturais, uma realidade ontológica”.

Mesmo com as grandes transformações observadas nas relações entre os gêneros nos últimos anos no ocidente, tanto em decorrência da entrada das mulheres no mercado de trabalho, no alcance de maior escolaridade destas e em decorrência da separação entre sexualidade e reprodução, percebe-se que prevalece a dominação masculina em diversos aspectos da vida, sobretudo nas questões sexuais. O masculino continua visto como o detentor de maior poder e conhecimento, permanecendo com o poder econômico e de regulação, além de maior liberdade do exercício sexual, sustentado num determinismo biológico. Já o feminino, apesar dos avanços alcançados, de forma geral ainda permanece marcado pela submissão, pelo ocultamento, silêncio, conformismo e pela passividade sexual.

Para Schott (1995), o gênero é um elemento constitutivo das relações sociais, que se ampara nas diferenças percebidas entre os sexos e se torna uma forma de significar e legitimar relações de poder. A autora acrescenta que o gênero estrutura a percepção e a organização da vida social, implicando na construção e na concepção do próprio poder em si.

O sistema de dominação de gênero, vivenciado de forma oculta pelos sujeitos, vem revelando uma naturalização que tem justificado muitas desigualdades

sociais entre homens e mulheres (CORRÊA, 1999). Esse contexto de desigualdades de gênero tem sido visto como um dos motivos da dificuldade que homens e mulheres encontram para adotar formas seguras de exercer a sexualidade. Isso reforça a necessidade de se analisar os significados da sexualidade considerando-se o gênero, uma vez que suas questões são capazes de inibir o exercício da autonomia e até da própria realização individual. O gênero se torna, assim, um eixo teórico do presente estudo.

3.3 Saúde sexual como uma questão de Direitos Humanos

Todas as pessoas têm o direito de estar livres do medo, vergonha, culpa, falsas crenças ou mitos ou outros fatores que inibam ou prejudiquem o seu relacionamento sexual ou sua resposta sexual.
In carta dos Direitos Sexuais e Reprodutivos

A consideração atual da saúde sexual como uma questão de direitos humanos torna essa abordagem um componente dessa discussão.

É sabido que saúde não se encerra na ausência de doenças. Trata-se de um processo contínuo de garantia de condições amplas de qualidade de vida, satisfação pessoal e de fortalecimento para a vida social. Envolve um conjunto de direitos que são condições para o bem estar físico, psicológico e social e para o enfrentamento de desigualdades estruturais que impedem as plenas condições de desenvolvimento e realização do ser humano. Desde 1994, quando da realização da IV Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, no Cairo, as noções de saúde sexual foram consolidadas. Nesse encontro, temáticas importantes foram discutidas, dentre elas o exercício da sexualidade segura e livre de discriminação, coerção ou violência, bem como assuntos relativos à equidade de gênero, propiciando maior conscientização pública do valor das mulheres e do fortalecimento de sua auto-imagem e auto-estima, bem como contribuindo para a eliminação de estereótipos que favorecem a reprodução das desigualdades entre homens e mulheres. Um dos avanços obtidos foi a inclusão de pessoas do sexo masculino nas políticas de saúde sexual, salientando a responsabilidade que lhes cabe assumir. Desde então, essa temática tornou-se mais presente nas discussões na área da saúde (ÁVILA; GOUVEIA, 1996; GALVÃO; 1999).

Em 1995, quando da realização da IV Conferência Internacional sobre a Mulher, em Pequim, os direitos sexuais passaram a ser considerados como direitos humanos, repercutindo em maior peso e visibilidade para esses direitos. Foram colocadas outras questões importantes como a igualdade entre mulheres e homens nas questões relativas à relação sexual e reprodução, incluindo-se o direito à integridade, o respeito mútuo, o consentimento e a divisão de responsabilidades pelos comportamentos sexuais e suas consequências. Uma grande contribuição que os direitos sexuais trouxeram foi o reconhecimento da autonomia e da capacidade de cada pessoa decidir sobre sua vida sexual.

Com os avanços em torno do debate da saúde sexual como um direito, em 2005, o Brasil elaborou um documento intitulado “A Política Nacional dos Direitos Sexuais e Reprodutivos: uma prioridade de governo”²⁵, no qual apresenta suas diretrizes para garantir os direitos dos homens e mulheres em relação à saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2005).

Dentre as ações do Sistema Único de Saúde para a promoção da saúde sexual estão a elaboração de manuais técnicos e cartilhas educativas, a capacitação dos profissionais de saúde da atenção básica para a assistência em planejamento familiar e atenção integral à saúde, a ampliação do programa saúde e prevenção nas escolas, a implementação de serviços para atenção às mulheres vítimas da violência sexual e doméstica, e a ampliação de métodos anticoncepcionais reversíveis.

A consolidação dos direitos sexuais representa um grande avanço nas relações democráticas e de cidadania. No entanto, a vivência de uma sexualidade sadia e segura mostra-se ainda um direito ainda muito distante para muitas pessoas.

Sabe-se que garantir esse direito é uma tarefa que encontra muitos desafios, que vão desde ações mais simples, como aquelas que assegurem conhecimentos sobre o corpo, até ações mais complexas, como aquelas que requerem providências com vistas a proporcionar maior autonomia dos sujeitos sobre sua vida sexual.

²⁵ O documento, de elaboração intersetorial, foi construído em parceria com os Ministérios da Educação, da Justiça, do Desenvolvimento Agrário, do Desenvolvimento Social e do Combate à Fome, com a Secretaria Especial de Políticas Públicas para as Mulheres, a Secretaria Especial de Direitos Humanos e a Secretaria de Políticas Públicas de Promoção da Igualdade Racial. Destina-se à sociedade civil e aos profissionais de saúde.

No entanto, após seis anos da promulgação da Política Nacional dos Direitos Sexuais e Reprodutivos, a sexualidade sequer é pauta de discussão em todos os serviços de saúde, tampouco em todas as escolas (PAIVA, PUPO, BARBOZA, 2006). Quando debatida, poucos são os serviços que conseguem realizar a abordagem integrada dos parceiros e que consideram aspectos subjetivos envolvidos em suas vivências, com capacidade de escuta e reconstrução de representações. Além disso, faltam indicadores sobre saúde sexual para além dos índices de gravidez, violência, e de algumas IST. É incipiente a integração dos serviços de saúde com outras instituições sociais, como a família, na promoção da saúde sexual, o que se acredita fundamental para a consolidação e a formação de valores.

Contribuir para o reconhecimento e alcance desse direito também para pessoas com transtornos mentais torna-se um importante passo em direção à diminuição de suas vulnerabilidades.

CAPÍTULO 4 O REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

4.1 As bases teóricas: Das representações sociais às representações

A Teoria das Representações Sociais (TRS) é a base inicial do referencial teórico-metodológico adotado neste estudo, por sua contribuição para a compreensão do pensamento e das práticas sociais.

A TRS se situa no campo das ciências sociais, dentre outras disciplinas da psicossociologia. Essa é uma área do conhecimento que tem como 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. Por ser uma ciência híbrida, é capaz de fornecer uma concepção mais ampla dos fenômenos de interação social. É uma teoria que se dedica a investigar os processos cognitivos e os construtos relacionados aos modos como as pessoas pensam, fundam suas decisões e agem no cotidiano (ARRUDA, 2002; JODELET, 2005; GIAMI, 1994).

O referencial da TRS vem sendo desenvolvido a partir do estudo de Serge Moscovici, intitulado *La psychanalyse, son image et son public*, em 1961, que estudou o processo de apropriação do conhecimento científico. Moscovici retoma e revitaliza o conceito de representação coletiva, descrito por Durkheim, e adota o termo de representação social, concebendo-o como um fenômeno, e não mais um conceito (MOSCOVICI, 2009). Desde então, esse referencial vem sendo cada vez mais utilizado e valorizado na investigação sobre a construção social e cultural das maneiras de “ver o mundo”, de compartilhar informações e de filtrá-las no dia a dia das interações, tido como fundamental na compreensão dos fenômenos sociais.

Uma representação social (RS) refere-se a um conjunto organizado de informações, crenças e atitudes que os indivíduos ou grupos constroem sobre um objeto, uma situação ou um conceito, de outros indivíduos ou grupos, apresentando-se como uma visão subjetiva e social da realidade, o qual contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social (JODELET, 1989, MOSCOVICI, 1978). Essa abordagem considera uma visão funcional de mundo que permite ao indivíduo dar sentido a suas condutas e compreender a realidade através de seu sistema de referências, permitindo adaptações.

No entanto, Giami (2004:51) vai além, afirmando sobre as representações que “trata-se de atividade psicológica que consiste em construir um objeto, associando-lhe elementos de percepção exterior e elementos ligados a fantasias individuais, com relação à posição ocupada com respeito ao objeto”.

As RS estabelecem-se a partir de uma forma de construção e reconstrução de sentidos dos objetos socialmente representados pelos grupos. Elas são pensadas e refletidas a partir da realidade de cada grupo e em função de suas necessidades no mundo (JODELET, 2005; SPINK, 1994; 1999). Como salienta Moscovici (1978), as RS, por se constituírem em conjuntos simbólicos, práticos, dinâmicos que objetivam a produção e não a reprodução ou a reação a estímulos exteriores, não podem ser consideradas “opiniões sobre”, ou “imagens de”, mas como verdadeiras construções coletivas, destinadas à interpretação e à elaboração do real. O autor se refere a uma representação como uma rede de conceitos e imagens que interagem entre si, afirmando que seu conteúdo evolui continuamente.

As RS são uma construção do sujeito como sujeito social. Por isto, para GIAMI (1997), toda representação é social: “ela obtém seus conteúdos dos materiais presentes na sociocultura contemporânea e passada, funcionando como o imaginário” (GILMAN, 1988; SONTAG, 1989, *apud* GIAMI, 1997). Para esse autor, “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” (GIAMI, 1997, p. 43). 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” (*idem*, p. 42). Assim, Giami (1997) extrapola a noção apresentada por Moscovici (1978), afirmando que as representações são também construções individuais, que alimentam e se modificam nas interações sociais, comungando-se pontos de vista, julgamentos, imagens e opiniões que se tornam, portanto, ao mesmo tempo, construções coletivas do social.

As RS são difundidas por meio da interação pública entre os atores sociais, em práticas de comunicação do cotidiano, sendo a comunicação condição de possibilidade e de determinação de uma representação, a qual se dá por meio do debate na esfera pública (MOSCOVICI, 2009). Uma vez criadas, obtêm vida própria, circulam, se atraem e se repelem, favorecendo a origem de novas representações, deixando as antigas de existir. Mesmo que Moscovici tenha afirmado, desde 1978,

certa autonomia dos sujeitos, dizendo que as pessoas não são receptoras passivas das representações, mas pensam, comunicam e re-elaboraram suas representações próprias às soluções que elas mesmas levantam, sua teoria pressupõe que as representações nascem de algo fora destes.

Jodelet (1989), nesse sentido, afirma que as RS levam em conta dados internos e externos do contexto real e imaginado, individual e coletivo, e podem ser concebidas como um corpus de conhecimentos através dos quais se torna perceptível e inteligível a realidade física e social.

A construção de uma representação depende de fatores tais como a natureza e dificuldades apresentada pela situação, finalidade, e de fatores gerais como contexto social e ideológico, lugar do indivíduo na organização social, relações de poder, história de vida, dentre outros. Essa modalidade de conhecimento sofre, pois, variações conforme inserções específicas do sujeito no contexto de relações sociais, ou seja, se mostra diretamente ligada à realidade dos grupos e categorias sociais, o que confere aos grupos uma visão de mundo e contribui para sua identidade social (JODELET, 1998). O estudo das representações sociais requer, pois, a articulação de elementos afetivos, mentais, sociais, integrando a cognição, a linguagem e a comunicação às relações sociais que afetam as representações e a realidade material, social e ideativa sobre a qual intervêm (JODELET, 1989). Pode-se dizer assim que, por meio das RS, é possível compreender comportamentos, natureza dos estímulos e significados das respostas.

Wagner (1994), na mesma linha de Moscovici (1978) e Jodelet (1989), diz que uma representação designa, simultaneamente, um produto e um processo, referindo-se tanto a um conteúdo mental estruturado, isto é, cognitivo, avaliativo, simbólico e afetivo, sobre um fenômeno relevante, que toma a forma de imagem e é compartilhado com outros membros do grupo, por se tratar de *um processo público de criação, difusão e mudança do conhecimento compartilhado* (grifo nosso).

Autores recentes (GIAMI; VEIL, 1997) questionam algumas das noções de base das RS, como as apresentadas anteriormente. Giami defende o termo 'representações' em detrimento de 'representações sociais', justificando que essa escolha não resulta numa retração em relação à dimensão social das representações, mas, antes, a uma abertura, visando à construção de outros modelos de relações entre o individual e o coletivo por um lado, e o psicológico e o social por outro. Além disso, lembra que a TRS nasceu da idéia de que

representações são teorias científicas traduzidas em senso comum, o que é questionável, pois, para ele, alguns elementos relativos à “teoria científica” não podem ser considerados como os únicos elementos constitutivos das representações, sendo necessário levar em conta as diferentes formas de mediação que propiciam a difusão do conhecimento científico, além de elementos exteriores a este último. Esse autor afirma que as representações podem nascer da experiência das pessoas, sem que a ciência as inicie. Um conhecimento originário do senso comum transforma-se em representação e circula, do mesmo jeito que o conhecimento vulgarizado da ciência, além de ser interiorizada pelos indivíduos que irão explicitá-las, em seguida, pelos julgamentos de valor nas interações.

Assim, Giami (1997, p. 42) retoma a definição de representação proposta por Morvan (1990, p. 88), e esta será a base da discussão na presente pesquisa:

Trata-se do ponto de vista do indivíduo em relação com um objeto ou, antes, trata-se do objeto conforme vivido e sentido pelo indivíduo, em sua complexidade, suas contradições, sua singularidade. Delimitar uma representação é desenhar o objeto que ocupa um lugar (corpo) na experiência histórica e única do indivíduo, a ponto de modificar a experiência e de orientá-la.

Fundamentados na teoria acerca das representações, com suas diversas vertentes, os estudos vem contribuindo com o desvelamento dos aspectos fecundos e profícuos destas no encadeamento da vida diária dos sujeitos sociais. As formas de pensar e agir de determinados grupos tem sido uma característica presente nos estudos em representações, com destaque para a desigualdade e a exclusão.

Cabe pontuar, portanto, que se trata de uma teoria considerada ainda em construção, como fruto da análise do dinamismo social dos sujeitos, e que vem sofrendo questionamentos ao longo do tempo, para os quais se pretende contribuir com o presente estudo. Para este, as definições apresentadas por Giami serão o fundamento teórico de base e fio condutor da análise proposta.

4.1.2 Ancoragem e objetivação: os processos que geram as representações

Uma representação tem como função central permitir aos sujeitos dar sentido à realidade e a si mesmos, para que seja possível se movimentar no mundo de forma mais ou menos tranquila. Isso se faz possível por meio de dois mecanismos principais, a objetivação e a ancoragem (MOSCOVICI, 1978; 2009).

A ancoragem, segundo o autor, é um processo que transforma algo estranho e perturbador em algo familiar, com o qual se possa lidar. Ancorar pode ser entendido como classificar, nomear, categorizar, visando assimilar, adequar, acomodar os objetos. Arruda (1998) acrescenta que a ancoragem se faz tanto por semelhança como por contraste, estando sempre presa a uma referência existente, sofrendo interferências do sistema cognitivo e afetivo.

A objetivação situa-se no nível do conceito, e significa dar materialidade a um objeto abstrato. É reproduzir um conceito em uma imagem, tornando-o real. Diz respeito, ainda, à construção de signos para lidar com o desconhecido. Moscovici (2009) acrescenta que, como nem todas as palavras podem ser ligadas a uma imagem, as imagens selecionadas, devido a sua capacidade de serem representadas, se mesclam, ou seja, se integram a um complexo de imagens que produzem um complexo de idéias que, o autor denomina como um “padrão de núcleo figurativo”.

A objetivação e a ancoragem atuam simultaneamente, modificando a realidade psicossocial diante de um determinado objeto através do espaço interacional.

4.1.3 A contribuição do estudo das representações no campo da saúde

Considerando que as representações permitem aos sujeitos uma orientação diante de um objeto que é socialmente relevante, esse referencial tem sido amplamente adotado no campo da saúde.

Esta teoria tem propiciado uma importante contribuição na interface social e saúde, ao colocar que não há uma divisão entre o universo exterior e o interior do indivíduo. Indivíduo e objeto não são distintos. Por se tratar de um sistema simbólico organizado e estruturado pelos meios de comunicação e pelos processos psíquicos cuja função essencial é a apreensão e o controle do mundo pelo indivíduo, permitindo-lhe compreendê-lo e interpretá-lo, este referencial possibilita, aos pesquisadores, interpretar as vulnerabilidades em face dos riscos, da saúde e da doença (GIAMI, 1997; HERZLICH, 1996; MOSCOVICI, 1978).

Os trabalhos fundamentados nas representações têm permitido pontuar as características e os modos de expressão da experiência-subjetividade das pessoas e as categorias que possibilitam organizar e analisar as representações

como conhecimentos latentes, resultantes do modo de atuar socialmente em realidades singulares compartilhadas, assinalando aproximações ou afastamentos de definições científicas.

Esse referencial mostra-se, portanto, de grande importância para a análise de aspectos sociais que permeiam o processo saúde-doença e suas práticas sociais, assim como dos atos de comunicação social e dos fenômenos coletivos que contribuem na formação de condutas e, mais precisamente, de regras que regem a prática social. Além disso, ele proporciona o enriquecimento do estudo de identidades coletivas, ao analisar a interdependência dos sujeitos nas ações e simbolizações do cotidiano vivido, tendo o contexto social, como o substrato psíquico para interpretar a realidade.

4.1.4 Representações e práticas

Ao dar sentido às condutas dos indivíduos, as representações levam as pessoas a agirem de maneiras variadas. No entanto, o estabelecimento de uma relação entre representações e práticas sociais²⁶ é considerado algo extremamente complexo, não havendo ainda um consenso. As influências entre representações e práticas, para Rouquette (1998), é uma via de mão dupla, sendo as representações condições de prática e sendo essas práticas agentes de transformação das representações, ambas agindo umas sobre as outras. Para Campos (2003), representações e práticas tem uma relação de circularidade, interagindo mutuamente, dificultando a identificação de uma relação de causalidade.

A distinção entre representações e práticas, no entanto, é contestada por alguns autores que consideram o comportamento como parte, um elemento da representação. Alain Giami insiste que as representações são reflexão e ação, não se podendo dizer que as representações delimitam práticas, mas que as práticas são também representações, constitutivas da construção psicossocial. Wagner (2003), nesse sentido, aponta para o fato de que se deve buscar explicar não a relação entre representação e comportamento, mas a relação do complexo

²⁶ Práticas sociais é um termo polissêmico e complexo, sendo que nos estudos em representações sociais é utilizado como sinônimo de comportamento, sendo objeto de interesse enquanto comportamento de membros de um grupo.

representação-ação e suas consequências na realidade social, como um mesmo objeto de representação.

Assim, mais do que a busca por uma relação de causalidade, é importante entender que as formas de agir contém os pontos de vista e as explicações do cotidiano, construídas pelo sujeito, transmitidas, reforçadas, reformuladas pelas interações sociais, ou vice e versa. Dessa forma, ao se analisar as formas de agir também se está desvelando representações, dentre as quais, as de prevenção frente a agravos em saúde.

4.2 PERCURSO METODOLÓGICO

4.2.1 A abordagem qualitativa

Tendo em vista que este estudo visa compreender os aspectos psicossociais envolvidos no autocuidado frente às IST e HIV/AIDS de pessoas com transtornos mentais, optou-se pela abordagem qualitativa. Essa metodologia, que tem nas falas e comportamentos das pessoas a essência de sua investigação, permite descobrir e descrever os sentidos que os atores sociais atribuem a suas experiências e atitudes no mundo social e ao modo como compreendem este mundo, não se preocupando em quantificá-los, mas sim, em compreendê-los e explicá-los (POPE e MAYS, 2005). Segundo Parker (1991), os métodos qualitativos são capazes de fornecer subsídios para a compreensão da “cultura sexual”, entendida como um sistema de significados, conhecimentos e práticas que estruturam a sexualidade em um determinado contexto social.

Ao possibilitar a compreensão das formas de pensar-agir dos sujeitos e grupos sociais diante dos agravos e dos aspectos que os envolvem, a investigação qualitativa se constitui em uma importante ferramenta para a formulação de políticas de saúde. Contudo, estudos desta natureza não visam um conhecimento que possa ser universalizado como regra, mas sim o aprofundamento das particularidades e singularidades da experiência social dos sujeitos (FREITAS, 1998).

4.2.2 Os sujeitos e os locais de coleta de dados

Os sujeitos deste estudo foram adultos com transtornos mentais severos e persistentes em atendimento em serviços públicos de saúde mental, tendo tido como critérios de inclusão ser maior de 18 anos; estar fora de crise, indicados após avaliação do profissional que o acompanha no serviço; e aceitar participar voluntariamente desta parte da pesquisa, depois de ter sido incluído por sorteio na coleta do eixo quantitativo do Projeto PESSOAS. A seleção dos participantes, dentre todos os que atendiam a esses critérios, deu-se de forma aleatória e considerando o aceite dos mesmos, mediante os esclarecimentos sobre os objetivos do estudo e sobre a confidencialidade dos dados e o modo de realização da entrevista.

Os serviços de saúde mental onde se realizaram as entrevistas foram o Hospital Galba Veloso e Instituto Raul Soares, ambos hospitais psiquiátricos localizados em Belo Horizonte, o CERSAM César Campos, situado na cidade de Betim-MG, e o CAPS Carmo, localizado no Estado do Rio de Janeiro. A escolha destes serviços fundamentou-se no fato de serem responsáveis por atender e acompanhar a demanda de atenção a pessoas com transtornos mentais diagnosticados como graves e persistentes, tanto em crise como fora dela. Estes serviços foram escolhidos também por terem participado da amostra do eixo quantitativo do Projeto PESSOAS e, ainda, pela maior facilidade de acesso dos pesquisadores aos mesmos. Ressalta-se que a representatividade desse tipo de pesquisa está na saturação dos conteúdos, e não na distribuição espacial ou numérica dos serviços e dos sujeitos.

4.2.3 Sobre a coleta de dados, seu andamento no campo e os aspectos éticos

A coleta dos dados deu-se por meio de entrevistas abertas e em profundidade (BLANCHET; GOTMAN, 1992; BERTAUX, 2001). Tal técnica foi utilizada por se tratar de um dos recursos mais apropriados para a obtenção de material textual, a qual possibilita respostas explicativas dos participantes e contribui para a compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivações em relação aos modos de agir das pessoas em seus contextos específicos (BLANCHET; GOTMAN, 1992; BERTAUX, 2001; GASKELL, 2002). Este tipo de entrevista constitui-se um método fundamental em estudos sobre representações, por meio da

qual é possível obter dados básicos para o desvelamento dos pontos de vista dos sujeitos sobre os objetos em questão.

Os usuários foram contatados por profissionais dos serviços para a participação nas entrevistas, que foram agendadas e realizadas em salas reservadas para respeitar a privacidade e o sigilo das falas. As entrevistas foram realizadas somente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado de acordo com as regras estabelecidas pela Resolução 196, de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Este termo se encontra no apêndice A.

As entrevistas foram organizadas em duas partes. A primeira parte constou de dados objetivos dos entrevistados, como idade, nível de instrução, renda, situação conjugal, dentre outros, os quais foram anotados na folha do roteiro e gravados. A segunda parte da entrevista consistiu na entrevista aberta com as questões pertinentes ao tema, obrigatoriamente gravadas em gravador eletrônico. Tomou-se o cuidado de encontrar um ponto de partida e formas de relance que levassem os sujeitos a se manifestarem sem provocar constrangimentos que pudessem bloquear ou limitar o discurso, tendo em vista a peculiaridade do tema tratado. O roteiro da entrevista se encontra no apêndice B.

Faz-se necessário ressaltar que o roteiro foi construído para atender a vários objetivos do eixo qualitativo do Projeto PESSOAS, contendo, assim, questões que não foram enfocadas neste estudo, mas o foram em outros estudos do grupo de pesquisa (FREITAS *et al.* 2008; GOMES, 2010).

Cabe pontuar que a elaboração de um roteiro para a entrevista se deu apenas como um guia para nortear o contato entre o entrevistador e o entrevistado. As entrevistas não seguiram uma estrutura rígida de questionamentos, havendo a preocupação do roteiro não se transformar em um limite à expressão do entrevistado. Além disso, a elaboração do roteiro buscou contemplar a diversidade de situações que poderiam se apresentar, considerando que cada pessoa tem uma história única com motivações próprias. Assim, as questões foram colocadas livremente.

Não houve definição do número de participantes *a priori*. O critério para suspensão da coleta de novas entrevistas foi o de saturação dos dados, que considera a exaustão dos significados em torno dos temas tratados, pela análise preliminar de cada entrevista concomitantemente à coleta. Todas as entrevistas

foram ouvidas pelos pesquisadores que as realizaram, sendo em seguida transcritas em *WORD*[®] e *EXCEL*[®] para constituírem o banco de dados a ser analisado pelo grupo de pesquisa. Depois de digitadas, as entrevistas foram re-conferidas pelos respectivos entrevistadores. Em seguida, foram importadas para o programa de análise *NVIVO7*[®]. Os registros eletrônicos foram guardados à chave, com acesso restrito aos pesquisadores.

Foi dada a opção para que cada entrevistado criasse seu próprio pseudônimo. Todavia, alguns participantes escolheram pseudônimos que permitiam sua identificação. Dessa forma, os sujeitos serão citados pela numeração atribuída à sua entrevista. No apêndice C encontra-se a listagem com a numeração de todas as entrevistas, onde consta também a idade, diagnóstico clínico e o tipo de serviço onde o entrevistado estava sendo acompanhado.

O tempo de duração das entrevistas e o número de encontros não foram definidos *a priori*, tendo ficado a cargo do pesquisador e dos entrevistados decidirem o momento de terminar, conforme o andamento das mesmas. Elas tiveram duração média de cinquenta minutos.

Dentre todos os convidados a participar do estudo, somente um se negou ao ver que a entrevista seria gravada, mesmo tendo sido informado anteriormente disto. Em todos os demais casos, as entrevistas ocorreram sem interrupções ou desistências dos participantes.

Inicialmente foram realizadas sete entrevistas para se avaliar a pertinência do roteiro proposto. Após a realização de alguns ajustes, efetuou-se a coleta de dados que veio a compor o *corpus* das entrevistas. Foram feitas 40 entrevistas, 30 em Minas Gerais e 10 no Rio de Janeiro. Por dificuldades técnicas, uma entrevista se perdeu, realizando-se a análise final sobre 39 entrevistas.

Houve participantes que ficaram inquietos durante a realização das entrevistas o que, contudo, não prejudicou a realização das mesmas.

Algumas entrevistas exigiram maior esforço do entrevistador pelo fato do entrevistado responder apenas ao que era perguntado, com poucas palavras, o que requereu uma conversação que provocasse a expressão do entrevistado. Em alguns casos foi necessário ao pesquisador insistir com questões de relance, que retomassem assuntos abordados, buscando maiores esclarecimentos ou confirmações do que foi dito.

De forma geral, os entrevistados manifestaram ter se sentido à vontade e respondido às questões com tranquilidade, como expresso por uma participante: *“Eu fiquei morrendo de vergonha, mas eu respondi tudinho”* (E31, 29 anos). Foram narrados, inclusive, partes de histórias de vida consideradas segredos pelo sujeito, com afirmação do estabelecimento de confiança com o entrevistador. Dois entrevistados do sexo masculino manifestaram não querer falar sobre algum ponto específico da temática abordada, o que foi respeitado. Em apenas um caso a entrevista foi pouco produtiva em decorrência de *déficit* cognitivo do entrevistado.

Ao final das entrevistas, os participantes foram indagados sobre o que acharam da participação no estudo. Eles expressaram satisfação na participação, como se observa nas falas a seguir: *“Foi a primeira vez que tive uma conversa assim, e achei bom”* (E19, 37 anos); *“Dialogar é andar pra frente”* (E34, 57 anos); *“Quando é uma coisa que eu sei que é importante, eu gosto de falar, para que ajude, para que a coisa caminhe”* (E5, 44 anos); *“[...] É bom participar de um negócio desses”* (E35, 64 anos). Houve entrevistados que manifestaram contentamento pelo fato da entrevista ter propiciado um momento de ‘reflexão’ sobre suas vidas, sobre o que um deles afirmou: *“Gostei disto”* (E5, 44 anos).

No entanto, acredita-se que fatos possam ter sido omitidos ou terem sido colocados de forma não fidedigna no sentido de se autopreservar, uma vez que segundo Muraro (1996) e Petitat (1998), existem convenções entre o que pode ser dito ou não, no sentido de se manter as aparências e preservar a ‘normalidade’. Tais omissões, silêncios e segredos fazem parte das interações sociais, ainda mais em se tratando de sexualidade.

O projeto foi aprovado em todas as instâncias exigidas, incluindo os centros participantes, o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG) e a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), apresentados nos anexos 1 e 2.

4.2.4 A opção metodológica de análise das entrevistas

A análise do *corpus* das narrativas foi do tipo compreensiva, fundamentada na teoria da Análise Estrutural de Narração (Barthes *et al.*, 1981; 2008; Greimas, 1981), retomadas por Demazière; Dubar (1997). Este tipo de análise

considera as entrevistas como um processo de reflexão do sujeito sobre os temas abordados, o que leva a uma reconstrução de seus próprios modos de interpretá-los.

A análise estrutural dividiu-se em três etapas, seguindo a técnica proposta por Blanchet; Gotman (1992) e a base teórica de Demazière; Dubar (1997). Na primeira etapa foi feita a análise de cada entrevista separadamente. Esta etapa se iniciou pela leitura vertical da narrativa, quando se buscou o sentido global de cada entrevista. Nesse momento, palavras e temáticas que chamam a atenção foram marcadas, permitindo conhecer o “tom” da entrevista, os assuntos presentes e os pontos de vista de cada entrevistado, de forma preliminar durante a coleta, e posteriormente, com releituras para se ter mais clareza sobre o texto como um todo.

Na segunda etapa, foi realizada a leitura horizontal, na qual o texto foi sequenciado, fazendo surgir os enunciados que explicitam o campo e as significações para a pessoa que fala em torno de cada objeto do discurso. Este trabalho correspondeu à ‘desconstrução’ da entrevista, sendo que cada sequência (S) corresponde a um objeto da fala e é numerada de forma crescente pela ordem que aparecem na narrativa, sendo nomeadas provisoriamente. Além disso, em cada sequência foram identificados os fatos narrados, as justificativas, explicações e reflexões sobre os fatos, além dos personagens, pessoas ou grupos, que são apresentadas na narrativa como parte desses fatos ou reflexões. No segundo momento desta etapa, as sequências foram agrupadas de acordo com os assuntos abordados, quando se buscou encontrar, acompanhar e reproduzir o trabalho de categorização que o próprio entrevistado realiza, nomeando por frases ou substantivos este conjunto e fazendo a síntese do conteúdo. Esta etapa de reconstrução das entrevistas mostra as conjunções, disjunções e repetições sobre cada tema tratado porque o sujeito tem idas e vindas ao longo de sua narrativa, podendo haver sequências que estão distantes umas das outras no texto. Esta parte do trabalho resulta em uma categorização preliminar, com um título provisório escolhido pelo pesquisador, em torno do objeto central tratado pelas sequências reunidas. Como exemplo cita-se: Situações de violência sofrida, contendo as sequências (S3, S10, S14...). Essa reconstrução explicitou, assim, comportamentos, os modos de perceber, pensar sentir, expressar significados de cada participante,

em seus contextos de vida, desvelando, portanto, as representações e permitindo a elaboração de suas trajetória sexuais²⁷.

Segundo Barthes (2001), a leitura horizontal se faz fundamental, uma vez que o sentido não está no fim da narrativa, ele a perpassa, o que propicia recuperar a complexidade das experiências dos entrevistados.

Como resultado final da análise vertical e horizontal de cada entrevista, foi construída a sua síntese, num processo de reconstrução pelo pesquisador que, ao redigi-la e organizá-la, apresenta sua interpretação do conjunto da fala/texto. Para isto, considerou-se a cronologia dos acontecimentos e seus desdobramentos, o que, segundo Marková (2006), permite desvelar a configuração e estrutura dos acontecimentos que influenciam e são influenciados pelos pontos de vista dos sujeitos.

Posteriormente, na terceira etapa da análise, buscou-se encontrar o que foi comum e o que foi discordante no conjunto das falas, o que corresponde à uma forma de análise comparativa das entrevistas, na qual os significados explicitados foram categorizados e reagrupados, na chamada *leitura transversal*, sendo o agrupamento realizado por assuntos tratados, que formaram, depois de analisados, as categorias de base do estudo, chamadas de empíricas por Demazière; Dubar (1997). No apêndice H encontra-se exemplo da análise de uma entrevista.

Ainda nesta terceira etapa, foram explicitadas as representações nas categorias surgidas, que foram conjuntamente aprofundadas pelas leituras e reflexões teóricas do pesquisador, quando se deu também a comparação dos resultados do estudo com aqueles identificados em outros grupos populacionais, definindo-se categorias com o respectivo aporte teórico, chamadas de *categorias analíticas* por Demazière; Dubar (1997), o que correspondeu ao fechamento da análise.

Vale ressaltar que, fundamentando-se em Bertaux (2001) e Gauléjac (2001) que afirmam ser necessário entender que entre as experiências vividas e seu relato se interpõem diversas mediações (percepção, memória, reflexividade do sujeito, capacidade narrativa e parâmetros da situação da entrevista, dentre outros),

²⁷ Por trajetória sexual entende-se o caráter gradual e acumulativo das experiências no campo da sexualidade de cada indivíduo, bem como seus desdobramentos (LOYOLA, 2000). Uma trajetória sexual condensa uma série de episódios que caracterizam a esfera da vida sexual, e abriga datas, cenários e atores, circunstâncias envolvidos na vivência sexual, os quais aludem à moldura social que engendra o exercício da sexualidade para um determinado grupo.

estas foram ainda mais consideradas por se tratar de pessoas com transtornos mentais.

Para a interpretação dos dados considerou-se a fala do sujeito como a sua verdade, uma vez que esta descreve a realidade e aquilo em que o entrevistado acredita, mesmo inscrita, às vezes, em seus delírios e alucinações.

Para auxiliar a realização das análises, foi utilizado o *NVIVO7*[®], software que propicia a organização de dados qualitativos, permitindo sua leitura sob vários ângulos, contribuindo para análises mais fidedignas. O software foi utilizado somente após a realização da primeira etapa e seqüenciamento da segunda etapa, sendo muito útil na reconstrução de cada entrevista e na primeira parte da terceira etapa da análise, na qual as categorias nomeadas provisoriamente em cada entrevista foram reagrupadas considerando-se o conjunto das entrevistas, que após analisadas, formaram as categorias de base do estudo.

É importante esclarecer que algumas adequações foram necessárias de serem realizadas na apresentação das falas, buscando proporcionar maior clareza e concisão textual. Foram eliminadas repetições excessivas, palavras soltas e sem significado, e expressões como “né, uai”, dentre outros vícios de linguagem, uma vez que essas expressões são correntes na linguagem falada, mas podem desfavorecer em alguns momentos a inteligência do texto escrito. Foi realizada adequação das conjugações verbais colocadas incorretamente. Palavras faladas erroneamente também foram descritas aqui de forma correta, como, por exemplo, a palavra “tô”, a qual foi redigida como “estou”. Palavras que foram suprimidas do discurso ou estavam subtendidas aparecem entre colchetes. No entanto, alguns erros foram mantidos para não se perder a originalidade e espontaneidade das falas. Ressalta-se que houve uma preocupação constante em zelar pelo sentido original do que foi dito, o que fez com que algumas falas fossem re-analisadas várias vezes dentro do todo para se certificar do sentido atribuído. Além disto, todas as entrevistas foram analisadas pela coordenadora da pesquisa e pela pesquisadora do presente estudo, cruzando-se estas análises com discussões e reorientações para se chegar aos resultados.

CAPÍTULO 5: O CONTEXTO SOCIAL DOS PARTICIPANTES

A análise do material coletado mostrou a importância do contexto social de vida dos entrevistados como a *primeira categoria* analítica, porque é nele que ocorrem as interações e se produz e expressa sentimentos, pontos de vista e formas de viver. A explanação e interpretação deste contexto se mostraram de fundamental importância para a compreensão das representações dos entrevistados.

Sexo, faixa etária e tipo de serviço onde o entrevistado era acompanhado

Foram 22 entrevistados do sexo masculino e 17 do sexo feminino, sendo que entre os homens, 10 se encontravam hospitalizados e 12 em atendimento ambulatorial (CERSAM ou CAPS). Dentre as mulheres, nove estavam hospitalizadas e oito em atendimento ambulatorial. Entre os entrevistados que se encontravam em acompanhamento nos serviços ambulatoriais, alguns tinham histórico de internações em hospitais psiquiátricos, sendo que três homens afirmaram terem vivido internados por mais de 30 anos.

A faixa etária dos participantes variou entre 18 e 72 anos. Dentre as mulheres, foram duas com 18 e 19 anos respectivamente, três entre 21 e 30 anos, três entre 31 e 40 anos, seis entre 41 e 50 anos, e três entre 51 e 70 anos. Entre os homens, oito tinham idades entre 21 e 30 anos, um entre 31 e 40 anos, sete entre 41 e 50 anos, e cinco entre 51 e 70 anos. Houve um entrevistado com 72 anos de idade.

Escolaridade

Seis homens e três mulheres eram analfabetos. Quatorze homens e doze mulheres tinham ensino fundamental incompleto. Duas mulheres relataram ensino fundamental completo e um homem relatou ensino médio completo. Somente um homem alcançou diploma universitário.

A caracterização deste grupo como de baixa escolaridade é confirmada pelo eixo quantitativo do Projeto PESSOAS. Dentre os 2475 usuários de serviços de saúde mental pesquisados, 1733 não conseguiram finalizar o ensino fundamental (BRASIL, 2008b). O pequeno número de anos na escola remete, dentre outros, ao

pouco alcance que as ações de promoção da saúde sexual previstas para se darem dentro das instituições de ensino, têm para com esta população.

Emprego e renda

Apesar da maioria dos entrevistados se encontrarem em idade produtiva, somente oito (20%) dos entrevistados relataram ter emprego ou “serviço” quando da realização das entrevistas, todos eles homens. Destes, apenas três tinham carteira assinada, os quais, no momento da entrevista, estavam recebendo benefício por afastamento devido à doença. Os trabalhos citados por eles foram de caminhoneiro, trabalho no campo, marceneiro, ‘chapista’, e eletricitista. Um era profissional de saúde. Sete homens afirmaram nunca ter trabalhado. Entre as mulheres, seis nunca haviam trabalhado e cinco se disseram do lar. Seis delas relataram ter trabalhado como empregadas domésticas, operárias ou vendedoras, mas encontravam-se desempregadas quando da realização da entrevista.

Apenas oito homens e seis mulheres relataram receber algum tipo de benefício do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), e dentre estes, cinco recebiam também auxílio do “Programa de volta para casa”. Dois relataram viviam da de caridade alheia. Os demais relataram ser sustentados pela família.

Esses dados condizem com aqueles encontrados no Projeto PESSOAS, no qual apenas 62,3% dos participantes relataram alguma renda individual nos últimos seis meses, sendo que 57% relataram que a principal fonte de renda era proveniente da aposentadoria/benefícios. Neste estudo foi mostrado também que a renda familiar de 51% dos participantes era igual ou inferior a um salário mínimo (BRASIL, 2008b).

Nas entrevistas, foram comuns queixas da falta de recursos financeiros inclusive para a compra de insumos básicos, como daqueles para higiene pessoal. Houve um entrevistado o qual relatou que, apesar de ter uma aposentadoria, esta é administrada pelos familiares, os quais não lhe repassam nada desta quantia. Alguns relataram ter passado fome em determinados momentos da vida. No histórico de uma participante havia o registro de que ela havia sido encontrada na rua em situação de miséria, quando foi então conduzida para o serviço de saúde. Ter um emprego foi expresso como o maior sonho de muitos dos entrevistados, o que eles manifestaram ser ‘muito difícil de conseguir’, e atribuíram ao fato de serem vistos

como 'loucos': "*É difícil viver numa cidade pequena em que as pessoas pensam que você é doido. Ninguém te dá emprego ajuda!*" (E3, 50 anos).

A pobreza deste grupo populacional dá indícios das inúmeras limitações e dificuldades que eles enfrentam para tudo aquilo que depende de recursos financeiros para seu alcance.

Diagnósticos psiquiátricos e a identidade de pessoas 'diferentes'

Os diagnósticos clínicos estão citados apenas para fins de esclarecimento, pois não houve nenhuma intenção de se analisar, discutir ou comparar estes diagnósticos com qualquer das categorias de análise, uma vez que independentemente da especificidade do transtorno mental, todas estas pessoas necessitam de cuidados para sua saúde sexual.

Foram 13 entrevistados com diagnóstico de esquizofrenia, oito com transtornos esquizoafetivos, delirantes, afetivos orgânicos não especificados de personalidade, sete com transtorno afetivo bipolar com sintomas psicóticos, sete com transtornos psicóticos e um com mania sem sintoma psicótico. Onze tinham transtorno por uso drogas ou álcool. Dois pacientes tinham diagnóstico de psicose orgânica não especificada e três tinham retardo mental e demência precoce, com episódios depressivos. O número de diagnósticos ultrapassou o de participantes pelo fato de vários deles terem mais de um diagnóstico conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID 10).

Este perfil também se assemelha ao encontrado no eixo quantitativo do Projeto PESSOAS, o qual mostrou que quase a metade dos participantes tinha diagnóstico de esquizofrenia (1181), 629 tinham transtornos afetivos e 173 transtornos por uso de substâncias (BRASIL, 2008b).

Cabe pontuar que nenhum entrevistado citou o próprio diagnóstico, sendo a causa do acompanhamento nos serviços de saúde mental atribuída a sintomas como 'agressividade descontrolada', 'ouvir vozes', 'falar demais', 'ficar sem dormir', 'sair pelado', e também por depressão. Estes sintomas são o que os fazem se perceberem 'diferentes' ou 'anormais'. Segundo Goffman (1982), são justamente estas 'diferenças', apreensíveis também pelo olhar do outro, que imprimem 'uma marca' nestas pessoas e propiciam sua estigmatização pela sociedade. Somente

uma mulher se denominou 'doente mental'. Um entrevistado caracterizou seu comportamento quando em crise como de um 'louco'.

Entre os usuários internados por motivos decorrentes do uso de drogas, foi comum a expressão de insatisfação com o fato do tratamento se dar em serviços de saúde mental, o que se percebeu relacionado com o temor e rejeição de serem vistos como 'loucos', como se observa na fala de um deles: *"Não é porque eu estou internada aqui [se referindo ao hospital] que eu sou louca"*.

Situação conjugal e filhos

A situação conjugal mostrou-se diferenciada entre homens e mulheres. Entre os homens, apenas oito relataram ter vivido algum tipo de relacionamento estável. Destes, seis haviam se separado. Um era viúvo. Vinte encontravam-se sozinhos quando da realização das entrevistas, e apenas dois vivendo maritalmente.

Já entre as mulheres, apenas três relataram nunca ter tido um relacionamento estável. Todavia, somente três tinham um companheiro quando foram entrevistadas. Uma era viúva. Onze encontravam-se sozinhas quando da realização das entrevistas.

A maioria dos relacionamentos estáveis foi dito como não oficializados.

Estes dados caracterizam uma instabilidade nas relações conjugais estabelecidas por estas pessoas, o que também foi encontrado no eixo quantitativo do Projeto PESSOAS. Neste estudo, 1548 participantes eram solteiros ou separados, e 927 tinham união estável (BRASIL, 2008b). São dados que corroboram com também com aqueles encontrados em outros países, como já apresentado na revisão de literatura. Uma maior compreensão deste quadro será possível ao longo do próximo capítulo.

Do total de mulheres entrevistadas, somente quatro não tinham filhos. Das 13 que os tinham, quatro disseram não ter contato com estes, e nove relataram dificuldades para interagir com os mesmos. Duas tiveram a guarda de filhos perdida em decorrência do uso de drogas. Outras duas relataram ter entregado filhos para adoção por não ter como criá-los, sendo que uma delas não tinha sequer onde morar. Dentre os homens, 15 afirmaram não ter filhos. Entre os que os tinham, somente dois relataram manter contato com eles.

Dentre os 20 entrevistados que tinham filhos, o número de filhos variou entre um e sete. Cabe citar que algumas mulheres tinham filhos com diferentes pais, e um homem tinha filhos com diferentes mulheres. As dificuldades nas interações com os filhos foram atribuídas a situações de agressividade.

No eixo quantitativo do Projeto PESSOAS, mais da metade dos participantes (1438) tinha pelo menos um filho (BRASIL, 2008b).

Moradia, rede e suporte social

Ao serem indagados com quem moram, 16 entrevistados do sexo masculino relaram morar acompanhado, sendo que dois destes viviam em residência terapêutica. Seis moravam sozinhos, dos quais três relataram dispor de algum apoio. Entre as mulheres, 11 moravam acompanhadas e seis viviam sozinhas, sendo quatro com algum apoio. No entanto, o fato de morar acompanhado, ou seja, de dispor de rede social, não necessariamente significou ter suporte social²⁸, como se observa na fala de uma entrevistada: *“Eu moro com uma tia, mas é a mesma coisa de eu estar sozinha junto com ela. Ela não me dá apoio [...]. Ela não tem tempo de me escutar. Minha única amiga é a loura. A loura gelada, skol”* (E9, 19 anos).

Houve depoentes que disseram nem saber se os parentes são vivos, pois estes não os procuram. Ressalta-se que três participantes disseram já ter morado na rua, dos quais uma mulher que afirmou inclusive ter tido um filho na rua.

O eixo quantitativo do projeto PESSOAS (BRASIL, 2008b) mostrou que este cenário é ainda mais complexo. Neste estudo, 18% dos usuários relataram ter sido morador de rua. Ele mostrou também que 19,5% dos participantes moravam sozinhos.

Durante as narrativas, os participantes se queixaram do abandono familiar e do desamparo social, o que foi identificado como um motivo de grande tristeza para eles. O descaso social e familiar foi atribuído ao fato de serem vistos como ‘doidos’, ‘loucos’ ou ‘doentes mentais’, e ainda como pessoas problemáticas,

²⁸ Por rede social compreende-se o conjunto de pessoas que interagem com o indivíduo em sua realidade social cotidiana (SLUZKI, 1997), que pode ou não oferecer suporte social. Por suporte social considera-se tanto questões afetivo-emocionais, como escuta e atenção, quanto operacionais e instrumentais, dentre as quais auxílio em tarefas domésticas e para a realização do autocuidado (BRASIL, 2008c).

como se observa na fala de uma entrevistada: “*Eles tem preconceito de mim. Por eu ser assim.*” (E4, 30 anos); “*Eles me vêm como uma pessoa que só traz problemas para a família!*” (E14, 22 anos).

Os entrevistados manifestaram dificuldades em fazer amizades, alegando que muitas pessoas sempre tentam prejudicá-los ou aproveitarem-se deles:

É difícil arrumar amizade. Sempre foi assim. Logo que eu começo a fazer amizade, começa o reboiço. [...] começa a amizade e o interesse de querer me... É difícil conviver com os outros, é difícil. (E16, 38 anos)

O preconceito sentido mostrou-se a base da baixa auto-estima percebida na maioria dos participantes. Uma baixa auto-estima nesta população tem sido descrita também por outros autores em trabalhos com esta população (OLIVEIRA; 1998; SOARES, SILVEIRA, REINALDO; 2010). Acredita-se que o preconceito e o estigma sofridos se constituam em barreiras significativas para o autocuidado destas pessoas.

Uso de substâncias

O uso de bebidas alcoólicas à época da entrevista foi relatado por sete entrevistados do sexo masculino e cinco do sexo feminino, totalizando 30% do total dos participantes, sendo que alguns afirmaram ter iniciado o uso de álcool ainda na infância. No eixo quantitativo do Projeto PESSOAS, foi investigado o uso de álcool alguma vez na vida, e não somente na atualidade, o que foi afirmado por 64% dos entrevistados (BRASIL, 2008b).

Já o uso de drogas ilícitas foi relatado por sete homens e três mulheres, o que representou 25% dos entrevistados. Esta conduta foi afirmada por 21,9% dos participantes do eixo quantitativo do Projeto PESSOAS (BRASIL, 2008b).

Cabe colocar que nem todos os usuários de drogas assumiram a prática, tendo sido este dado verificado, em alguns casos, nos prontuários.

O uso de substâncias mostrou-se relacionado às sensações de angústia, solidão, exclusão, abandono: “*Bebo para extravasar o sofrimento*” (E9, 19 anos). Ele foi percebido como feito em prol de propiciar esquecimento das ansiedades e tristezas de um mundo indiferente e ameaçador, propiciando ainda a inserção grupal

e o sentimento de pertencimento e comunhão com outras pessoas. Como a vida é ruim, o uso de substâncias se torna uma forma de torná-la tolerável e prazerosa.

O uso de drogas mostrou-se também decorrente de influências do contexto de drogadição:

Eu via as pessoas usando e queria usar também. Eu via todo mundo que fumava e ficava louco, doido assim. Eu tinha inveja dos outros fumando, só eu que não fumava. Todo mundo estava fumando na minha frente. Meu irmão também. Eu passei a usar pedra, maconha, cola, haxixe... (E14, 22 anos)

Aos 12 anos eu já sabia que eu não tinha atração pelas garotas. E a droga entra nisso como um meio mesmo de me manter num grupo. Já que eu não era igual a todos [se referindo ao fato de ser homossexual], eu era no uso de drogas. (E5, 44 anos)

O consumo de drogas foi dito como causador de tumultos familiares e de desequilíbrios financeiros pelos entrevistados. Houve quem relatasse ter furtado objetos da própria casa para trocar por drogas.

Alguns manifestaram desejo em deixar as drogas, porém expuseram grandes dificuldades para conseguir superar o vício pelo contexto de drogadição: *“Lá perto da minha casa tem um monte de gente que fuma. Só de passar perto dá vontade de usar de novo”* (E14, 22anos).

O uso de álcool e drogas tem sido apontado em estudos realizados com pessoas com transtornos mentais como fatores relacionados a uma maior exposição a riscos e a uma menor capacidade para se autodefender (BASSOLS, DE BONI, PECHANKY, 2010; CAREY, CAREY, KALICHMAN, 1997; McKINNON; CURNOS, 1998; McKINNON; CURNOS; HERMAN, 2001). Esta maior exposição a riscos nestas situações também foi verificada neste estudo e será discutido ao longo das próximas partes da análise.

Violência física infringida e sofrida

Sete mulheres relataram ter sido vítimas de violência física, tendo cinco delas relatado que agrediram alguém. Dentre os homens, nove relataram episódios de agressão física contra alguém, sendo cinco contra pessoa da família e quatro contra pessoa de fora da família. Cinco disseram ter sido vítima de agressão por

outros. As situações de agressividade foram justificadas por diferentes motivos, inclusive pela escassez de alimentos. Elas foram ditas como exacerbadas pelo uso de drogas e álcool. Em alguns casos, a agressão física infringida foi afirmada como uma reação a uma agressão física sofrida.

Cabe complementar que três entrevistados do sexo masculino tinham histórico de encarceramento, sendo um por tentativa de assassinato, outro por envolvimento com drogas e ainda por roubo. Uma mulher tinha história de homicídio cometido. Um homem e uma mulher relataram ter sofrido tentativa de homicídio, ambos por envolvimento com drogas. Eles afirmaram receio de sofrerem novos atentados. No eixo quantitativo do projeto PESSOAS 25,7% dos participantes tinham histórico de encarceramento (GUIMARÃES *et al.*, 2010).

Outros dois participantes tinham histórico de tentativa de auto-extermínio. Destes, uma mulher que justificou a prática por não suportar as constantes agressões sofridas por parte do parceiro íntimo.

No eixo quantitativo do Projeto PESSOAS (BRASIL, 2008b), 58% dos participantes relataram já ter sofrido violência física alguma vez na vida. Não é propósito de este estudo adentrar em questões sobre a violência física vivida por estas pessoas, o que foi considerado como um possível preditivo para situações de violência sexual.

Os dados apresentados configuram um contexto social complexo, com grandes limitações e dificuldades vivenciadas pelas pessoas com transtornos mentais inclusive para a própria sobrevivência. Ele é reflexo da histórica exclusão social para com este grupo populacional. São dados que evidenciam lacunas no cuidado integral e sinalizam a necessidade de cuidados bem mais amplos que aqueles somente de cunho psiquiátrico para que a saúde, dentre as quais a sexual, seja possível para estes sujeitos.

CAPÍTULO 6: REPRESENTAÇÕES SOBRE SEXUALIDADE DOS ENTREVISTADOS

Neste capítulo são descritas as formas de pensar e viver a sexualidade dos entrevistados, explicitadas em suas trajetórias sexuais, que se constituem na *segunda categoria* analítica.

Para a obtenção desses dados, solicitou-se a cada participante que falasse sobre sua vida amorosa e sexual, sobre seus parceiros, o que pensavam sobre sexo e com quem conversavam sobre o assunto.

Tendo em vista as grandes assimetrias constatadas entre os gêneros, optou-se por apresentar os resultados separadamente, de forma a permitir uma melhor visualização das diferentes trajetórias vividas por cada um. A discussão acerca dos achados como um todo e considerando os reflexos da cultura sexual deste grupo na vulnerabilidade face às IST e HIV/AIDS encontra-se ao final do capítulo.

A análise dos dados apontou dificuldades comuns em todo o grupo para conversar sobre sexualidade com outras pessoas em seu cotidiano, principalmente sobre sua própria sexualidade, como uma categoria sociológica cultural que se define como um tabu social. Antes de adentrar as especificidades das formas de viver e pensar a sexualidade por homens e mulheres, esta discussão será apresentada.

6.1 A sexualidade como tabu: silenciamentos sobre si mesmo

De forma geral, os entrevistados afirmaram não conversar com ninguém sobre sexualidade. Alguns pontuaram não ter ninguém de confiança para conversar sobre o assunto. Outros relataram ter pessoas nas quais confiam, mas não conversar sobre o assunto com elas: “*Tenho alguns amigos em quem confio, mas não falo de sexo com eles*” (E1, homem, 23 anos). Houve quem relatasse não confiar em ninguém quando o assunto é sexualidade: “*Sobre isso aí [sexualidade] não converso com ninguém*” (E7, homem, 52 anos).

As dificuldades para se falar sobre sexualidade se mostraram decorrentes do fato de essa temática ser vista como pertencente à esfera do íntimo, do privado, do secreto: “*Eu não gosto de falar de intimidade não. Conversar sobre minha vida particular eu não gosto, porque a vida é só da gente [...]*” (E35, homem, 35 anos);

“Dos meus desejos, sexo, de namorado... eu não converso não. Nunca conversei não” (E21, mulher, 41 anos); *“Não gosto de falar com ninguém sobre coisa pessoal”* (E25, homem, 44 anos); *“Não conto tudo da minha vida para os amigos e familiares”* (E19, homem, 37 anos). *“Eu converso muito com minha mãe. (...) Ah, mas sobre isso [sexualidade] eu não falo não! É difícil falar disso”* (E14, mulher, 22 anos).

Esses depoimentos podem ser interpretados no mesmo sentido apresentado por Paiva (1994) para quem o silenciamento em torno da temática decorre do fato de a sexualidade ser vista como algo proibido, clandestino, que deve se dar somente entre quatro paredes e de forma confidencial.

As dificuldades foram observadas ainda como decorrentes da associação da sexualidade a aspectos morais: *“Eu tenho uma vizinha, converso muito com ela, (...), mas fora de qualquer coisa sexual. Isso não. Porque graças a Deus, nós fomos criados com muito respeito”* (E36, homem, 72 anos). *“Tem coisa que a gente não pode falar com mãe”* (E1, homem, 23 anos).

Nem mesmo com seus parceiros fixos, os entrevistados manifestaram conversar sobre sexualidade: *“Nunca falei sobre isto (sexo) com meu marido”* (E28, mulher, 63anos); *“Como que a gente pode falar de sexo, a mulher da gente vai pensar o que?”* (E7 homem, 52anos). Segundo Kauffman (1992), em se tratando de casais, essas dificuldades se dão pelo medo de se expor e jogar por terra imagens que se acredita que o outro tem do parceiro, e pelo temor quanto às consequências que essas falas podem trazer para a relação.

As dificuldades mostraram-se ainda maiores em situações em que a sexualidade foi vivida de forma violenta: *“Ah, eu não gosto de falar disso (se referindo a sua vida sexual) porque eu fui estuprada”* (E4, mulher, 30 anos). *“Eu tenho vergonha”* (E39, homem, 51 anos). Relembrar essas experiências parece trazer à tona o sofrimento vivido, o que se tenta evitar.

Também com os profissionais de saúde, os depoentes manifestaram não conversar sobre sexualidade por iniciativa deles, e não gostarem de “ficar explicando muito” quando interpelados, o que também se mostrou associado a questões morais em torno da temática: *“Não dá pra falar sobre isto no CAPS, porque as cidadãs (médica, enfermeira...) são tudo gente de família”* (E34, homem, 57 anos).

Referências de conversas com outras pessoas sobre sexualidade foram poucas e nestas, os sujeitos afirmaram fazê-lo com amigos do mesmo sexo. O tabu está em falar de sexualidade de forma franca sobre si mesmo e escutar o

interlocutor falar de si, sobretudo quando este é do sexo oposto. Estes achados reiteram o afirmado por Bozon (1995) de que as pessoas encontram maior facilidade para conversar sobre sexualidade com pessoas do mesmo sexo.

No entanto, essas pessoas relataram também ter sofrido sanções, o que resultou em silenciamento: “*Eu contava tudo para minhas amigas, mas elas ficavam bravas... agora não conto mais*” (E8, mulher, 42 anos).

Este tabu em torno da temática é, segundo Foucault (1988), uma forma de repressão sexual que se dá desde o séc. XVII e se trata de um mecanismo de poder. Este autor coloca que a partir do séc. XVIII houve uma proliferação do discurso sobre o sexo, que foi incitado pelo próprio poder de instituições como a igreja, a escola, a família, a medicina, visando maior controle da vivência sexual dos indivíduos e da população. Esta discussão veio acompanhada de uma definição de onde e de quando podia se falar sobre isto, quando então se estabeleceu regiões de silêncio como entre pais e filhos, educadores e alunos, patrões e serviçais. Tratava-se de um discurso essencialmente moralista, o que se verificou mantido na atualidade nos relatos do grupo entrevistado. As representações sobre o sexo, o ato sexual, o prazer, foram de vergonha, de coisa proibida e são, portanto, muito antigas e persistentes na cultura sexual.

O ocultamento em torno da temática foi identificado em estudos realizados com outros grupos, e foi apontado por estes autores como um aspecto dificultador não só para a prevenção dos agravos sexualmente transmissíveis, mas também para o alcance de maior prazer na vivência sexual (ANTUNES, 2002; CAMARGO; BOTELHO, 2007; DUARTE, 1987; GOZZO *et al.*, 2000; MONTEIRO, 1999; MOTA, 1998). Estas implicações também foram verificadas neste estudo, o que poderá ser observado a seguir.

6.2. As formas de viver e pensar a sexualidade de mulheres com transtornos mentais

“[...] Eu entendia que era meu dever de esposa satisfazê-lo.”

(E28, 63 anos)

6.2.1 A entrada na vida sexual

A iniciação das práticas sexuais para as entrevistadas, representadas pelo intercuro sexual, se deu na adolescência, com parceiros com quem tinham seja algum tipo de vínculo afetivo ou relacionamento estável, exceção àquelas que sofreram violência sexual desde a infância ou adolescência, o que indica que a base da experiência sexual da maioria dessas mulheres incluiu afetividade ou conjugalidade.

Os parceiros foram referidos, de maneira geral, como pessoas da mesma região de moradia e de idades mais avançadas que as delas. Eles foram citados como pessoas com prévia experiência sexual, o que se observou aceito pelas mulheres, presente em falas como *“Ele já era experiente, ia nos lugares (sexo pago), faz parte deles, né?”* (E33, 46 anos), e sinaliza a crença na sexualidade masculina como ‘instintiva’.

Não foram raros os relatos de gravidez logo no início da vivência sexual, o que dá indícios de a iniciação ter se dado de forma inesperada e sem informações claras, e evidencia o não uso de preservativo nestas circunstâncias. Em muitos relatos verificou-se que, quando da iniciação, as mulheres não sabiam nada sobre sexo, sendo que muitas demonstraram desconhecimento sobre o próprio corpo, como sintetizado na afirmação a seguir: *“Eu pensava que ia continuar virgem, não sabia que moça era uma coisa e virgem era outra não”* (E31, 29 anos).

A entrevistada E33 (46 anos) relatou ter tido sua primeira relação sexual somente após ter se casado, o que aconteceu quando ela tinha 16 anos, a qual justificou a conduta: *“Porque comigo não, ele não podia ter essas coisas não! [se referindo ao sexo]”*. Nesta fala observa-se sua conduta regida pelo temor de ser ‘mal vista’ caso se relacionasse sexualmente antes do casamento, o que pode ter se dado também no intuito de conseguir o casamento, uma vez que há também a

representação de que mulheres 'fáceis' ou 'galinhas' não são mulheres almeçadas como esposas. Faz-se necessário colocar que o casamento foi percebido como o maior projeto de vida destas mulheres, o que é compreensível num contexto onde não há perspectivas de continuidade dos estudos e tampouco de trabalho, e ainda pela maior valorização social atribuída às mulheres casadas e mães em detrimento das solteiras.

Somente uma entrevistada mostrou uma maior preparação para a iniciação das práticas sexuais. Tratava-se da participante mais jovem do grupo, a qual relatou sua primeira relação sexual aos 16 anos. Ela foi a única mulher que disse ter feito uso de anticoncepcional desde a primeira relação e que o parceiro fizera uso de preservativo para prevenção de IST e HIV/AIDS, naquele momento. A maior preparação desta depoente para o sexo seguro mostrou-se decorrente de orientações recebidas dos irmãos. No entanto, ela relatou ter aprendido sobre o corpo e sua sexualidade com o parceiro: *“Ele é que me ensinou a gostar de sexo. Ele é que me ensinou tudo. Eu o amo”* (E6, 18 anos).

Uma iniciação das práticas sexuais marcada pela passividade, imprevisibilidade, desconhecimento e despreparo para o momento, ocorrida com parceiros com vínculo afetivo, e relatada de forma geral como pouco prazerosa, foi demonstrada também em estudos realizados com mulheres de baixa renda da população em geral (MONTEIRO, 1999; HEIBORN *et al.*, 2006). Trata-se de formas de pensar e agir que corroboram com os papéis sociais preconizados para o gênero na sociedade, marcados por valores como passividade e submissão (PARKER, 1991; 1997), que se mantiveram durante toda a vivência sexual das mulheres entrevistadas.

Os relatos feitos por cinco entrevistadas sobre as primeiras aproximações com as práticas sexuais mostram situações de violência sofrida, que as marcou profundamente. Duas delas relataram terem sido violentadas sexualmente²⁹ pelo pai. Em uma dessas situações, a entrevistada disse ter denunciado à mãe a violência sexual sofrida. No entanto, a mãe não acreditou nela e insistiu que ela era mentirosa e 'louca'. A depoente relatou que a violência sexual se repetiu várias

²⁹ Por violência sexual entende-se o uso intencional de força ou poder físico, sob forma de ameaça ou ação efetiva, contra si mesmo, outra pessoa, grupo ou comunidade, que ocasiona ou tem grandes probabilidades de ocasionar lesão, morte, dano psíquico, alterações de desenvolvimento ou privações (WHO, 1996). A violência sexual inclui estupro, agressão, molestamento, assédio e incesto, ressaltando-se que a tentativa de violência sexual já é considerada uma violência sexual.

vezes, até que ela deixou sua casa: *“Eu tive que sair. Eu era ainda de menor e fui morar na rua, sozinha. Eu lavava minhas roupas no rio. [...] Eu nem fui criança, nem tive infância”* (E4, 30 anos).

Na outra situação relatada, a depoente disse ter passado, aos seus 13 anos, por uma tentativa de estupro feita pelo pai, que não se efetivou porque ela disse ter ‘gritado muito’, apesar de que ninguém a socorreu. Ela contou que o pai a dissera ter se arrependido do que fez, mas que ela não quis mais co-habitar com este, tendo relatado: *“Se for pra eu ser mulher, vou ser mulher de outro, mas não de pai”* (E31, 29 anos), demonstrando seu repúdio ao incesto.

‘De medo do pai’, esta entrevistada relatou ter ido buscar refúgio na casa de um homem de idade bem mais avançada que a dela, a quem ela chama de ‘coroa’ o qual, pouco tempo depois, coagiu-a a manter relações sexuais com ele. Sobre a iniciação das práticas sexuais vividas com este homem, ela relatou: *“Eu demorei uma semana para dar conta da primeira relação, mas ele esperou, porque eu era nova e tinha medo. No começo eu não sentia prazer, eu tinha muita vergonha. Eu era uma menina, eu quase não tinha seio!”*. O medo, a vergonha e a dor, assim como pouco prazer na iniciação das práticas sexuais estiveram presentes na maioria dos relatos das entrevistadas.

Ao final de seu relato, esta depoente fez uma auto-reflexão sobre a situação vivida no passado, quando então ela demonstra a percepção do abuso sofrido também pela pessoa a quem ela buscou proteção: *“Esse coroa se aproveitou, né, da situação!”*.

Nos dois relatos, observa-se que elas não dispuseram de apoio. O desamparo face à violência sexual sofrida no seio familiar tem sido atribuído ao fato de essa violência se dar em estruturas familiares doentes, com dificuldades oriundas do histórico familiar de cada membro, inclusive do agressor (PFEIFFER; SALVAGNI, 2005). Esse histórico parece contribuir para uma permissividade ao ato e para a cegueira e surdez relativas aos apelos das vítimas. As dificuldades de algumas mães para reagir nessas situações são atribuídas ao fato de se sentirem fracassadas em seus papéis de mãe e esposa (PFEIFFER; SALVAGNI, 2005).

Três entrevistadas relataram terem sido violentadas por pessoas de fora da família, na primeira relação sexual. Uma delas contou que a relação sexual se deu na juventude, com um homem de 60 anos:

Eu fui na casa do homem, o homem pegou e ficou comigo. Aí sucedeu a gravidez. [...] Eu fui na casa dele passear... Eu fui sem pensar em... [ter relação sexual]. Se eu saísse correndo, ele ia abusar de mim. (E18, 42 anos)

Essa depoente relatou que morava na rua quando isso aconteceu. Ela afirmou não ter tido mais envolvimento com esse homem e ter dado o filho para adoção. Outra (E16, 38 anos) relatou ter sido estuprada aos 17 anos pelo filho da patroa, na casa em que ela trabalhava como empregada doméstica. Ela denunciou o ocorrido para a patroa, que manifestou temor de uma gravidez e a demitiu, no mesmo dia.

A terceira entrevistada desse grupo relatou ter sido violentada na rua: “*Foi com um rapazinho. Eu estava numa festa. Ele me enfiou dentro do ônibus. Foi à força, numa casa abandonada. Ele quase me bateu. Foi horrível!*” (E14, 22 anos).

Tais fatos apontam para a fragilidade e um contexto social adverso, sobre os quais essas mulheres não tiveram nenhuma autonomia. Nenhuma delas denunciou a violência sofrida a uma autoridade policial, o que foi atribuído por elas à inexistência dessa possibilidade, como se observa na seguinte fala: “*Naquela época, não tinha esse negócio de denúncia*” (E16, 38 anos). Há que se pensar ainda que o silenciamento pode ter se dado por medo de represália, vergonha, sentimentos de humilhação ou culpa, e ainda por não saber como fazê-lo, tendo em vista que em alguns casos, a violência se deu ainda na infância.

A violência sexual é um problema antigo que acomete pessoas em todo o mundo. Segundo dados da WHO (2003), 25% das mulheres e 10% dos homens sofreram abuso sexual na infância, e 30% das primeiras relações sexuais são forçadas. A violência sexual contra mulheres, considerada moral e eticamente uma situação absurda e vergonhosa, tem sido entendida como decorrente das normas hierárquicas de gênero, onde os homens se vêem no direito ao controle e uso sobre o corpo feminino, configurando uma situação de abuso de poder (MARCIANI, 2002). Nesse sentido, populações mais pobres e desamparadas tem estado entre as maiores vítimas, o que ajuda a compreender a recorrência dos relatos de violência sexual sofrida nesta população.

Há que se ressaltar que a violência sexual sofrida pode ocasionar diversos tipos de danos para as vítimas, que podem permanecer durante toda a vida, ocasionando problemas na saúde física, reprodutiva, mental, fobias, pânico,

síndrome do estresse pós-traumático, depressão e outras alterações psicológicas, com repercussões na sua vida social e familiar, com diminuição da auto-estima, comprometimento dos estudos, emprego, separações conjugais, abandono de casa, gestação e contração de IST e HIV/AIDS (LABROCINI, FEGADOLI, CORREA, 2010). Em alguns relatos verificaram-se alguns destes impactos, como se percebe a seguir: *“Não gosto de sexo. Nunca senti prazer (nas vivências sexuais). Acho que é por causa do estupro”* (E4, 30 anos). E4 relatou ter tido uma filha decorrente do estupro sofrido, afirmando que *“É uma coisa muito difícil de aceitar”*, o que aponta a gravidez como uma segunda forma de violência sofrida.

6.2.2 A vivência da sexualidade ao longo da vida

Ao longo da vida da maioria das entrevistadas, as relações sexuais foram vividas predominantemente atreladas a relacionamentos estáveis, tendo suas trajetórias se caracterizado por poucos parceiros sexuais, com exceção daquelas que vendem sexo.

Foram relatadas apenas relações heterossexuais, tendo sido a homossexualidade percebida como inconcebível para elas. Nas relações estáveis, foi relatado apenas o sexo vaginal. Somente uma mulher afirmou a prática de masturbação, tanto no parceiro quanto em si própria, referindo-se ao fato de que o parceiro não conseguia ter relações com penetração e não agia com reciprocidade no ato recebido. No entanto, essa depoente manifestou descontentamento por se limitar a essa prática e desejo pelo coito, tendo expressado sentir-se ‘virgem’. A automasturbação mostrou-se representada por elas como uma prática vergonhosa e imprópria, como expresso por uma entrevistada *“[...] Eu só tinha constrangimento... eu tinha vergonha, achava muito estranho”* (E33, 46 anos), o que mostra que, apesar de poder ser vivida de forma solitária, a masturbação configura-se como moldada socialmente. O objeto masturbação não apareceu nos relatos de forma espontânea, como tantos outros assuntos, mas ao serem perguntadas, as mulheres diziam que não tinha essa prática “de jeito nenhum”, destacando-se que muitas demonstraram total desconhecimento sobre automasturbação.

Estudos feitos com mulheres de outros grupos sociais também mostram uma menor diversidade de práticas sexuais adotadas por estas, com pouco uso da

automasturbação, o que se acredita decorrer de uma maior repressão sexual que acomete as mulheres (BOZON, 1995; MONTEIRO, 1999).

A realização de práticas sexuais com parceiros mostrou-se desejada e valorizada pelas entrevistadas somente quando o afeto está presente:

[...] sexo bem feito é quando o parceiro dava amor, carinho, dormia do lado, me abraçava, fazia esta parte. Sexo mal feito é você ficar e depois ele virar pro canto e dormir. Fez aquilo, marcou a presença do homem e deixa a mulher pra lá... (E16, 38 anos)

Porém, prevaleceram nos relatos referências de vivências sexuais com grande descaso afetivo por parte dos parceiros. Foram frequentes os relatos sobre parceiros que as agrediam fisicamente, que mantinham relações extraconjugais também com pessoas do mesmo sexo e que negligenciavam os cuidados com a família. Em alguns casos, a infidelidade sofrida resultou em IST contraída, o que foi relatado por três entrevistadas. Esses fatores mostraram reflexos diretos em suas vivências sexuais, como se observa na fala que se segue:

Era ruim [...] eu não sentia prazer sexual [...] eu fazia [sexo] por fazer mesmo [...]. Ele era ruim para mim, batia em mim e nos meninos e não dava nada para nós. Eu tinha que virar de todos os jeitos pra não deixar meus filhos passar fome. [...] quanto mais ele ficava ruim pra mim, mais eu ficava longe dele. (E13, 52 anos)

Em estudo realizado por Meston (1997), a degradação das relações afetivas devido a conflitos e rancores entre o casal também foram apontadas como destruidoras da atração erótica, o que foi uma constante entre as mulheres com transtorno mental, que tiveram ou têm parceiros fixos.

Apesar de prevalecerem vivências conjugais e sexuais insatisfatórias, os relacionamentos e as práticas sexuais foram mantidos por muitos anos, em alguns casos, por toda a vida. No relato que se segue, observa-se que o rompimento do relacionamento conjugal se deu somente após a constatação da terceira ocorrência de gravidez de uma parceira extraconjugal do esposo:

Ele começou a ter outras mulheres. Apareceu uma mulher grávida dele e eu aceitei. Depois apareceu outra, e eu aceitei. Depois ele engravidou minha prima, aí eu não aceitei mais! (E31, 29 anos)

Constatou-se que tal fato associa-se à crença de ser um dever da esposa tolerar e atender o parceiro sexualmente *“Eu entendia que era meu dever satisfazê-*

lo” (E28, 63anos), bem como das dificuldades para deixar o parceiro em função de dependência financeira e da falta de apoio social para se separarem, como se percebe a seguir:

No começo foi tranquilo. Aí, depois do segundo filho, ele já começou a pular a cerca, fora. [...] Eu ficava com raiva, mas ele era muito machista. Quando queria, tinha que ter [relações sexuais]. Mas, depois de um certo tempo pra cá, o relacionamento começou assim, a ficar muito frio, por causa que eu sofria muito. Ele era uma pessoa muito responsável [...], mas de um certo tempo pra cá, ele judiou muito de mim. E naquela época, a mãe da gente era muito rígida, tinha que viver (juntos). Eu não tinha uma renda. [...] eu tinha os filhos, tinha que cuidar, fui obrigada a ficar, a ajeitar com ele até o dia de hoje. [...] Quando ele me trata bem, eu não lembro de nada do passado, nada ruim, mas quando ele me trata mal, aí volta o que ele já me fez, então eu começo a sentir ódio e tristeza, e aí só faço pra satisfazer ele, mas eu mesma não. (E33, 46 anos)

Como se observa também nesse relato, a manutenção de sexo apenas para satisfazer o parceiro mostrou-se um motivo de grande sofrimento para essas mulheres. Algumas delas manifestaram sentirem-se ‘usadas’: *“Ele só queria me usar [...] e achar que eu tinha que dar tudo pra ele. Sabe, assim, chega, te usa, e depois te joga fora feito papel higiênico”* (E16, 38 anos).

A tolerância em face dessas situações como fruto de um aprendizado social esteve evidenciada na fala de E28 (63 anos): *“Eu não sou desse tipo que fica fazendo muita pergunta. É o tipo de criação, de formação [...] suportar o insuportável. Procuro suportar o máximo que der a bem da paz”*. Implícito aqui pode estar o fato de que a manutenção do sexo se dá, inclusive, pelo temor de agressividade por parte dos parceiros.

Cabe citar que nem mesmo nas situações em que as entrevistadas relataram terem sido forçadas a relacionarem-se sexualmente com seus parceiros, essas situações foram citadas como de violência sexual sofrida, o que dá indícios da visualização da violência sexual conjugal como uma conduta ‘normal’. Essa aceitação pode advir da visão do relacionamento conjugal como lugar de condição legítima da atividade sexual (FOUCAULT, 1988). Ela parece decorrer também da representação feminina dos homens como seres focados no sexo: *“Homem não quer só ficar nos beijos e abraços”, “O negócio dele era esse [se referindo ao sexo]. Se passasse quatro ele queria”* (E13, 52 anos); *“[...] Ele só queria fazer sexo. Só sexo”* (E18, 42 anos), e evidencia a postura de submissão misturada à raiva sentida

pelas mulheres em relação aos parceiros. Assim, o homem carinhoso, que faz sexo pensando também na parceira, vivendo com ela um casamento sólido e amoroso, é um sonho das entrevistadas, que aparece como uma representação modelada pelos anúncios e novelas da televisão. Algumas se referiram a artistas para falarem do homem perfeito, com os quais gostariam de se casar, às vezes de forma exacerbada nos períodos delirantes, contrastando com o abandono, crueldade, violência e descaso em que viveram ou vivem no cotidiano com os homens.

Nos contextos de vida, pode-se afirmar que o perfil das mulheres pesquisadas apresentou-se como em investigação realizada por D'Oliveira *et al.* (2009). Os autores identificaram como fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras, a baixa escolaridade, baixa autonomia financeira da mulher, o fato da união ser informal e ter sido abusada na infância, dentre outros.

Algumas das entrevistadas com transtorno mental relataram ter rompido com o ciclo de violência doméstica, separando-se de seus parceiros, permanecendo sozinhas, mesmo em condições miseráveis de vida, muitas vezes. Porém, muitos dos relatos das mulheres apontam a preocupação em proporcionar prazer aos parceiros, o que pode derivar da necessidade de se manter o relacionamento, tendo em vista a valorização e importância deste na vida das mulheres. Ao mesmo tempo, a análise de suas falas permitiu identificar não haver preocupação dos homens com o prazer sexual de suas parceiras, expressadas em sua maioria, como pouco prazerosas. Nesse sentido, Vasconcellos *et al.* (2004), em estudo sobre os relacionamentos de casais, afirmam que a manutenção da vivência sexual é tida como fundamental para a manutenção da conjugalidade³⁰, o que para mulheres com transtorno mental não necessariamente passa por alegria e satisfação em fazer sexo com seus parceiros fixos.

No estudo acima referido, 80% das mulheres brasileiras da população geral, e 90% dos homens portugueses afirmaram ser a satisfação sexual importante para a manutenção do relacionamento conjugal.

Assim, após longo período de tolerância dos relacionamentos insatisfatórios, muitas mulheres deixaram os parceiros. Das 14 participantes com relacionamentos estáveis, 11 delas tiveram as relações conjugais rompidas. Para

³⁰ Foucault (1988) definiu por conjugalidade um sistema de alianças que se estrutura em torno de um sistema de regras que define o permitido e o proibido, o prescrito e o ilícito, funcionando com técnicas móveis, poliformas, e conjunturais de poder.

uma depoente, a separação significou ter que ir morar na rua, pois os amparos legais, como receber pensão do parceiro, se revelaram inexistentes na trajetória dessas mulheres. Esse contexto contribui, portanto, para se compreender as dificuldades que essas mulheres encontram para deixar seus parceiros, lembrando que poucas delas dispõem de apoio familiar e encontram, ainda, grandes dificuldades para conseguir emprego.

Porém, nenhuma entrevistada relatou ter se separado unicamente pela inexistência de prazer na atividade sexual do casal, bem como nenhuma delas relatou ter buscado relações extraconjugais quando dentro de relações estáveis, nem mesmo quando o parceiro não conseguia ter relações sexuais. Cometer infidelidade foi representado como algo danoso para a pessoa traída, como observado na fala de uma entrevistada que foi convidada a ter relações sexuais por um homem casado: “*Eu não vou estragar a vida da mulher dele*” (E23, 38 anos).

A menor procura pelo sexo extraconjugal por parte das mulheres tem sido associada ao controle rígido sobre a sexualidade destas na sociedade, para as quais manifestações sexuais fora do casamento são vistas como ‘absolutamente imperdoáveis’ (PARKER, 1991). No entanto, as infidelidades sexuais dos parceiros estão presentes nas narrativas da maioria das mulheres como algo a ser tolerado. Tem-se aqui, representações que estruturam a conjugalidade de parceiros heterossexuais fixos, que fazem parte da população geral (PARKER, 1991), sendo que as mulheres, muitas vezes, não têm prazer e não falam disto com seus parceiros, o que está fortemente presente entre as mulheres com transtornos mentais entrevistadas.

Dentre aquelas que romperam suas relações conjugais, algumas partiram para novos relacionamentos, o que foi motivado pela expectativa de estabelecer uma convivência conjugal satisfatória, como se observa a seguir:

Ele falou que queria um compromisso sério, que queria uma coisa certa, que as meninas só querem namorar, não querem morar junto. Aí eu gostei dele e juntamos. Ele alugou uma casa, botou meu menino no colégio. Já tem quatro anos. Ele é muito bom pra mim. Quando eu estou doente, ele faz tudo dentro de casa. (E31, 29 anos)

Paralelamente à E31, há somente um relato a mais que aponta prazer e satisfação no relacionamento sexual, justificados pela entrevistada como decorrente do cuidado e afeto recebidos do parceiro. Tratava-se de uma jovem de 18 anos, em

relacionamento recente, há menos de dois anos. Sobre sua vivência afetivo-sexual, relatou: *“Ele sempre foi uma pessoa cuidadosa, ele cuidava de mim direitinho. Eu o amo”* (E6, 18 anos). Porém, ela não estava com o parceiro atualmente, porque ele se encontrava encarcerado por homicídio quando da realização da entrevista.

Estes são, portanto, relatos destoantes, pois a maioria descreve condutas de agressividade e infidelidade por parte dos parceiros, que se repetiram em novos relacionamentos conjugais, o que fez com que algumas mulheres deixassem novamente os parceiros. Por causa das experiências infelizes, muitas manifestaram não desejarem e não terem se relacionado sexualmente novamente: *“Sexo presta não. Não presta não. Quis mais não”*. (E24, 68 anos)

Não quero ter [relações sexuais]. [...] Eu já sofri demais com homem. [...] Não tenho vontade. Só no futuro, e se o meu filho deixar. Às vezes eu ficava dentro de casa lavando, passando e cozinhando, pra eles me trair... Eu não quero não. Estou feliz assim! (E4, 30 anos)

E4 mostrou uma trajetória de muita desconfiança com os homens, mas aponta o poder destes sobre ela, agora explicitado pela existência do filho, pois ao imaginar novas relações (remotamente) deverá ter a sua aprovação, o que também evidencia a dependência de aprovação social nas formas de viver a sexualidade.

A opção de não mais se relacionar sexualmente foi observada ainda pelo temor de engravidar novamente, como ilustrado na fala de uma depoente de 42 anos: *“Não quero mais saber de homem comigo. Homem é só pra botar filho na barriga da gente”* (E18, mãe de cinco filhos), o que reafirma a inabilidade e a falta de autonomia para o controle da fecundidade presente entre as entrevistadas.

De forma geral, a interrupção das vivências sexuais não se mostrou um incômodo para as mulheres, como expresso por outra participante: *“Estou bem assim, não sinto falta de sexo”* (E21, 41 anos), o que é compreensível em face das conturbadas vivências afetivo-sexuais relatadas e do descontrole sobre as gestações.

Somente uma minoria delas manifestou sentir falta de relações sexuais, tendo uma delas se expressado: *“Não está dando para agüentar ficar sem sexo!”* (E16, 38 anos). Relataram ter se relacionado sexualmente com vários parceiros depois de separadas, na tentativa de encontrar um parceiro que quisesse ficar com elas: *“Eu ia com os homens porque queria me casar”* (E17, 47 anos). Nesta fala verifica novamente a representação do homem como ser focado em sexo, sendo

necessário praticar o sexo com estes para tê-los. Elas afirmaram ser bastante difícil conseguir um parceiro, o que atribuíram ao fato de estarem 'descuidadas', referindo-se à aparência física, além da representação da loucura, como algo negativo, que as excluem: "*Quem quer casar com uma doida?*" (E28, 63 anos). Somam-se a isto dificuldades de socialização e contexto interacional de muita fragilidade. Uma delas relatou: "*Nunca tive sorte com marido. O último está preso por tentativa de assassinato*" (E16, 38 anos). Outra mulher, de 47 anos, mãe de quatro filhos, alcoolista, declara que, na tentativa de encontrar um companheiro, acaba sendo abusada sexualmente:

[...] Quando eu acordo, acordo com um pé acima de mim... Eu me sinto assim abusada. De repente acordo com a calça suja, com a cama suja. É muito ridículo, é muita 'rebaixeza'. Eu nem conhecia (ele) direito... [Neste momento ela ficou em silêncio e abaixou a cabeça]. (E17, 47anos)

Tratava-se de uma entrevistada com maiores dificuldades para se autodefender. Era analfabeta, tinha delírios permanentes e, apesar de morar com uma filha, não tinha o apoio desta, porque têm brigas constantes e por acreditar que esta filha não é 'legítima', por ter sido fruto de um estupro. O CAPS era, para ela, o único local de referência, apesar de dizer que não consegue ir à unidade de saúde devido ao fato de ter que cuidar da neta durante o dia porque a filha trabalha. Ela manifestou inclusive desejo de ser internada, o que pode decorrer de maior segurança e proteção sentidas quando hospitalizada. Relatou, ainda, que o ex-marido a deixou quando ela engravidou depois do estupro sofrido na rua. E17 se mostra submetida e submissa a esse contexto desfavorável, em uma história de vida centrada no sofrimento, representando o hospital, no qual já esteve algumas vezes, como a possibilidade de descanso e cuidado para uma mulher que se sabe e se sente doente.

Na mesma vivência da anterior, outra entrevistada relata situação de violência sexual, infringida por um estranho, quando já estava casada. Tal fato se deu durante o dia e ela afirma que "*Foi horrível. Não dá pra gritar não. Ele não deixa gritar não*" (E21, 41anos). Foi a única mulher que relatou ter feito queixa do crime sofrido, na polícia. Não fazer nada foi a regra das mulheres que sofreram abusos sexuais, como também presente no período de iniciação sexual, analisado anteriormente. Nesse sentido, vale ressaltar que no eixo quantitativo do projeto

PESSOAS, encontrou-se taxa de 18,6% dos entrevistados que sofreram violência sexual alguma vez na vida (BRASIL, 2008). Somam-se às cinco mulheres abusadas no início da vida sexual, com aquelas já em fase adulta entre as entrevistadas no eixo qualitativo, o mesmo quadro se configura, mostrando a gravidade da situação.

Não se conhece com clareza os riscos de se adquirir uma IST em relações de violência sexual, sendo que os poucos estudos já realizados sobre a temática apontaram, em se tratando do HIV, prevalência estimada variando de 0,8 a 1,6% na população geral (OMS, 2003). O risco biológico de transmissão, nesses casos de submissão ao uso de força no contato sexual, pode ser influenciado por diversos fatores, somando-se aos que se aplicam de modo geral às relações sexuais desprotegidas, a maturidade da mucosa genital da mulher e o tipo de violência sexual sofrida, com mais ou menos agressividade, além de se considerar o número de agressores envolvidos (BRASIL, 2002). O Brasil dispõe de política de intervenção profilática de antirretrovirais nos casos de violência sexual sofrida³¹, contudo, a intervenção requer que as vítimas procurem os serviços de saúde e delatem a situação, o que se verificou não ocorrer pelos relatos das entrevistadas.

Assim, pode-se afirmar que as mulheres com transtornos mentais apresentaram representações de sexualidade que podem ser de qualquer mulher com pouca ou nenhuma autonomia, acesso aos bens e direitos de cidadania, com famílias desestruturadas e sem possibilidades de uma rede social que garanta suporte para buscar saídas, no interior da sociedade brasileira. Em investigação similar realizada por Gozzo *et al.* (2000), com mulheres adultas casadas e de baixa renda, encontrou-se formas de viver e pensar a sexualidade semelhantes às identificadas nesta pesquisa. Neste estudo, a conduta das mulheres também se caracterizou por passividade na vivência da sexualidade, com grande preocupação destas em agradar sexualmente seus parceiros. A satisfação nos relacionamentos sexuais também esteve relacionada ao afeto recebido, tendo o sexo sido associado ao risco de gravidez. As mulheres também demonstraram ter representações do homem como um ser focado no sexo, e como alguém que só pensa no próprio prazer, não se preocupando com o prazer delas. A satisfação e interesse pelo

³¹ Não existem ainda dados que comprovem a eficácia da administração profilática de anti-retrovirais nos casos de violência sexual. A adoção desta conduta tem sido justificada na analogia com a quimioprofilaxia recomendada nos casos de acidentes ocupacionais, especialmente quando péfuro-cortantes, nos quais se tem evidências mais consistentes na literatura que sugerem uma redução na taxa de infecção.

relacionamento sexual também esteve atrelada à satisfação no relacionamento conjugal. Neste estudo não foram feitas referências a situações de violência sexual sofrida pelas mulheres.

6.2.2.1 O uso do sexo como negócio

Apesar de ter sido uma minoria, trajetórias nas quais o sexo foi usado como moeda de troca foram encontradas entre as mulheres entrevistadas e são necessárias de serem enfocadas dada a grande vulnerabilidade presentes nessas situações. A venda de sexo foi relatada por duas jovens que, apesar das especificidades de suas trajetórias, estas se deram em contextos muito semelhantes.

Uma delas relatou ter sido abandonada pelos pais e levada por uma tia, profissional do sexo, para se prostituir, a fim de obter dinheiro para seu sustento. Mesmo tendo deixado o prostíbulo algum tempo depois, a prática da venda de sexo nunca mais foi abandonada, tendo sido justificada na atualidade como forma de obter dinheiro também para a compra de drogas e álcool. Essa entrevistada relatou se prostituir agora na rua, dentro de carros, e realizar todo tipo de prática sexual. Tratava-se de uma entrevistada que nunca teve um relacionamento estável. E9 disse ter aids, confirmado pelo prontuário médico, o que ela afirmou não revelar aos seus parceiros. Ela pensa que qualquer parceiro não irá aceitar sua condição, sendo o silêncio sua forma de manter relações pagas. Seu contexto familiar é de muita fragilidade, sendo a mãe também portadora de doença mental, o pai distante e a tia prostituta a única que ainda é presente na vida da entrevistada, que passa períodos na rua, entre relações sexuais, violências, assédio moral, alcoolismo e uso de drogas, e outros períodos hospitalizada porque não consegue fazer seu tratamento psiquiátrico quando em casa. Tal quadro expõe uma trajetória, na qual o risco em todos os sentidos sempre fez parte da vida dela, mas também a falta de suporte por parte do sistema de saúde. Em estudo realizado por (MARCIANI, 2002), o uso de drogas feito pelas profissionais do sexo foi justificado como um modo de suportarem a vida de rua, as humilhações a que são submetidas, os danos emocionais e físicos decorrentes desse processo, o que se acredita também se dar para esta entrevistada.

A outra depoente que relatou a venda de sexo, contou ter sido casada e seu relacionamento conjugal se romper devido ao uso das drogas não aceito pelo companheiro. Ela relatou ter perdido a guarda da filha por esse motivo. Desde então, o sexo passou a ser utilizado como uma moeda de troca, realizado ocasionalmente no intuito de conseguir mais drogas, mesmo tendo um parceiro atual estável, também usuário de drogas. Esta entrevistada justificou ter começado a fazer uso de drogas pelo contexto de drogadição de vizinhos na região onde mora: “*Eu queria ficar louca como eles*” (E14, 22 anos). Apesar de não fazer a relação direta entre os fatos, logo depois ela reafirma sua história de violência sexual sofrida. O uso de drogas pode ter sido favorecido por transtornos decorrentes da violência sexual da qual fora vítima, além de se tratar de uma mulher que não dispunha de amparo familiar.

Essas depoentes manifestaram insatisfação com a prática da venda de sexo, mas afirmam não conseguirem abandoná-la pelas dificuldades de deixar o vício das drogas, e pela falta de perspectivas em levar uma vida diferente:

Não sinto prazer, [...] nunca gozei, apesar de quase ter chegado lá. [...] Sei que deveria fazer outra coisa [se referindo à prostituição], mas não gosto [se referindo a outros tipos de trabalho]. [...] Eu gostaria de ter um namorado, mas ninguém gosta da gente! (E9, 19 anos)

Seus relatos são ilustrativos do círculo vicioso de vulnerabilidades formado por pobreza, desamparo, violência sexual sofrida, prostituição e drogadição, estando a associação desses fatores apontada em diferentes estudos (MARCIANI, 2002; RIBEIRO; DIAS, 2009). Alguns deles mostram a pobreza e a violência sexual sofrida como um preditivo para a prostituição. No entanto, a hegemonia masculina em relação à mulher é um fator que se acredita ter grande influência nesse comportamento. No eixo quantitativo do projeto PESSOAS, 14% das mulheres afirmaram ter recebido dinheiro em troca de sexo (BRASIL, 2008b), o que mostra a gravidade desta situação neste grupo.

6.2.3. Mulheres que nunca tiveram relação sexual

Dentre as participantes, duas relataram nunca ter tido relação sexual. Elas afirmaram terem sido procuradas para práticas sexuais e justificaram a recusa

pelo receio de engravidarem, como se observa no relato de uma delas: *“Não mexo com isso [se referindo ao sexo]. Não mexo com isso não. Arrumar filho, não quero não. Dá muito trabalho”* (E23, 38 anos). Nesta fala observa-se o sexo representado por gravidez, bem como o imaginário de que criar filho é muito trabalhoso. Além do temor de uma gravidez e de suas repercussões, incluindo a maternidade como algo somente possível depois de se casar, a não vivência de práticas sexuais esteve relacionada ao fato de não haver um ‘vínculo’ entre o casal, o que se constitui em algo de grande valor para elas:

Eu abracei um rapaz que queria muito [se referindo à relação sexual], mas não deixei [...] Tinha que levar a sério, estar com ele, sentir amor das duas partes, entendeu? E isso não tinha. [...] Eu tinha vontade [de ter relação], mas eles [os homens] não usavam camisinha e eu não usava anticoncepcional. Depois me engravidavam, minha mãe ia acabar comigo. Tem que ter filho só depois que casa. Meu irmão e minha irmã também tiveram filho antes de casar, e minha mãe ficou brava demais. Minha irmã ficou só chorando pelos cantos, coitadinha [...]. Ela escondeu tanto a barriga, assim bem apertado... Prefiro não ter nada. (E23, 38 anos)

Verifica-se nesta fala que sua escolha por não se relacionar sexualmente se deu ainda com base na representação de que homem não usa preservativo, além da descrição dos danos que poderia sofrer caso engravidasse, a partir das experiências alheias. Ela relatou inclusive o abandono sofrido pela mulher que engravidou do rapaz que desejava se relacionar com ela, sobre o que ela pontuou: *“Está vendo se fosse eu? Estava na mão também! Prefiro não ter nada”*, demonstrando acreditar que o mesmo desfecho lhe era esperado.

A abstenção sexual como forma de se proteger de uma gravidez, assim como os freqüentes relatos de gravidez não planejada, mostram a inacessibilidade das mulheres com transtornos mentais dos métodos anticoncepcionais, o que evidencia lacunas nas ações básicas de promoção da saúde sexual neste grupo. Estes relatos apontam também representações provenientes do jeito ‘classe média’ de pensar a vida veiculado sobretudo pela televisão e religião, expresso por todas mulheres participantes, tais como: sexo e casamento juntos, desejo de cerimônia de casamento na igreja, vestidas de branco, e filho só depois de casadas. As condições sociais de pobreza e de falta de acesso aos bens sociais não impedem que representações ‘tradicionais’, alimentem as formas de representar a sexualidade feminina.

6.2.4 Sobre relações sexuais dentro dos serviços de saúde mental

Nos relatos constataram-se haver ‘paqueras’, fantasias e desejos vividos e percebidos pelas mulheres, dentro dos serviços de saúde mental. A ‘paquera’ é uma forma de se aproximar sem se envolver e sem relacionamento sexual:

Tinha um rapaz aqui [no hospital], namorado não, uns brotos. Um era doido comigo. Outro queria namorar comigo. Mas tinha outro que morava lá perto da minha casa. Eu não gostava não. Eu sou muito assim, tímida, eu sou muito tímida (E8, 42 anos).

No entanto, passar disso é considerado como abuso. A maior parte delas representa a realização de práticas sexuais dentro destes serviços como algo que ‘não deve acontecer’. Paralelamente às razões de ordem prática e de julgamento de valor moral, houve ainda a justificativa pela crença de que homens internados com doença mental não têm libido: “*Não tem jeito de ter relações no hospital, os homens não tem vontade*” (E16, 38 anos).

Nenhuma entrevistada relatou ter se relacionado sexualmente dentro dos serviços de saúde mental, tendo havido, contudo, mulheres que afirmaram o fato considerado, por elas, como bastante conhecido de que as relações sexuais se dão às escondidas nestes serviços. Vale lembrar que, no eixo quantitativo do projeto PESSOAS, 2,5% das mulheres relataram ter tido relações sexuais dentro dos serviços de saúde mental (BRASIL, 2008b).

Considerando que a maioria destes serviços não disponibiliza preservativos para seus usuários, como afirmado na revisão de literatura, evidencia-se aí um contexto favorecedor a mais da vulnerabilidade aos agravos sexualmente transmissíveis destas pessoas.

Algumas mulheres se posicionaram contrárias a ter como parceiros pessoas que também tenham um transtorno mental, o que, para outras, se mostrou irrelevante, desde que o parceiro seja o ‘ideal’:

Teve um rapaz aqui [no hospital] que queria namorar comigo, mas como que namora louco com louco? Não dá certo não! [risos]. Porque, se os dois começarem a quebrar tudo dentro em casa? Ou, se os dois ficarem doidos e forem trazidos pro (hospital), os dois de uma vez? Fica difícil! Os ‘doidos’ tem que namorar com um normal, porque tem o normal pra segurar, pra proteger. (E4, 30 anos)

Se eu encontrar o parceiro ideal aqui [dentro do hospital] vou namorar com ele, não importa que ele seja ruim da cabeça. A gente encontrando o namorado ideal... (E16, 38 anos)

No que se resume o parceiro ideal? Para as mulheres com transtornos mentais entrevistadas, é o parceiro que se relaciona com amor, respeito, sem violência, afetos quase inexistentes em suas trajetórias de vida.

Pensar e viver a sexualidade para as mulheres está ligado diretamente à figura masculina, desde os significados do pai, ausente ou presente; de histórias de violência sexual sofridas, inclusive no interior da própria família; da visão dos homens como seres focados no sexo e a quem elas devem proporcionar prazer, mesmo quando maltratadas; da incapacidade de masturbar-se e do sexo negado como direito; da cultura de castração passada inclusive por outras mulheres, e da falta de prazer nas atividades sexuais, mas que continuam casadas ou acreditando que ainda terão um homem gentil e carinhoso. São, portanto, mulheres submissas e amedrontadas, que pensam e vivem a sexualidade como algo ruim, e que, ao longo da trajetória de vida, abandonam o desejo pelas trocas sexuais ou para terem um pouco de paz.

6.3 As formas de pensar e viver a sexualidade de homens com transtornos mentais

“Sexo é bom demais!”
(E12, 30 anos)

6.3.1 A iniciação das práticas sexuais

A iniciação das práticas sexuais entre os homens foi relatada como ocorrida na adolescência e se deu, diferentemente das mulheres, predominantemente com parceiras com quem não tinham nenhum tipo de vínculo, o que aponta a independência entre afeto, conjugalidade e vivência sexual no gênero masculino.

As parceiras mais citadas quando da iniciação sexual foram profissionais do sexo, tendo essas relações acontecidas em prostíbulos, também chamados “zona” ou “cabaré”, o que mostra a existência da representação de serem essas parceiras aquelas com quem se deve dar a iniciação sexual. Alguns entrevistados

justificaram a procura por essas parceiras pelo fato de não terem namoradas ou outras mulheres com quem se relacionarem, como explicitado na fala de um entrevistado, que procurou um cabaré pela primeira vez aos 16 anos: “*Eu não achava mulher na rua*” (E34, 57 anos). A ‘mulher na rua’ a qual se referiu E34 é uma mulher com quem ele pudesse conversar, ter também uma relação de amizade ou amorosa, alguém que se tornasse, talvez, parceira.

No entanto, a procura por mulheres que fazem sexo por dinheiro foi citada inclusive entre entrevistados que afirmaram ter namorada quando da iniciação sexual. Nestes casos, verificou-se que as namoradas foram vistas como pessoas a serem ‘respeitadas’, ficando o sexo autorizado com prostitutas. Observou-se ainda que a procura pelas profissionais do sexo se deram com base em representações de que as namoradas eram ‘jovens’ e despreparadas para a atividade sexual.

Não houve nenhuma referência a um aprendizado conjunto nas trocas sexuais nas falas dos homens, que se definem com aqueles que serão ativos nos relacionamentos com as mulheres que serão parceiras. Além disso, há o temor de não serem capazes do ato sexual e sofrerem afastamentos de namoradas, ao contrário das prostitutas, que os ensinam e os consolam, além de aceitarem que têm “problemas mentais” com tranqüilidade, o que faz com que muitos continuem, ao longo da vida, somente tendo relações sexuais com estas últimas.

Os homens relataram esta conduta com naturalidade, o que vem ao encontro do que foi afirmado por Parker (1996) sobre ‘uma cultura sexual brasileira’, para o qual a iniciação sexual masculina com profissionais do sexo é vista quase como um ritual estipulado para o gênero. Villela e Barbosa (1998) acrescentam que a aceitação social desta prática decorre da visão da sexualidade masculina como uma ‘necessidade’, o que está também presente entre as representações dos entrevistados.

A procura pelas profissionais do sexo para a iniciação da vida sexual relacionada a uma busca pela aprendizagem sexual é citada também em estudos realizados com homens de outros grupos sociais (MOTA, 1998; MONTEIRO, 1999). No entanto, esta aprendizagem sexual tem se dado, cada vez mais frequentemente, para os jovens da população em geral, com suas respectivas namoradas ou “ficantes” (HEILBORN *et al.*, 2006).

Assim, outras parceiras também foram relatadas quando da iniciação sexual pelos homens entrevistados. Alguns relataram ter tido sua primeira relação

sexual com mulheres que não eram prostitutas, mas também não eram namoradas, como se observa a seguir: *“Foi com uma mulher da favela, mas não era prostituta”* (E19, 37 anos). Esse entrevistado teve sua primeira relação sexual aos 16 anos e vivia no mesmo local da parceira.

A iniciação das práticas sexuais com parceiras com vínculo afetivo é existente, mas mínima, entre os entrevistados. Uma dessas situações foi relatada pelo mais velho dos entrevistados, tendo a relação acontecida há 54 anos. Ele contou que sua primeira relação sexual se deu somente após o casamento, quando ele tinha 18 anos. A iniciação sexual com a esposa foi interpretada como atrelada ao controle da família sobre a sexualidade da esposa: *“Eu namorava com respeito, porque o pai dela era feroz”* (E36, 72 anos).

Dois entrevistados relataram a iniciação de práticas sexuais com pessoas do mesmo sexo. Uma delas foi relatada como ocorrida dentro do hospital psiquiátrico, com um colega de enfermagem (E37, 70 anos). Afirmou tratar-se de experiência ocorrida ‘na base da amizade’, e fica claro em sua narrativa que o contexto de hospício da época era propiciador da experiência de homem que faz sexo com homem, considerando-se que se tornava o local de moradia de muitas pessoas com transtorno mental, muitas vezes até a morte, em situação de confinamento entre pessoas do mesmo sexo.

A outra situação foi relatada como ocorrida na infância (E3, 50 anos), tendo sido conduzida por um ‘homem’ de idade bem mais avançada do que o entrevistado. Ele recebia presentes desse ‘homem’ quando da realização de relações sexuais, o que lhe agradava, e não se referiu a essa vivência como de violência sexual sofrida. Depois, sobre esse ‘homem’, o entrevistado disse: *“Ele era bicha, e até morreu de aids”*, denotando que esta não era sua preferência sexual, o que foi afirmado várias vezes por quem corria o risco de ser ‘confundido’ com HSH.

Iniciação sexual tendo como parceiro um homem foi relatada por 8,5% dos homens participantes do projeto PESSOAS em seu eixo quantitativo (BRASIL, 2008b), o que não significou a manutenção de relacionamentos homossexuais ao longo de suas vidas, como foi o caso de um dos entrevistados citados, e sinaliza essas experiências como decorrentes mais de coação do que de uma opção. Em se tratando de pacientes hospitalizados como o entrevistado citado, que passou mais de trinta anos internado em hospital psiquiátrico, a relação homossexual pode ter se dado também pela falta de opção. Ressalta-se que o HSH que se apresentaram

como tal na entrevista, não necessariamente iniciaram suas trocas sexuais com outro homem.

Apesar da maior parte das iniciações sexuais relatadas pelos homens ter partido de suas iniciativas, o que evidencia o protagonismo destes nestas vivências, essas experiências não se mostraram planejadas, considerando-se os cuidados com a própria saúde e a prevenção de gravidez das parceiras. No caso de profissionais do sexo era claro em suas mentes que a responsabilidade era delas ou nem pensavam nisto. Raros foram os entrevistados que se referiram ao uso de preservativo e de anticoncepcional nessas ocasiões, não tendo sido verificado maior preocupação com a possibilidade de gravidez da(s) parceira(s), o que persistiu na trajetória de quase todos.

Em estudo realizado por Antunes *et al.* (2002), no qual foram avaliadas diferenças entre homens e mulheres sobre prevenção de IST, os homens também mostraram-se menos preocupados que as mulheres quanto ao risco de gravidez, o que pode decorrer do menor impacto desta ocorrência na vida deles quando comparado à das mulheres.

Alguns entrevistados relataram a ocorrência de gravidez por parte das parceiras, não necessariamente resultando em união do casal, tendo sido afirmado o por um deles que abandonou a parceira com quem mantinha relacionamento sexual ao saber que ela estava grávida. Entre os poucos que relataram o uso de preservativo, verificou-se que este se deu por uma exigência das parceiras, o que será abordado com maiores detalhes no capítulo que se segue.

6.3.2 A vivência da sexualidade ao longo da vida

Entre os homens, a maioria relatou, na trajetória de vida, relações sexuais casuais ou sem envolvimento afetivo e destes, somente alguns (8) viveram relacionamentos estáveis, o que expressa independência entre afeto e práticas sexuais, para eles, ao contrário das mulheres. Predominaram referências a relacionamentos heterossexuais, tendo havido dois relatos de manutenção de relacionamentos homossexuais. Entre os heterossexuais, verificou-se repúdio e preconceito aos HSH: *“Homem tem é que bater na cara deles”* enquanto os

homossexuais expressaram encontrar grandes dificuldades para serem aceitos socialmente³².

Ao se referirem ao sexo, observou-se que, assim como para as mulheres, este teve sua significação centrada no intercuro sexual. Os homens se referiram ao sexo quase sempre de forma positiva, representado como tal mesmo para aqueles que ainda não iniciaram suas atividades sexuais com parceira(o)s: “Sexo é bom demais!” (E12, 30 anos); “Eu gosto demais de sexo. [...] Eu já tive umas dez mulheres quando eu era solteiro. Gastei todo o meu dinheiro nisso aí. Já tive umas 20 mulheres por aí” (E22, 46 anos). “Eu sei que é bom” (E26, 24 anos). Sobre a atividade sexual, não houve expressões de descontentamento, incomôdo ou desgaste, como apresentado pelas mulheres. O sexo é imaginado e avaliado como ‘bom’, mesmo que isto não aconteça sempre, como narrado por alguns. A aprendizagem social aqui é de que o homem sempre tem prazer com sexo.

Apesar de se sentirem à vontade para usufruir de uma vivência sexual independentemente de algum tipo de vínculo com as parceiras, o estabelecimento de relacionamento conjugal estável e de constituição familiar mostrou-se valorizado e almejado pelos entrevistados: “Quero casar e ter filhos, mas não é fácil arrumar namorada” (E2, 27 anos); “Quero ter uma namorada. É só ela me querer” (E39, 51 anos). Este desejo também foi verificado em estudo realizado com homens de baixa renda da população em geral (MOTA, 1998). Este autor interpretou o resultado como um sinal de valor para o homem, tais como o de status social, de dominação e de prestígio, tanto em relação aos outros homens quanto no olhar das mulheres, o que se compartilha. Porém, há também representação sobre casamento/relacionamento estável, como de oposição à solidão, vontade de estabilidade e segurança de que alguém (a mulher) vai tomar conta da parte operacional de sua vida, presente também no imaginário masculino da população em geral.

Contudo, foi marcante nas falas dos homens referência às dificuldades para conseguirem parceiras, como constatado inclusive nas falas apresentadas anteriormente. Para alguns, essa dificuldade foi atribuída à ‘escassez de mulheres’:

³² Rejeição ao homossexualismo é observada na população em geral, não só no Brasil, mas também em outras culturas. Em inquérito realizado com mais de 5000 pessoas no Brasil, somente 14,6% relataram tolerância ao homossexualismo masculino (BASTOS *et al.*, 2008). Em estudo multicêntrico realizado por Newcomb *et al.* (1998), as práticas homossexuais foram consideradas erradas por 84% dos entrevistados nas Filipinas, 81% na Bulgária, 70% nos Estados Unidos, 67% na Itália, 65% no Japão, 58% na Inglaterra, 57% na Rússia e em Israel, 56% na Suécia, 51% na Alemanha e 45% na Espanha.

“Tenho vontade (de namorar), mas está faltando mulher” (E20, 25 anos). Outros atribuíram essa dificuldade ao fato de não se verem como pessoas atraentes, em decorrência do descuido com a aparência física e degradação do corpo:

Quando eu era mais novo, era um menino bonito, [...] andava arrumadinho... Agora acabou. Eu vestia roupa boa, dava banho de creme no cabelo, lavava meu carro. Agora acabou isso. Acabou a esperança. (E19, 37 anos)

As dificuldades mostraram-se, em alguns casos, decorrentes do auto-isolamento social: “*Pretendo arrumar uma namorada, mas tá difícil. Saio de casa não!*” (E27, 46 anos). Segundo Goffman (1982), o isolamento é uma das estratégias que as pessoas com doenças estigmatizantes, como é o caso dos entrevistados em questão, encontram para gerir as tensões existentes nas relações com pessoas ‘normais’.

Assim, alguns afirmaram conseguir parceiras somente quando pagas: “*As mulheres só dão pra mim quando são pagas por isso. Se não, elas não dão*” (E12, 30 anos).

As mulheres só ficam comigo por dinheiro. Não tem amizade, não tem amor, não tem nada. Quando eu estava bom, tinha mulheres. Agora, não. Eu era inteirinho, tinha os dentes todos na boca, agora tem três anos que estou sem dente... quem vai querer? (E3, 50 anos)

Esse relato aponta o desejo de poder ser ou ter sido amado, como acreditam que as outras pessoas o são, um desejo presente nas entrevistas de todos os participantes. Os relatos explicitam ainda que o preconceito vivido por pessoas com transtornos mentais é intenso e perceptível para cada um, como uma forma de consciência de diferença sobre a qual não sabem os motivos, ou quando acham que sabem, é também com o mesmo preconceito: “*Quem vai acreditar em doido?*”(E39, 52 anos).

A dificuldade em conseguir parceiras foi identificada, portanto, como o principal fator desencadeador da grande procura pelas profissionais do sexo ao longo de toda a vida, sendo estas, para muitos dos entrevistados, as únicas parceiras possíveis para a realização de práticas sexuais. Cabe pontuar que no eixo quantitativo do projeto PESSOAS, 40% dos homens entrevistados relataram o oferecimento de dinheiro em troca de sexo alguma vez na vida.

No entanto, houve dificuldades até no relacionamento com profissionais do sexo, considerando-se locomoção na cidade, desconhecimento da localização de prostíbulos ou conseguir arcar com o custo: *“Se alguém me levar lá, eu vou [...] Mas a mulher cobra muito dinheiro lá”* (E39, 51 anos).

Verificaram-se, ainda, dificuldades relacionadas à libido e também à capacidade para conseguir ter uma relação sexual, esta última afirmada por três participantes: *“Quase transei com uma namorada, mas não consegui”* (E15, 25 anos); *“A mulher tirou a roupa, ficou nuazinha pra mim. Me chamou pro quarto. Foi a primeira vez, mas o negócio (se referindo ao pênis) não subiu não”* (E39, 51 anos). Esses depoentes relataram não mais ter tentado se relacionar sexualmente, o que pode ter se dado pelo temor de passar por um novo constrangimento. Atribuíram a diminuição da libido ao adoecimento mental e ao tratamento: *“Depois que fiquei doído, estou tendo pouca relação sexual”* (E30, 24 anos); *“Por causa dos remédios que eles dão aqui (se referindo ao CAPS), não tenho mais vontade não”* (E25, 42 anos).

A diminuição da libido e as dificuldades para o desempenho sexual se mostraram fatores de grande tristeza para os depoentes, o que, segundo Bozon; Heilborn (1996) decorre da grande associação da identidade masculina com o desempenho sexual. É sabido que alguns medicamentos utilizados no tratamento dos transtornos mentais podem afetar a atividade sexual. No entanto, estes problemas podem ser desencadeados ainda por outros fatores (CORDAZ; LARANJEIRAS, 2006), o que exige avaliação pelos profissionais de saúde. Como nenhum entrevistado relatou ter conversado sobre o assunto com os profissionais do serviço de saúde, e não há anotações em seus prontuários, não se pode afirmar que estas dificuldades são decorrentes de efeitos adversos dos medicamentos. Pode-se afirmar, no entanto, que o silenciamento sobre o fato constitui-se em importante obstáculo para sua resolução, denunciando ainda a falta de estabelecimento de assistência integral às pessoas com transtorno mental.

Dificuldades para as vivências sexuais dos homens foram explicitadas ainda como relacionadas ao fato de não disporem de um local apropriado para as práticas sexuais, vivendo sem preservação de intimidade, como nos casos de residência terapêutica, longos períodos de hospitalização, ou com familiares que vivem em moradias com pouco espaço. Dois entrevistados manifestaram não ter tido nenhum tipo de vivência sexual durante os mais de vinte anos que passaram

hospitalizados, o que evidencia os impactos dessa modalidade de tratamento na vida das pessoas.

Dificuldades semelhantes para uma vivência plena da sexualidade, inclusive para conseguir parceiras e com queixas de comprometimento do desempenho sexual atribuído ao tratamento medicamentoso foram encontradas também em estudo realizado com homens com transtornos mentais (OLIVEIRA, 1998; WAINBERG, 2008).

No entanto, apesar das diversas dificuldades para as vivências sexuais, a maioria dos entrevistados manifestou a intenção de se relacionar sexualmente: *“Estou parado, mas quero voltar a ter [relações sexuais]”* (E38, 44 anos). Para os homens, viver sem relações sexuais é sinal de falta de masculinidade? Mulheres não se mostraram preocupadas ou incomodadas com a interrupção da atividade sexual, muito pelo contrário, algumas se disseram aliviadas. O que depreende mais fortemente desta análise é que representações em torno do gênero parecem criar sofrimentos para homens e mulheres.

Paralelamente às dificuldades sexuais, a análise do relato dos homens apontou a existência de dificuldades também para a manutenção dos relacionamentos estáveis. Permanecer nos relacionamentos parece demandar uma paciência e uma atenção que os homens com transtorno mentais não se sentem capazes. As causas colocadas por eles como desencadeadoras do rompimento dos relacionamentos conjugais foram a infidelidade das parceiras, o uso de drogas feito por eles com não aceitação pelas parceiras, além de dificuldades para viver maritalmente no cotidiano, sintetizadas na seguinte afirmativa: *“Não consegui ficar com ela..., falava mal de mim, brigava todo dia, me insultava; me traiu; ela gastava todo o meu dinheiro, reclamava demais de tudo, reclamava de eu pegar meus cigarros e tomar minhas cachaças”* (E35, 64 anos; E12, 30 anos; E27, 46 anos) . Houve separação pelo fato de ter descoberto que a parceira estava com aids e ele não ter contraído o vírus (E19, 37 anos), além de casos de abandono pela esposa.

O empobrecimento afetivo percebido na vivência dos homens entrevistados, paralelo à desilusão da convivência e às dificuldades em encarar seus próprios ‘defeitos’ também estão presentes nas falas das mulheres, porém, para estas, os motivos das separações são claros e estão quase sempre ligados à violência doméstica e à infidelidade, enquanto os homens nem falam disto. Para eles, nunca são os agressores e nem infiéis às suas companheiras/esposas.

Assim como para as mulheres, infidelidade conjugal mostrou-se também não tolerada pelos homens, representada como 'absurdo'. Parceiras que tiveram relações extraconjugais foram vistas como pessoas de menor valia: "*Não vale nada*" (E12, 30 anos). No entanto, sexo extraconjugal vivido pelos homens foi relatado dentre aqueles que tiveram relacionamentos estáveis, o que, apesar de não ter sido colocado por eles, pode estar relacionado também à instabilidade de suas relações conjugais, não sendo julgado com a mesma severidade que a infidelidade de suas mulheres.

Cabe citar que nenhum entrevistado que tenha tido relações extraconjugais revelou o ocorrido aos parceiros estáveis. Em inquérito de base populacional realizada por Paiva, Aranha e Bastos (2008) no Brasil identificou-se que a fidelidade tem grande valor também para a população em geral, o que auxilia a compreensão das dificuldades na franqueza nas comunicações sobre parcerias extra-conjugais.

As profissionais do sexo foram parceiras citadas como as mais procuradas nas relações extraconjugais. Os caminhoneiros relataram que as relações extraconjugais se davam quando se encontravam viajando a trabalho, considerando isto absolutamente normal e até mandatário. Essa conduta mostrou-se relacionada a valores ligados à concepção de masculinidade, como de que o homem não pode recusar quando uma mulher quer se relacionar sexualmente com ele, devendo sempre aproveitar as oportunidades: "*Se a mulher oferecer, eu pego. Todo mundo faz o mesmo!*" (E3, 50 anos).

Diferentemente das mulheres, entre os homens a automasturbação foi vista como uma conduta 'normal', tendo sido narrada com naturalidade: "*Já fiz isto muito*" (E37, 70 anos). Todavia, essa prática foi justificada como adotada em decorrência principalmente da impossibilidade de haver o sexo com penetração com outra pessoa, e não como uma opção de sexo sem risco. Essa prática foi relatada como existente também dentro das instituições de saúde mental e considerada normal quando realizada de forma discreta, mas julgada 'indecente' quando algum homem hospitalizado a realiza diante de outros.

Não é surpreendente encontrar uma maior aceitação e adoção da automasturbação entre os homens, o que foi demonstrado também em estudos realizados com homens de outros grupos sociais e é visto como decorrente de uma

maior liberdade sexual propiciada aos homens (BOZON, 1995; MONTEIRO, 1999). A adoção da masturbação como prática sexual tem sido almejada pelos programas de saúde por se tratar de uma prática segura. Além disso, trata-se de uma prática que poderia se constituir em fonte de prazer para estas pessoas, uma vez que é possível de ser realizada independentemente de se ter parceiros. Em inquérito de base populacional realizado com 5040 adolescentes no Brasil em 2005, mostrou que o apoio à prática da masturbação apresentou crescimento quando comparado à investigação similar realizada num período de sete anos atrás, de 41,7% para 56,3% para os homens, e de 35,9% para 54,3% para as mulheres (PAIVA; ARANHA; BASTOS, 2008). Este apoio foi maior, contudo, entre solteiros e separados, e com maior renda e escolaridade.

Entre os homens, houve também aqueles que manifestaram não mais pretender relacionar-se sexualmente, o que se verificou ter prevalecido em homens com idades mais avançadas. Um deles, um viúvo de 72 anos, relatou não mais se ver em idade para ter relações sexuais, demonstrando a representação da vivência sexual como imprópria para pessoas idosas. Segundo Bozon (2009), numa fase mais tardia da vida, a vivência de práticas sexuais não tem a mesma valorização quando comparada à juventude. Já para Vasconcellos *et al.* (2004), a renúncia aos interesses pela sexualidade em pessoas com idade mais avançada decorre dos estereótipos para com pessoas idosas, vistas como incapazes para o ato sexual e as quais não devam mais realizar práticas sexuais, sendo constantemente vigiadas e sancionadas, o que se compartilha.

Além disso, a decisão de não mais se relacionar sexualmente esteve embasada na representação de que uma mulher só se interessa por homens mais velhos e 'doentes' por dinheiro, o que significa gastar o que é dele e não é para isto:

Não quero saber [se referindo a ter vida sexual]. Já passei da idade, e estou [...] muito bem, graças a Deus. Tudo eu sei fazer, graças a Deus. Minha mãe me ensinou a fazer tudo. Todo o serviço de casa eu sei fazer. Então pra quê que eu vou ter companheira? Pra gastar o que é meu? As moças de rua só querem isso. [...] Esse dinheiro da aposentadoria eu suei... Quanto eu trabalhei para arrumar! Agora o que eu tenho é dos meus filhos. Amanhã eu vou botar na mão de outra? Não, são dos meus filhos que me ajudaram. Porque conforme ela [a esposa] me respeitou 23 anos aqui na colônia, eu também tenho que respeitar ela. Eu respeito ela até hoje em qualquer lugar que ela estiver. Ela sempre me visitou, me deu atenção, graças a Deus. (E36, 72 anos)

Além das representações analisadas anteriormente, ressalta-se, ainda, uma conduta de respeito para com esposa que faleceu há 12 anos, que o respeitou durante os quase trinta anos em que ele vivera hospitalizado. Tratava-se de um entrevistado que apresentou uma trajetória atípica, tendo se relacionando sexualmente somente com sua esposa durante toda sua vida: “*Não conheço mais mulher nenhuma*”, mesmo tendo recebido o estímulo dos filhos para viver um novo relacionamento afetivo-sexual.

Outros dois depoentes, um com 52 e outro com 64 anos justificaram a intenção de não mais se relacionar sexualmente pelo fato de ‘não se interessarem por ninguém’. Apesar de não deixarem claros os motivos, pode-se supor que esta conduta estaria relacionada com uma maior dificuldade em conseguir parceiras ou por falta de desejo simplesmente, devido aos medicamentos consumidos.

Nos relatos dos homens também foram identificadas situações de violência sexual sofrida ao longo da vida, presentes nas trajetórias de dois participantes. Em um destes casos a violência sexual sofrida não foi relatada pelo entrevistado (E15, 25 anos), tendo sido a informação dada por um profissional do serviço. Foi dito que um colega de enfermagem obriga-o a ter relações com feição toda noite e que este não consegue se defender. O responsável pelo serviço informou que eles seriam separados de ala por não haver como manter vigilância durante todo o tempo.

A outra situação foi relatada por um participante de 27 anos (E2), o qual afirmou ter sido molestado várias vezes na rua, quando sob efeito de drogas: “*Quando eu me drogava demais [...] já estava no sono, já era. Eu nem sabia o que tinha acontecido.*” Esse depoente relatou também ter sido molestado quando hospitalizado. Neste caso, verifica-se o uso de drogas dificultando a autodefesa e favorecendo a vulnerabilidade face aos agravos sexualmente transmissíveis. Em nenhuma destas situações a denúncia da violência sexual sofrida a uma autoridade foi relatada.

A violência sexual contra homens é pouco conhecida no Brasil. Há poucas estatísticas confiáveis sobre o número de homens e meninos violentados sexualmente. Acredita-se que as estatísticas existentes subestimam grandemente o número de vítimas masculinas. As evidências disponíveis sugerem que a probabilidade de os homens denunciarem uma agressão às autoridades seja ainda menor até que as vítimas femininas (OMS, 2002), pela vergonha em relatá-la. Assim

como nos casos de violência contra mulheres, a violência sexual contra homens também é vista associada a abuso de poder, para com homens mais indefesos e vulneráveis socialmente.

6.3.2.1 O uso do sexo como negócio

Assim como para as mulheres, o uso do sexo como uma moeda de troca, foi relatado por homens com transtornos mentais, e também esteve relacionado ao contexto de pobreza, drogadição e de violência sexual sofrida (esta última relatada por dois deles): “*Já fiz sexo em troca de fogão e botijão de gás*” (E3, 50 anos). A venda de sexo foi afirmada por 14% dos homens participantes do eixo quantitativo do projeto PESSOAS.

Diferentemente das mulheres, os parceiros, nessas situações, foram indivíduos do mesmo sexo. Estas relações foram percebidas como de grande sofrimento, uma vez que todos eles afirmaram ‘gostar é de mulher’: “*Eu chupava homem. E fazia anal também. Eu tinha que beber para dar conta de fazer isto*” (E29, 42 anos). Além da venda de sexo se tratar também de uma forma violência sexual que o sujeito faz contra si mesmo, nestes casos ela se mostra ainda mais difícil e humilhante por tocar também na identidade sexual dos homens.

6.3.3 Homens que nunca tiveram relação sexual

Dentre os participantes houve entrevistados que relataram nunca ter tido relação sexual, homens com idade inferior a 26 anos. Um deles se fundamentou em preceitos religiosos que coíbem relações sexuais antes do casamento, para justificar sua abstinência sexual:

Não faço nada não, porque na Bíblia não permite nada disso não. Porque na Bíblia está escrito assim que é pecado, que é pecado fazer sexo antes do casamento. [repete] É pecado fazer sexo antes do casamento. É pecado deitar na cama antes do casamento. Só depois que casar, entendeu? [...] Até na Igreja católica fala isso. A Bíblia fala que é pecado fazer relação fora do casamento, na Bíblia católica também fala, não sei se é católica ou se é evangélica, na Bíblia também fala. Católica e evangélica falam a mesma coisa. (E10, 25 anos)

Outro justificou não ter tido relacionamento sexual por '*estar faltando namorada*' (E26, 24 anos). No entanto, ao longo de sua entrevista, verificou-se um grande temor de contrair aids, tendo ele definido o sexo como "*pegar doença*", o que mostra o impacto que as IST podem ocasionar na vida de pessoas que não sabem como se precaver destas. O distanciamento dos métodos preservativos como um recurso para se usufruir de uma sexualidade segura foi constatado também no relato de outros depoentes.

Para homens com agravos mentais que ainda não iniciaram sua vida sexual com parceiros, muitos, certamente, são os motivos, mas chama a atenção quando se trata de sexualidade masculina que já houve introjeção suficiente de representação da masculinidade pelo ato sexual que, mesmo falando em religião, o entrevistado, de maneira constrangida, diz que gostaria de experimentá-lo, que sente vontade de ter relações e que já tentou com uma mulher, mas não conseguiu chegar ao gozo. Tal situação mostra a importância de se falar a respeito, porque, muitas vezes, é pelo delírio, devido à doença, que o sujeito se afasta do que não se sente capaz, mas este parece fundado em desinformação, falta de esclarecimento e vergonha de si devido ao transtorno mental.

6.3.4. Sobre relações sexuais dentro dos serviços de saúde mental

Entre os homens, foi relatada a realização de práticas sexuais com penetração dentro dos serviços de saúde mental, afirmada por dois entrevistados, mas com afirmações dos demais que dizem terem visto 'essas coisas' acontecerem durante a internação ou ouviram falar de casos 'acontecidos'. Um deles relatou ter mantido relações homossexuais durante os 30 anos em que esteve internado (E37, 70 anos). O outro relatou ter tido relações heterossexuais, sobre o que ele contou: "*No hospital, tem que ser rápido [se referindo ao ato sexual] pra ninguém te pegar*". Este homem afirmou ter tido relação sexual no corredor, tendo colocado que "*na ala é impossível!*" (E2, 27 anos). Além deles, vale ressaltar o caso já relatado anteriormente, de abuso sexual em enfermaria por homem mais velho que obrigava o entrevistado, ocorrido no período da coleta de dados da pesquisa.

Nenhum entrevistado manifestou restrições ao fato de terem como parceiras(os) pessoas também com algum transtorno mental.

Apesar de proibidas e de todas as medidas tomadas pelas instituições de saúde mental para evitar a ocorrência de práticas sexuais dentro dos serviços de saúde mental, esta é uma realidade, como mostrado no eixo quantitativo do projeto PESSOAS. Nesse estudo, 5,7% dos entrevistados do sexo masculino afirmaram ter feito sexo dentro das instituições de saúde mental (BRASIL, 2008b), o que mais uma vez confirma a vulnerabilidade existente nestes locais.

6.4 Sexualidade, gênero e vulnerabilidade face às IST e HIV/AIDS nas trajetórias de homens e mulheres com transtornos mentais

Comecei a escrever sobre sexo, e me deparei escrevendo quase outro tanto sobre o amor e sobre os gêneros masculino e feminino.

Anthony Giddens

As representações sobre sexualidade foram evidenciadas neste estudo tanto pelas justificativas e falas sobre as pessoas presentes em suas histórias de vida, quanto pela análise da narrativa sobre as formas de agir dos entrevistados, na descrição dos fatos ocorridos.

Elas são constituídas por um leque de representações sobre sexo, práticas sexuais, parceiros sexuais, papéis sexuais, dentre outras, formando uma trama de representações interdependentes.

Elas se mostraram estruturadas por vários fatores como idade, religião, estado civil, dentre outros, e principalmente por questões ligadas ao gênero, o que configurou grande assimetria nas formas de pensar e viver a sexualidade pelos homens e mulheres. As assimetrias se mostraram intimamente ligadas às concepções de feminilidade e masculinidade, embasadas em dicotomias opostas de natureza biológica da sexualidade masculina e feminina, sendo semelhantes às formas de viver e pensar a sexualidade de outros grupos sociais inclusive de outras culturas (BARBOSA; KOYAMA, 2008; CÁCERES, 1999; CORNWALL, 2008; GIAMI, 2007; HEILBORN, 1999; PAIVA, 1994; 2000; 2008). São concepções que ao associar valores como a instintividade, necessidade e impulso aos homens, e valores como passividade, subordinação, subserviência às mulheres, geram e alimentam desigualdades de condições entre homens e mulheres, o que propicia abusos de poder, como nas situações de violência sexual verificadas, e que torna as

mulheres sujeitos ainda mais vulneráveis. Segundo Parker (1991; 1996; 1997), estas concepções têm origem no modelo patriarcal, e são permanentemente retroalimentadas dentro de um processo complexo de elaboração cultural, sendo aprendidas desde criança e internalizadas como naturais pelos indivíduos, o que explica a sua forte ancoragem.

Ressalta-se que não foi encontrado, na origem destas representações, o discurso científico, sendo estas fortemente ancoradas em normas sociais³³, bem como em experiências de vida. Constatação semelhante está presente em estudo sobre representações acerca da sexualidade realizado por Giami (2007), o que contradiz autores como Abric (1994) e Moscovici (1978), para os quais as representações têm origem no discurso científico.

Se de um lado, confirmou-se assimetria entre gêneros, de outro, os resultados mostraram uma grande simetria nas formas de viver e pensar a sexualidade dentro de cada gênero, a despeito da vivência única de cada pessoa. Esta simetria é compreensível à luz das idéias de Gagnon (2003), para o qual as vivências sexuais se dão seguindo 'roteiros' que ensinam como as pessoas devem se comportar sexualmente em determinados momentos, o que se define como substrato para as vivências sexuais. O autor definiu roteiros sexuais como:

“[...] um papel dentro da aprendizagem da significação dos estados mentais internos, dentro da organização em sequências de práticas sexuais, da decodificação de situações inéditas; eles fixam os limites das respostas sexuais e relêem as significações dos aspectos não sexuais das existências das experiências propriamente sexuais (GAGNON, 1999:73).

Aos roteiros são atribuídos desde o reconhecimento de uma situação como erótica, passando pela escolha de quem serão os parceiros, até a forma se relacionar com estes, dentre outros, o que se dá conforme as convenções sociais sobre sexualidade. Nesse sentido, o autor ressalta a origem das condutas sexuais

³³ Por norma social compreende-se ao mesmo tempo o que é e o que deve ser o ideal. São códigos que prescrevem condutas, fazendo parte de uma visão de mundo. Segundo Foucault (2003) cada um de nós se esforça para se tornar o sujeito idealizado pelas normas, se submetendo a estas regras, às ordens, à uma autoridade que se exerce continuamente ao redor e sobre si mesmo, funcionando de forma automática. Diferentemente da lei, a norma não é claramente anunciada, nem se trata de uma limitação exterior. Ela é integrada e transformada no controle do indivíduo sobre si mesmo. A recompensa pelo cumprimento das normas está na tranquilidade social. Somente quando infringida ela é lembrada, sendo sua infração colocada como algo vergonhoso e repudiado.

tendo suas fontes no contexto, e não em uma pulsão interna, tratando-se, portanto, de um arranjo e não de um instinto.

A formação dos roteiros sexuais se dá em três níveis, sendo um deles denominado cenários culturais, nos quais se explicitam as próprias representações sobre sexualidade. O segundo nível, denominado roteiros interpessoais, funciona no nível da interação social, e apresenta uma interface entre os cenários culturais e a vida psíquica, e possibilitam que os sujeitos apresentem suas próprias respostas frente a um comportamento de outro e com regras de conduta aceitas socialmente. A aceitação e a utilização de tais roteiros constituem a base de padrões contínuos de comportamento social estruturado, ou seja, o indivíduo é um ator que atende as expectativas de outras pessoas, respeitando ou transgredindo convenções, norteados pela conduta alheia. O terceiro nível trata-se dos roteiros intrapsíquicos, os quais relacionam a constituição das características individuais do desejo das pessoas com suas experiências de vida. Estes representam o conteúdo da vida mental, em parte resultante do conteúdo dos cenários culturais e das demandas de interação, e em parte independente destes. Ligar o significado (cultural) à ação (interação social) é algo do campo intrapsíquico³⁴ (GAGNON, 2003).

De acordo com esta teoria, as pessoas primeiramente se socializam como expectadores ou aprendizes dos cenários culturais. À medida que são solicitadas a 'encenar' esses roteiros, elas podem modificá-los para atender às exigências das situações concretas em que se encontram, o que inclui as exigências das outras pessoas presentes nessas situações e em função de outras situações do contexto. Assim, passam de atores 'puros' que lêem seu texto a improvisadores com certos componentes de 'dramaturgos', o que explica condutas que divergem das representações dos sujeitos, tomadas em função de atender a demandas interacionais, como para obter aceitação social (GAGNON, 2003).

Este referencial permite a compreensão das dificuldades para a mudança nas condutas sexuais, uma vez que estas dependem de fatores interacionais, inclusive de aceitação social, ressaltando-se que a sexualidade não é aprendida e objetivada de forma isolada dos contextos de vida das pessoas.

³⁴ A relação entre cenários culturais, roteiros interpessoais e roteiros intrapsíquicos é muito complexa. Segundo Gagnon (2003), alguns indivíduos reproduzem fielmente em sua conduta cotidiana, as instruções dos cenários culturais, sem incômodo e com entusiasmo. Aqueles que as consideram estranhas são capazes de resistir e criar mecanismos de se isolar da demanda das culturas e dos papéis. Nestes casos, o autor cita que a resposta pode ser 'o crime, a loucura, a arte ou a ciência'. Não foi estipulado pelo autor se há a predominância de algum destes níveis nas práticas sociais

Diversos pesquisadores da área compartilham da existência de roteiros sexuais, dentre os quais Bozon (2009) e Giami (2004; 2007), para o quais não se atribui sentido aos atos sexuais sem a contribuição dos roteiros, pois estes são necessários para a compreensão das práticas sociais dentro do cotidiano social.

Gagnon ressalta, entretanto, a possibilidade de haver uma diversidade de roteiros e não apenas um roteiro único guiando as condutas dos indivíduos, o que está presente nos resultados deste estudo, nos quais se verificou, por exemplo, roteiros com muitos parceiros sexuais, outros com parceiros únicos, roteiros com ou sem venda de sexo. As diferenças decorreram de variações do contexto e também de experiências vividas.

As assimetrias identificadas entre os gêneros se dão, segundo Gagnon, pelo fato de que a conduta sexual e a conduta dos gêneros são interligadas, sendo os roteiros de gênero aprendidos antes dos roteiros sexuais, derivando os últimos, em parte, dos primeiros (GAGNON, 2003).

As representações sobre sexualidade, normativas e prescritivas da vivência sexual, constituem a cultura sexual do grupo, o que, segundo Foucault (1988), trata-se de uma 'verdade subjetiva' para estas pessoas, denominada pelo autor como 'teoria ou ciência da sexualidade' para os sujeitos.

Faz-se necessário salientar que algumas dessas representações passaram por mudanças ao longo da vida, o que se deu em função da faixa etária, do estado civil, bem como em função das experiências vividas, como de infidelidade. No entanto, outras se mostraram permanentes ao longo de toda a vida, como aquelas relativas ao papel sexual atribuído aos homens e às mulheres.

Algumas das representações identificadas se mostraram, num primeiro momento, favorecedoras de comportamentos que contribuem para a vulnerabilidade aos agravos sexualmente transmissíveis. No entanto, afirmar esta relação de forma contundente não foi possível, uma vez que a vulnerabilidade depende também de outros fatores. Com o intuito de aprofundar esta discussão, no próximo capítulo tratar-se-á da análise de representações dos entrevistados relativas ao autocuidado para a prevenção das IST e HIV/AIDS, quando então este cenário poderá ser melhor compreendido.

7 O AUTOCUIDADO E O CUIDADO COM OS OUTROS FACE AO RISCO DE CONTRAÇÃO DE IST E HIV/AIDS DOS ENTREVISTADOS

Neste capítulo, são focalizados os aspectos culturais envolvidos no autocuidado e no cuidado com os outros face ao risco de IST e HIV/AIDS dos entrevistados, que se constituem na *terceira categoria* analítica, resultante da interpretação dos dados. Ela explicita as representações em torno da prevenção e do cuidado consigo e com o outro em relação às infecções sexualmente transmissíveis e à aids.

Para a obtenção desses dados, foi solicitado aos entrevistados que falassem se conheciam e o que pensavam sobre as infecções que são transmitidas sexualmente, se já tiveram alguma, do risco de contraí-las, de como se protegem. Se os entrevistados não se referissem ao uso de preservativo, o assunto era colocado, questionando-se sobre o que pensam de seu uso. Foi perguntado ainda se já receberam informações sobre IST e HIV/AIDS nos serviços de saúde mental e se gostariam de recebê-las. Não foram feitas indagações diretas sobre o cuidado com os parceiros, o que, no entanto, encontrou-se nas falas.

Constatada a similaridade dos achados entre os gêneros, foi feita uma redação única dos resultados, tendo sido a discussão realizada em quatro tópicos. O primeiro analisa a percepção sobre a necessidade de cuidados para a prevenção das IST e HIV/AIDS entre os participantes. O segundo aborda a percepção do próprio risco e a estratégia de autocuidado para a proteção das IST e HIV/AIDS predominante no grupo, diretamente relacionada a essa percepção. No terceiro tópico, são colocadas situações em que o uso de preservativo foi visto como necessário, bem como as motivações e os entraves citados a seu uso. Nesse tópico são descritas, ainda, situações em que o uso foi adotado, mas interrompido ao longo da vivência conjugal. No último tópico são pontuadas outras limitações identificadas para o autocuidado face às IST e HIV/AIDS no grupo.

7.1 O cuidado para a prevenção das IST e HIV/AIDS reconhecido como necessário

A maioria dos entrevistados mostrou ter conhecimento sobre as possibilidades de transmissão de 'doenças' através dos relacionamentos sexuais, e

consequentemente da necessidade de cuidados para a autoproteção. Identificou-se como principal fator despertador da necessidade de se autocuidar a representação da aids como uma doença ‘incurável, causadora de grande sofrimento e mortal’: “*Aids é morte. Mata!*”, (E15, 15 anos; E25, 42 anos) “*Pegou aids, acabou*”, “*Aids é o fim da vida*” (E22, 46 anos; E36, 72 anos). “*Aids é uma doença perigosa, porque até hoje não acharam a cura dela, (...) e eu acho que não vão achar. Só Deus!*” (E35, 64 anos; E27, 45 anos; E12, 30anos; E18, 42 anos, E19, 37 anos). “*A aids faz ficar magrinho, cair cabelo (...). A pessoa sofre muito. Melhor nem saber*” (E11, 44 anos; E14, 22 anos).

Verificou-se ainda como fator motivador do autocuidado a crença de que pessoas infectadas pelo HIV têm intenção em transmitir a ‘doença’: “*Quem tem aids quer transmitir para se vingar*” (E19, 37 anos).

As demais IST não se mostraram motivos de maior preocupação para os entrevistados, o que se verificou decorrer da crença na possibilidade de tratamento e cura as mesmas: “*As outras tem cura, né*” (E29, 42 anos). Esse menor temor pelas demais IST, no entanto, pode decorrer também do maior desconhecimento sobre estes agravos. Poucos foram os participantes que citaram nomes de IST além da aids e que conseguiram falar algo sobre elas. Aqueles que se referiram a alguma delas, constatou-se que isso se deu pelo fato de terem sido contraídas, ou pela proximidade com pessoas que as contraíram.

Um acentuado temor da aids relacionada à sua representação de uma doença mortal, incurável e causadora de grande sofrimento foi constatado também em outros estudos, apesar de mudanças importantes no tratamento em HIV/AIDS que prolongam e melhora da qualidade de vida de pessoas infectadas (FREITAS *et al.*, 2008; GOMES, 2010; SONTAG, 1989; SOARES; SILVEIRA; REINALDO, 2010).

Os achados vão ao encontro do que foi colocado por Douglas (1994), para quem os significados atribuídos aos riscos³⁵ e, consequentemente, a

³⁵ O termo risco teve sua origem entre os séculos 16 e 17, vindo substituir a palavra perigo no contexto dos jogos de azar, comércio marítimo e da análise matemática referindo-se à chance de um evento acontecer. A partir do séc. XIX, sua relação com a probabilidade/possibilidade se fortaleceu, sendo amplamente utilizado na economia. Desde então, o termo passou a ser associado também à ideia de escolha racional, com vistas à possibilidade de ganhos e perdas. O uso do termo se expandiu para a epidemiologia, passando a ser usado na abordagem de problemas coletivos, sendo fortalecida sua imagem associada a situações negativas, expressando situações ruins ou indesejáveis. Para Douglas (1994), o termo risco significa o mesmo que perigo, referindo a algo sujo, poluído, inaceitável, mas numa forma mais decorativa. No entanto, ele se revestiu de cientificidade, passando a ser objetivamente controlado. Trata-se hoje de um termo utilizado universalmente, que

necessidade de se autocuidar, se relacionam com a extensão das consequências e com o valor social a eles atribuídos, em seus contextos sociais. Nesse sentido, o maior temor da aids pode estar relacionado ainda por ser uma infecção muito estigmatizada na sociedade. É um sentido que difere daquele atribuído ao risco na área da saúde, que é focado na probabilidade da ocorrência de algo negativo (CALVEZ, 1993; DOUGLAS, 1994).

Uma motivação para o autocuidado voltada para a valorização do estado de saúde em si esteve presente na fala de uma minoria, como explicitado a seguir:

Tem que usar o... [preservativo], tem que usar. Comigo não acontece porque eu não... [se referindo a ter relação sexual]. Mas tem que usar. Porque a vida da gente é a coisa mais maravilhosa que a gente tem. Porque se uma pessoa tiver o vírus, pode passar pro outro. [...] Porque eu não sei o que a senhora tem, e a senhora não sabe o que eu tenho... Se preservar é uma coisa muito boa. É tão bom quando se está com saúde! (E36, 72 anos)

Segundo o filósofo Georges Canguilhem (1966) *apud* Adam; Herzlich (1994), a intenção das pessoas pela saúde se dá, além da busca pelo bem estar, também como forma de inserir-se e ser aceito socialmente, uma vez que o valor atribuído à saúde tem sido cada vez maior na sociedade moderna (ADAM; HERZLICH, 1994). A pouca valorização atribuída para com seu bem estar pode decorrer, dessa forma, de sua exclusão social e de baixa auto-estima acentuada, encontradas nos resultados da presente pesquisa.

Assim, houve entrevistados que demonstraram pouco se preocupar para com o autocuidado para com a saúde e com a própria vida, o que se encontrou atrelado também à falta de sentido e de perspectivas de vida:

[...] Eu transava por transar, vivia por viver, eu não tava nem aí pra minha vida não, não tinha filho, não tinha nada, preocupar com o quê? [...] Tenho que viver o hoje sem pensar no dia de amanhã. [...] não tenho medo de nada. (E16, 38 anos)

Esse relato foi feito por uma mulher que, apesar de ter demonstrado conhecimentos acerca da necessidade do uso preservativo, afirmou não usá-lo. Tratava-se de uma pessoa que não tinha sequer onde morar, residindo de favor em

aqui foi tomado na sua acepção sociológica de perigo, involuntário ou buscado pelo sujeito ou coletivamente, como para Le Breton (1995).

casa de conhecidos. Constava em sua trajetória de vida a existência de tentativas de autoextermínio.

Outro participante apresentou destemor e fatalismo quanto ao risco de se infectar: *“Se eu pegar, posso fazer o quê? Posso fazer nada!”* (E12, 30 anos). Tratava-se de um entrevistado separado de sua mulher, que relatou ter perdido um irmão devido à aids. Ele também mostrou conhecimentos acerca da necessidade de se proteger, tendo relatado inclusive ter facilidade para obtenção de preservativos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Ainda assim, afirmou manter relações sexuais desprotegidas: *“Quem quiser que se cuide”* (E12). Seu destemor foi observado como relacionado também à falta de perspectivas na vida, tendo relatado ter sido vítima de tentativa de assassinato e estar ameaçado de morte devido ao tráfico de drogas. Este entrevistado manifestou ‘satisfação’ por ter sido hospitalizado, local onde se sente ‘seguro’.

Estes relatos remetem a Le Breton (1991), para quem sendo a morte o significativo último, jogar com a vida e com o risco de perdê-la é jogar simbolicamente com a existência, com o objetivo de conseguir um sentido a mais que tornaria a vida plena.

O autocuidado mostrou-se, ainda, desmotivado pela crença na inevitabilidade da contração de infecções: *“A doença pega para todo mundo, mesmo se [se] prevenir”* (E16, 38 anos). Percebe-se nesta fala a sensação de impotência em ser capaz de conduzir a própria saúde, onde se vê a idéia da contração de infecções quase que algo fatal. Esta fala remete também para um descrédito na eficácia dos recursos de proteção face as IST e HIV/AIDS.

Pode-se afirmar, de um lado, que a visão da doença como algo do destino é atemporal, existindo desde a antiguidade (ADAM; HERZLICH, 1994). Trata-se de uma representação proveniente do senso comum, ligada à religião e ao pensamento mágico existente em todas as sociedades, que vem sofrendo modificações devido aos grandes avanços alcançados no setor saúde, nos últimos anos. Porém, ela persiste, inclusive entre os entrevistados, o que pode ser justificado, em parte, pelo pouco acesso das pessoas a estes avanços. Sua persistência se deve também ao fato de que os seres humanos sempre encontraram explicações para situações de perigo e de morte, sobre as quais se sentem impotentes, tanto coletiva como individualmente, considerando-as como decididas pelo destino, que está fora do controle dos mortais.

Por outro lado, segundo Douglas (1994), o sentido atribuído ao risco na atualidade na área da saúde encontra-se na vertente do individualismo, por tratar a morte como uma responsabilidade de cada um e o adoecimento como uma responsabilidade quase criminal, devendo cada indivíduo fazer todo o possível (e porque não o impossível?) para se manter saudável e ter longa vida fundando-se em normas cada vez mais severas, o que tem ocasionado sentimentos de culpa nas pessoas acometidas pelos agravos. Corrobora-se com este autor, entendendo ser este o motivo pelo qual muitos entrevistados afirmaram fazer o uso do preservativo masculino nas relações sexuais, o que se verificou não ser verídico ao longo de seus próprios relatos.

A afirmação sobre o uso do preservativo parece, então, se dar tanto em decorrência de apresentar-se como uma pessoa responsável, o que é socialmente esperado, quanto para se eximir da culpa que, mesmo que indiretamente, se atribui às pessoas que não utilizam o preservativo nas relações sexuais.

7.2 A percepção do próprio risco e a estratégia de autocuidado adotada para a proteção face às IST e HIV/AIDS

Apesar de reconhecerem a possibilidade de transmissão de IST e HIV/AIDS nos relacionamentos sexuais, na visão da maioria dos entrevistados, a percepção sobre o próprio risco de se infectar esteve relacionada à representação sobre os parceiros sexuais. Para as mulheres, parceiros que representaram risco de transmissão de IST e HIV/AIDS foram apenas homens ‘doentes’ ou que frequentam a ‘zona’. Algumas citaram também os homens casados como de risco, o que parece decorrer da representação deste como de alguém que mantém vida sexual ativa. No relato que se segue, observa-se a conduta de afastamento tida por uma participante ao identificar o namorado como um ‘parceiro de risco’:

O meu namorado uma vez falou assim: ‘*Eu fui na zona*’. Aí eu não quis mais nada com ele, porque ele podia pegar uma doença em mim [...] Ele queria ficar me abraçando, me agarrando. Eu não deixei ele nem me beijar. (E8, 42 anos)

Entre os homens, as parceiras vistas como de risco foram as ‘profissionais do sexo, mulheres vadias ou que vão com muitos homens, e mulheres doentes’: “*A camisinha é preciso quando for no motel ou boate, aí tem que usar,*

claro” (E1, 22 anos); “*Quando é vadia não tem jeito [de não usar]*” (E19, 37 anos). Para eles, as mulheres casadas foram vistas como parceiras sem risco, bem como mulheres novas e viúvas, o que parece decorrer da representação dessas mulheres como de pessoas que se relacionaram com poucos parceiros sexuais.

Entre eles, verificou-se ainda, a percepção de uma parceira como de risco, quando a mulher demanda o uso de preservativo. Ao relatar que “[...] *Cuidar[se] é não transar com mulher que tem doença*”, foi indagado como sabe quando alguém tem uma doença, respondeu: “*Se [ela quiser] usar camisinha, aí você sabe*” (E26, 24 anos). Nesta fala, além da explicitação de uma falta de orientação clara que o leva a um julgamento incorreto, verifica-se a idéia do uso de preservativo associado a comportamentos de risco, à certeza de que tem infecção, o que pode contribuir para aumentar as dificuldades que alguns entrevistados demonstraram para demandar ou fazer o uso de preservativo, sob pena de serem vistos como pessoas ‘de risco’, o que será retomado no próximo tópico.

A percepção de risco visualizada apenas em determinados grupos foi encontrada em estudos realizados com os mais diversos grupos sociais (ALVES, 2003; ANDRADE E NÓBREGA, 2005; COELHO, 2006; DAMASCENO *et al.* 2009; MONTEIRO, 1999; OLTRAMARI, 2007; THIENGO *et al.*, 2005). Esta representação parece decorrer do enfoque dado a alguns grupos nas primeiras campanhas realizadas de prevenção da aids, como às profissionais do sexo. Esse enfoque foi dado pela constatação de maior incidência da transmissão em determinados grupos, o que, no entanto, acabou por propiciar uma sensação de isenção de risco nos demais grupos, e se constitui hoje em um dos aspectos dificultadores para o uso do preservativo entre parceiros que não pertençam a esses grupos.

A prevalência das IST e HIV/AIDS é, de fato, maior em ‘determinados grupos’ quando comparados à população em geral, o que, contudo, não elimina o risco existente nos demais grupos sociais, os quais inclusive têm apresentado as maiores taxas de crescimento da infecção pelo HIV nos últimos anos (BRASIL, 2008).

Devido à construção de representações de risco em apenas ‘determinados parceiros’, o autocuidado para a prevenção das IST e HIV/AIDS do grupo pesquisado se centrou em selecionar os parceiros. Não se relacionando com aqueles vistos como ‘de risco’, o uso de preservativo não foi visto como necessário,

sendo essa a principal lógica norteadora do autocuidado destas pessoas, o que se observa a seguir:

Ah, eu não poderia pegar [IST e HIV/AIDS] porque eu não sou boba, eu não aceito eles com doença. Eu não aceito. [...] Se eu não aceitei, aí eu não vou pegar aids. Eu protejo assim. Você não pega se não fizer com homem doente. (E18, 42 anos)

Observa-se nesse relato que a entrevistada se sente 'esperta' por não aceitar ter relações sexuais com homens 'doentes', demonstrando acreditar ser possível identificar quando alguém tem alguma infecção pela sua aparência física, o que foi comum entre os entrevistados: *"Eu desconfio logo quando alguém tem doença, porque vejo..."*. Verifica-se nesta crença que doença é reconhecida apenas quando há sinais e sintomas visíveis, não sendo vista como possível em pessoas com boa aparência, o que corrobora com autores como Adam; Herzlich (1994), para os quais a doença, na sociedade, se reduz à sua realidade concreta.

Para o 'processo' de seleção de parceiros, uma das escolhas é interrogar o outro sobre seu estado de saúde e sobre a existência de doenças: *"Eu que perguntava para elas se tinham doença. E elas falavam que não, que eu podia confiar"* (E3, 50 anos). Há também a crença de que os parceiros iriam espontaneamente dizer caso tivessem alguma IST e HIV/AIDS: *"Eles mesmos falam. [...] Eles falam que não tem [IST/HIV/AIDS], e eu confio"* (E18, 42 anos). Trata-se de estratégia que demonstra, além da confiança na idoneidade do parceiro e na veracidade da resposta recebida, não contar com a possibilidade de que o parceiro possa ter infecções que ele mesmo pode desconhecer.

Outra estratégia é acreditar que seria avisado por terceiros, caso se relacionasse com pessoas infectadas: *"Quando a pessoa tem a doença, todo mundo fica sabendo e avisa a gente"* (E30, 24 anos), o que demonstra a crença de que todas as pessoas infectadas são de conhecimento público.

Há, ainda, a estratégia imaginada de demandar ao parceiro a realização de exames para verificar a existência de infecções, sobretudo entre as mulheres entrevistadas, acreditando que, mediante um resultado negativo, se está protegida: *"[...] É só mandar tirar sangue e fazer exame. Eu tenho coragem de pedir para fazer exame"* (E11, 44 anos). Nesse relato verifica-se que a conduta de solicitar ao outro

que faça um exame demanda ‘coragem’ para ser efetuado, o que aponta dificuldades para a abordagem de questões sobre a saúde sexual entre parceiros.

A estratégia de ter relações com pessoas ‘conhecidas’ foi marcante nas falas do grupo resultando em sensação de segurança:

Com a [nome da mulher]... eu não uso camisinha. Com ela não. Tem dois anos que estou com ela. Eu conheço ela. [...] Eu fiquei conhecendo ela no bar, fiquei conversando com ela. [...] Ela tinha outro parceiro quando comecei [a me relacionar] com ela, mas ele foi embora para São Paulo, e então fiquei com ela pra mim. Pode ter risco, mas eu tava de olho nela tem quatro anos. Com ela eu não preciso usar camisinha. (E22, 46 anos)

[...] Se não for mulher que conhece, [...]. Porque eu acho assim. [...] se você não conhece o parceiro, você tem que prevenir, não é? Se você não conhece, com um e com outro, você não sabe. Aí então eu acho que tem que sair fora. Pode ser uma mulher bonita, se ela chegar perto de mim, eu desconfio. Eu dou mais valor a uma feia que está ali, que ninguém quer ela, mas que eu conheço, que uma mulher bonita demais. Se ela deu de cima de mim, alguma coisa tem. As bonitas são mais perseguidas. (E19, 37 anos).

No segundo relato apresentado acima, verifica-se a representação de uma mulher como não confiável quando esta toma a iniciativa na busca por relacionamentos sexuais, o que propicia a compreensão da manutenção de uma postura passiva das mulheres na vivência da sexualidade, como constatado neste estudo, o que decorre do receio de serem mal vistas caso hajam de forma diferente. Observa-se também a representação de parceiras bonitas como de maior risco para as IST e HIV/AIDS, acreditando que estas são mais procuradas para relações sexuais, definindo-se, ainda, que o multipartenariado é fator de risco para a infecção, o que é uma representação corrente que persiste também neste grupo.

No relato dos homens, constatou-se, ainda, uma sensação de segurança proveniente da crença de que mulher quando não é ‘vadia’ não representa riscos por não se relacionar com muitos parceiros, como se observa na fala de um deles: “*Eu confio nela. Ela não vai com outros homens*” (E25, 42 anos), o que também foi identificado em estudo realizado por Silva (2002), com homens casados.

Já as mulheres, apesar de terem os homens como potencialmente infiéis, e como de pessoas que só se preocupam com o prazer próprio não se importando com a saúde delas, demonstraram sentirem-se seguras pelo fato de terem poucos parceiros sexuais: “[...] *não tenho risco, por causa que eu só tenho ele, e tenho*

certeza de que ele não tem aids” (E6, 18 anos). Constatação semelhante foi apresentada em outros estudos (GIACOMOZZI; CAMARGO, 2003; SOUZA FILHO, 1998).

A questão do sexo com multiparceiros foi exaustivamente apresentada, inclusive em informações divulgadas pela televisão e rádio, sendo objetivamente um fator de risco quando não há uso de preservativo. O uso constante do preservativo permite o sexo seguro, por exemplo, no meio das profissionais do sexo, o que passou a ser um aspecto da prevenção de HIV/AIDS mais reforçado também para todas as pessoas. Entre os entrevistados, esta compreensão não foi encontrada.

Para um parceiro(a) ser considerado ‘de confiança’, bastou um pouco de conversa. A confiabilidade foi avaliada também pela apresentação pessoal do parceiro(a):

Eu sabendo que a pessoa é de confiança, não precisa usar camisinha. Só de eu ver, conversando com ela, eu sei se ela é de confiança ou não é. Só de olhar pra ela eu sinto se ela é de confiança ou não. Quando você sente que a pessoa é honesta, não precisa usar camisinha. Mas se nunca tiver visto antes, se não for conhecida, não pode confiar. (E1, 22 anos, solteiro)

Também o fato de o parceiro ser morador do mesmo bairro já foi o suficiente para que se sentissem seguros: *“Essa moça mora aqui [se referindo a uma mulher do bairro]. Com ela não tem perigo”* (E25, 42 anos).

Se, no imaginário social, o que é familiar, ‘conhecido’, parece significar proteção, conforme revelam as análises de Giami e Shiltz (1996), essa associação ganha ainda maior relevância e significado, em um contexto relacional marcado pela exclusão social.

O autocuidado realizado predominantemente através da seleção de parceiros ‘de aparência saudável’ e ‘conhecidos’ é apontado também em estudos realizados com outros grupos sociais, inclusive em outras culturas (ANTUNES *et al.*, 2002; APOSTOLIDIS, GLASMAN; ALBARRACÍN, 2003; GOGNA; RAMOS, 1999; GUIMARÃES, 2001; OLTRAMI, 2007). Nestes estudos, o autocuidado também se mostrou prejudicado pela confiança no parceiro, inclusive quanto à fidelidade³⁶ conjugal.

³⁶ A qualidade de fiel é atribuído, na cultura brasileira, àquele que não mantém relações amorosas senão com a pessoa com quem se comprometeu.

Segundo Giddens (1991), a 'confiança' se relaciona à credibilidade que uma pessoa deposita na outra. Para este autor, a confiança existe em relação ao reconhecimento de um risco, que se acredita 'pequeno'. Nesse sentido, o autor define a confiança atrelada à idéia de uma 'aposta', entendida aqui como algo que vale a pena em detrimento de ganhos obtidos com o relacionamento, como aqueles relacionados ao bem estar individual e à identidade social.

No caso do presente estudo, a confiança, depois que se usou os critérios anteriormente apresentados, pode ser considerada como uma 'confiança cega', que se encontra em um extremo do leque, apresentado por Petitat (1998) para incluir as diversas formas virtuais das interações sociais. Para o autor, a confiança cega não é possível entre as pessoas, considerando que um mundo assim seria não relacional. Pode se afirmar que, após utilização de estratégias que incluem a desconfiança, entre as pessoas com transtornos mentais entrevistadas, isto se torna possível e efetivamente utilizado. Para o autor citado, a desconfiança, que está no outro eixo das interações sociais, também é necessária, excluindo obviamente seu extremo, ao permitir que segredos sejam guardados, omissões e mentiras ocorram, protegendo e salvaguardando o privado do público, a intimidade dos sujeitos, bem como o coletivo como bem social.

Silva (2005) acrescenta que a confiança é um dos requisitos fundamentais para a realização do amor, sem a qual o relacionamento não se institucionaliza, o que também contribui para a compreensão da 'entrega' ao outro.

Entretanto, cabe ressaltar uma constatação deste estudo. Apesar de os homens verem as profissionais do sexo como uma categoria 'de risco', estas continuaram a ser procuradas. Esta conduta mostrou-se decorrente do fato de estas mulheres serem, para muitos, a única possibilidade de realização de práticas sexuais. Contudo, mesmos nestes casos, raramente usaram preservativo nestas relações, tendo prevalecido também aqui a estratégia da seleção de parceiras 'sadias e confiáveis', como se observa a seguir:

Lá, eu escolhia a mulher adequada, que é pra não ter problema. Eu nunca usei [preservativo]. Eu escolho a pessoa certa pra mim poder ficar. [...] Exatamente porque já tive gonorréia e cancro. [...] Eu já tenho gente conhecida lá [na zona]. [...] Eu procuro a mulher adequada pra não pegar, porque eu peguei e fiquei com medo. Então, já vou na pessoa certa, pra não pegar nunca mais. Eu sei que a pessoa tem condições pra aquilo. Depois que eu fiz [se referindo à seleção da profissional do sexo], não peguei mais. (E34, 57 anos)

Nesse relato, verifica-se que nem o fato de o entrevistado ter contraído IST por duas vezes fez com que o uso do preservativo fosse adotado. Ele demonstra se sentir seguro com a parceira ‘selecionada’. Cabe colocar que ele relatou ter medo de contrair IST com ‘mulheres de rua’, mas não com as mulheres do cabaré, pelo fato de as últimas serem ‘conhecidas’ para ele, não havendo preocupação sobre as multiparcerias obrigatórias devido à profissão, sem uso de preservativo.

Os critérios utilizados para a seleção de profissionais ‘sem risco’ também passaram pela análise da aparência física e pela indagação sobre a presença de doenças:

Se eu ficasse com a mulher, ela podia cobrar o valor dobrado que eu pagava, que não tinha problema. Eu falo assim pra elas: ó, se você tiver contaminada, [...] não é vergonha você falar, [...] eu te pago em dobro, mas não quero que você me contamine com essa doença. (E7, 52 anos)

Porque com as mulheres lá, eu era esperto pra caramba. Eu era cobra criada. [...] Eu ia na zona. Chegava lá, eu via ela no quarto, eu olhava pelo buraco da fechadura [...]. Na mulher andar eu sabia se ela era doente ou se não era. Agora com a aids não dá não. A aids não. As doenças venéreas a gente conhece quando a mulher tem. Porque a aids vem pelo sangue, né? (E22, 46 anos)

Vale ressaltar que E22 afirmou que não ia mais em casas de prostituição e não procurava profissionais do sexo, o que, segundo ele, o livrava dos riscos.

Cabe complementar que, entre os entrevistados que relataram nunca ter tido relação sexual, todos afirmaram que vão fazer uso de preservativo quando vierem a se relacionar sexualmente: “*Eu sei usar. Eu quero usar e vou usar*” (E15, 25 anos); “*Quando eu tiver (relação sexual) vou me proteger com camisinha*” (E10, 25 anos).

Entretanto, dentre estes, somente um apontou a percepção de risco presente em todas as pessoas: “*Todo mundo está em risco*” (E10, 25 anos), percepção que se mostrou relacionada à experiência da contração do HIV/AIDS por um familiar, em relacionamento estável. Na fala deste depoente, verificou-se ainda maior intenção em se autocuidar no intuito de não ocasionar problemas para sua mãe:

Eu penso primeiro antes de fazer as coisas. Quando eu for ter sexo, vai ser com camisinha, senão complica pra mim e para minha mãe, entendeu? Ela ia ter de cuidar de mim. Sem camisinha não vou querer. Não sei com quem mais ela (a parceira) foi pra cama! Eu quero que minha primeira relação seja com camisinha. (E10, 25 anos)

No entanto, para os demais, o risco de contrair IST e HIV/AIDS também esteve associado às representações sobre os parceiros, o que dá indícios da possibilidade do uso do preservativo não vir a ocorrer em relacionamentos com parceiros considerados ‘de baixo risco’.

Alguns homens e mulheres relataram não se verem em risco de contrair IST e HIV/AIDS, o que foi atribuído ao fato de não mais terem relacionamento sexual e por não pretenderem tê-lo novamente. Esses depoentes se caracterizaram por serem pessoas de idades mais avançadas (acima de 50 anos), e por serem separados ou viúvos. Todos eles negaram o uso de preservativo alguma vez na vida, o que foi atribuído ao fato de não disporem desse recurso quando tiveram vida sexual ativa. Entretanto, demonstraram preocupação com a percepção de risco visualizada para os filhos:

Nunca usei nada não [se referindo ao preservativo]. Já vi, mas na época, nem usava isso. Eu fiquei com medo é dos meus filhos, porque eu não mexo com nada mesmo [se referindo à relação sexual]. Eu falo pra eles usar camisinha. [...] Pra ter relação tem que usar camisinha. (E13, 52 anos, mulher que diz ter dito dois parceiros ao longo da vida e está a 19 anos não tem relação sexual)

Nesse sentido, houve manifestações de interesse em aprender mais sobre o autocuidado para a prevenção das IST e HIV/AIDS, sobretudo para orientar os filhos e também outras pessoas:

Quero fazer [se referindo a discussões sobre prevenção de DST] porque penso em mim e nos meus filhos, e penso nos outros também. Eu quero ajudar outras pessoas também. Porque se existe um buraco, e se a pessoa vai cair, eu digo: ó, não passa ali porque ali é perigoso e você vai cair. A gente precisa falar pra pessoa dar a volta e não ir por ali. Agora, muitos não pensam assim, eles querem empurrar a pessoa cada vez mais. Mas a gente não pode fazer isto. Nós temos de pensar na nossa vida e na vida dos outros também. (E36, 72 anos)

São relatos que evidenciam a importância da promoção da saúde sexual, para todas as pessoas, incluindo aspectos sobre suas sexualidades,

independentemente de sua atividade sexual na atualidade, uma vez que além de potenciais educadores para a saúde sexual de seus filhos e também de outras pessoas, a intenção de não se relacionar sexualmente é passível de ser revertida.

7.3 Situações em que o preservativo foi visto como necessário e os entraves a seu uso

Alguns entrevistados, em determinadas situações, relataram a adoção ou a tentativa de uso do preservativo nas relações sexuais para se protegerem. Cabe destacar que todas as referências feitas ao preservativo tratam do preservativo masculino, uma vez que o preservativo feminino mostrou-se desconhecido dos participantes. Acredita-se que o total desconhecimento da existência do preservativo feminino decorra tanto das falhas nas ações de promoção da saúde sexual para com estas pessoas, o que será abordado no próximo tópico, quanto pelo fato deste não ser disponibilizado gratuitamente na rede pública.

As motivações e entraves ao uso do preservativo apresentaram maiores especificidades entre os gêneros, e serão apresentados separadamente.

Entre as **mulheres** que relataram a adoção do uso do preservativo masculino nos relacionamentos sexuais, uma afirmou ter-se decidido pela conduta após ter recebido o diagnóstico do HIV. Sua conduta mostrou-se motivada pela preocupação em não querer transmitir a infecção e se prevenir de outras IST, além de ser um método anticoncepcional, considerando sua atividade profissional, a prostituição, como uma prática que a coloca em situação de maior vulnerabilidade:

[...] Eu corro risco pelo programa que eu procurei [se referindo à venda de sexo]. [...] Eu me protejo com camisinha e fico morrendo de medo da camisinha estourar e eu arrumar um filho ou transmitir a doença que tenho... [aids]. Tenho medo de pegar uma doença e pegar filho também. A camisinha pode... tem homem que... tantas coisas... não [...] aí na hora eu bebo eu fico com medo de engravidar e de pegar doença. Eu acho que a camisinha é a melhor forma de prevenir. E bater com a mão. E não ter relação também. A boca... mas é perigoso, a camisinha estoura. E atrás também, é perigoso estourar. (E9, 19 anos)

Nesse depoimento, a entrevistada cita a masturbação como alternativa de sexo sem risco, o que, no entanto, não se acredita ser seguida por ser prática não aceita como exclusiva pelos clientes e, por não ocorrer masturbação recíproca, esta

não lhe proporciona prazer na vivência sexual. A abstenção sexual está fora de seu mundo porque a venda de sexo continua sua prioridade para se sustentar e sustentar os vícios em álcool e drogas, especialmente crack.

Cabe pontuar que E9 relatou ter tido relações sexuais sem o uso do preservativo no passado, o que ela justificou pelo fato de não saber que tinha aids, mas houve inclusão desta entrevistada em outros relatos de homens e mulheres que estavam hospitalizados na mesma época, considerada como uma pessoa que não tem nenhum cuidado e também faz sexo no interior da instituição. Como é uma pessoa com transtorno mental grave, sem apoio de ninguém e vai diretamente para a rua buscar clientes, é possível imaginar que a obrigatoriedade do uso de preservativo expressa por ela, não é respeitada.

Ressalta-se, ainda, a referência ao temor de ‘pegar doença’ e engravidar quando em uso de álcool e outras drogas, o que sinaliza o comprometimento do autocuidado nestas ocasiões, o que foi também constatado nos relatos de outros entrevistados com quadro que incluem estas dependências: *“Meus parceiros usavam camisinha, mas só de vez em quando. Quando bebiam, não usavam”* (E21, 41 anos). Uma menor capacidade para se defender e maior exposição a riscos de IST e HIV/AIDS relacionada ao uso de álcool foi constatada em estudos realizados tanto com populações de baixa renda quanto em populações com maior nível social (BASSOLS; DE BONI; PECHANESKY, 2010; DESSUNTI; REIS, 2007; PAULILO; JEOLÁS, 2005; RUZANY *et al.*; 2003; TAQUETE *et al.*; 2003).

Verifica-se, ainda, que E9 fez várias referências ao fato de o preservativo ‘estourar’, o que dá indícios de sua utilização incorreta ou de seu imaginário que justifica seu não uso. Alguns estudos apontam que as taxas de preservativos que arrebentam não chegam a dois por cento e atribuem essas ocorrências ao uso incorreto do preservativo (BRASIL, 2007; NETO, 2009). Porém, há que se incluir a existência da representação do preservativo como frágil na população em geral, o que pode levar a não utilização sem culpa.

O uso do preservativo nas relações sexuais foi relatado como adotado também após a experiência da contração de uma IST de um parceiro fixo:

[...] Meu primeiro parceiro botou uma DST em mim [condiloma]. Eu tratei. Com esse aí (o parceiro atual) eu não tenho medo. Primeiro, porque eu me protejo. [...] Eu acho que o certo é usar, mas como ele não sai pra nada, é só do serviço pra casa... Ele não sai sozinho, não. Mas eu não confio nele não. Não confio em homem não. Para se proteger, eu acho que é só usando preservativo, né? E não usando seringa dos outros. Na hora que tomar [droga injetável], olhar se é descartável ou não. Passei a me proteger com esse marido, por medo já do outro. Eu me protejo pra não pegar com o segundo, porque a doença que eu tive foi séria, mas não foi aids. Do mesmo jeito que foi ela, podia ser aids. Aí com esse, eu me protejo. (E31, 29 anos)

Esse relato foi feito por uma entrevistada que afirmou nunca ter feito uso de preservativo no primeiro relacionamento estável, a qual deixou o parceiro devido à constatação da IST. Observa-se que ela faz uma analogia da vulnerabilidade a que esteve exposta para a aids, o que parece ser o maior fator motivador do uso do preservativo no atual relacionamento estável. Além disso, contou ter presenciado muito sofrimento de um amigo que contraíra aids, o que também pode ter contribuído para a adoção do uso do preservativo nas relações sexuais.

Constata-se, ainda, que a experiência da infidelidade por parte do parceiro, fez com que a depoente passasse a não mais confiar em homens, apesar de encontrar critérios para acreditar no parceiro atual, o que evidencia mudanças nas representações ao longo da vida, neste caso, em função das experiências vividas como, ao mesmo tempo, retroalimentação e desconstrução das representações, ocasionando modificações também naquelas sobre o autocuidado.

Em outro relato, a motivação para a adoção do uso do preservativo também foi a experiência da contração de uma IST do parceiro fixo (sífilis). Entretanto, nesse caso, o relacionamento foi mantido, com relações sexuais desprotegidas pelas dificuldades de conversa entre o casal e resistências, por parte do parceiro, ao uso de preservativo:

Eu uso [preservativo], mas tem muitas vezes entre o casal, muitas vezes a mulher quer usar, mas às vezes... O meu esposo mesmo às vezes chega pra mim e fala assim: Por que você quer usar preservativo? Você tem outro homem? O que eu vou dizer? Então a gente tem ainda esse preconceito, às vezes, do marido chegar e falar isso. (E33, 46 anos)

Esse relato foi feito por uma participante que citou várias situações de infidelidade por parte do parceiro. Este se opõe ao uso do preservativo demandado pela esposa, associando-o a um suposto comportamento infiel por parte desta, o

que a intimida e faz com que ceda a relações desprotegidas, encontrando formas de confiar desconfiando do parceiro:

Hoje eu vejo que ele não tem [outra]. [...] Pra trás eu não confiaria, mas hoje eu... Não é que a gente confia, a gente tem sempre uma desconfiança, a gente quer confiar. Dizer assim, eu confio mesmo, a gente não confia, porque o homem, ele é sempre..., né? Mas assim, por ele já ter sido uma pessoa assim, e pelo que ele fala pra mim hoje, que jamais trairia... que faria certas coisas pra não trazer doença pra dentro de casa, às vezes eu me previno, e às vezes termino de fazer uma relação sem a camisinha. (E33, 46 anos)

As estratégias de sobrevivência do casal são adotadas em função das negociações com a realidade, com tolerância fundada em representações sobre os gênero masculino e feminino, que incluem fidelidade e infidelidade como da natureza do primeiro, mas também em função do contexto relacional, que inclui dificuldades de conversas francas e calmas sobre o tema. Além disso, há a dependência do parceiro e este, pelo relato de E33, não quer e não pensa em separação.

Além de se sentir 'segura' mediante a crença de que o parceiro se cuidaria para não trazer doença para casa (ela), disse monitorar seu estado de saúde por meio da realização de exames. Isto foi justificado pelo fato de possibilitar um diagnóstico 'precoce' de infecções e possibilitar o tratamento: “ *Porque antes você fazer um exame e descobrir o que você tem do que descobrir mais tarde e não ter cura [...]*”.

Além disso, há ainda a crença na força de pensamento positivo e em Deus para protegê-la: “*Eu penso sempre positivo, sou evangélica, eu confio muito em Deus*”. Contar com a força divina aparece em muitas narrativas, por motivos e situações os mais diversos, constando da trajetória de vida como um forte traço cultural, estando presente, sobretudo, quando se refere a situações de doença.

Considerando o contexto social das mulheres com transtornos mentais, suas baixa auto-estima e autonomia, e total dependência financeira dos seus parceiros, a capacidade de negociar o uso de preservativo com o parceiro torna-se ainda mais difícil, sobretudo entre as mulheres casadas, que trazem consigo a representação do uso de preservativo dentro do relacionamento estável como algo quase que inconcebível. Ao ser indagada se fez uso de preservativo quando estava casada, uma delas respondeu enfaticamente: “*Aí não, eu não usei camisinha mesmo!*”. A recusa do uso de preservativo por parte dos parceiros foi citada por

30,9% das mulheres participantes do eixo quantitativo do projeto PESSOAS (BRASIL, 2008b), o que comprova este como um importante dificultador para o autocuidado em relação à prevenção dos agravos sexualmente transmissíveis para as mulheres.

Resultados semelhantes foram encontrados em estudos realizados com mulheres da população em geral de quatro países: México, Costa Rica, Indonésia e Senegal. Eles mostraram que as mulheres são menos propensas a controlar a decisão de utilizar preservativo. Em todos esses países, a menor capacidade das mulheres em decidir sobre o uso do preservativo foi relacionada também com sua dependência dos parceiros e menor autonomia. Foi apontado como fator dificultador do autocuidado a falta de comunicação no seio do casal sobre assuntos sexuais, o que também foi verificado na presente pesquisa (RIVERS; AGGLETON; ELIZONDO, 1998). Em estudo realizado com homens e mulheres jovens no Brasil, as mulheres apresentaram maiores dificuldades em negociar o uso de preservativo, 30 contra 14% (ANTUNES *et al.*, 2002).

São dados que revelam a vulnerabilidade das mulheres e que remetem, dentre outros, para a necessidade de educação em saúde e de se disponibilizar preservativos femininos para que o autocuidado seja mais possível de ser realizado por essas mulheres.

Destoa desse quadro uma única depoente jovem que relatou o uso constante de preservativo masculino pelo parceiro, quando iniciaram suas práticas sexuais, bem como de seu uso de anticoncepcional, resultante de orientações recebidas de familiares. Contudo, o uso foi interrompido quando o casal veio a coabitar:

Eu tomava remédio, pílula, e ele usava camisinha. Nós usamos no início. Depois, fizemos exame [de aids], os dois, e paramos de usar. Resolvemos assim, porque era melhor do que com camisinha. Era melhor. (E6, 18 anos)

Em seu relato, observa-se que a interrupção do uso de preservativo é tomada visando assegurar maior prazer sexual nas relações, o que pode ter se dado pelo aumento da confiança no casal e em função de fortalecer e manter o relacionamento conjugal.

Nesse sentido, estudo de Paiva e Amâncio (2005) aponta que a intimidade leva as pessoas a terem mais confiança no parceiro, o que faz parte

natural das interações sociais, segundo Petitat (1997), como também a confiança e o desvelamento autêntico entre os cônjuges reforçam a intimidade. Interromper a utilização do preservativo nas relações conjugais torna-se, assim, uma expressão deste reforço de mão dupla.

A interrupção do uso do preservativo ao longo do relacionamento conjugal foi identificada também em estudos com mulheres de outros grupos sociais. Nos trabalhos realizados por Zampieri (2004); Oltrami (2007) e Rosenthal (1998), o uso do preservativo em relacionamentos estáveis foi interrompido por ser visto como ameaçador da conjugalidade, o que corrobora com os achados desta pesquisa. No estudo realizado por Rieth (1998), a interrupção do uso foi interpretada como uma prova de amor para com o outro. Já naquele feito por Traeen Stigun e Eskild (2002), a interrupção do uso foi vista como uma forma de legitimar a relação conjugal, o que se acredita também fundamentar a decisão da interrupção do uso pelas pessoas com transtornos mentais.

Cabe colocar que, no momento da entrevista, E6 informou que seu parceiro se encontrava encarcerado, situação que pode significar ainda maior vulnerabilidade para o casal, mas não identificado como tal pela entrevistada.

Houve narrativas de mulheres que tentaram a adoção do uso de preservativo para se proteger, mas cederam a relações sexuais desprotegidas em face de pedidos dos parceiros, fixos ou eventuais: *“Eu parava de usar [o preservativo] porque ele pedia”* (E4, 30 anos). A entrega ao sexo desprotegido parece se dar em decorrência da vinculação entre sexo e vínculo amoroso, o que é forte para as mulheres entrevistadas como também para a população em geral (PAIVA; ARANHA; BASTOS, 2008), constituindo-se em uma prova de amor para com o parceiro.

Isto novamente remete para questões relativas à manutenção e fortalecimento do relacionamento, ou mesmo para terem um parceiro eventual, uma vez que ‘conseguir um parceiro’ foi relatado como difícil pelas mulheres. São dados que mostram ainda a pouca preocupação dos homens com a saúde sexual das parceiras, o que foi relatado também por mulheres com transtornos mentais em estudo de Wainberg (2008). Neste estudo, as mulheres colocaram como a principal justificativa para o não uso de preservativo a preferência dos parceiros pelo não uso.

A interrupção do uso do preservativo foi justificada ainda pelo desconforto nas relações com este:

Não uso mais porque não gosto de camisinha. [...] Muitas camisinhas arreventam... Arreventam e ficam dentro de você. Na hora de sair, é um 'sacrilégio'! Até aquele negócio sair... É por isso que eu não gosto de usar camisinha. Tem homem que tem a potência boa, mas tem homem que não tem, aí vai usar camisinha e fica lá dentro, e depois pra você tirar... Prefiro não transar enquanto não encontrar o parceiro certo, que eu posso transar com ele sem usar a camisinha. (E16, 38anos)

Esse relato foi feito por uma entrevistada que estava separada e tendo relações sexuais com diferentes parceiros, que são categorizados em mais ou menos potentes, o que, para ela, quer dizer manter a ereção por um período mais ou menos longo. Verifica-se, portanto, a tentativa de seleção de parceiros como definidora do autocuidado, e reitera-se a referência ao fato do preservativo arreventar, o que confirma a inabilidade para o uso correto do preservativo.

Identificaram-se, ainda, no relato das mulheres, dificuldades para demandar o uso do preservativo pelo parceiro, porque consideravam este ser um método de proteção 'evidente' para a prevenção de 'tudo', mas o que as preocupa mesmo é a prevenção de gravidez indesejada:

O que eu estou querendo é o comprimido. Porque o comprimido [...] é mais disfarçado. Eu gosto que o homem usa camisinha também. Pode usar, se ele quiser pode usar. Eu não peço não, eu não faço questão não. (E18, 42 anos)

Pode-se supor que, entre timidez, vergonha de falar e pedir algo ao parceiro em relação ao sexo, a dificuldade maior decorra do temor de ser mal vista ou de levantar desconfiança sobre sua conduta, e ainda de serem deixadas.

Assim, há mulheres que narram modos de interagir no casal que são de desconfiança, mas considerando fora de propósito o uso de preservativo entre cônjuges, uma vez que o uso de preservativo tem sido associado com comportamentos de risco:

Eu já corri [risco], porque o rapaz com o qual eu vivi sete anos [...] ele não era mentiroso, ele falava as coisas pra mim, mas eu achava que era, porque geralmente todo homem é mentiroso [...]. Ele falava que saía fora das mulheres, mas eu não sabia se era verdade. Até que eu encontrei uma camisinha na bolsa dele. Muito natural até. Eu não tenho o costume de ficar vasculhando, não sei por que isto aconteceu. E eu perguntei: 'onde você arrumou essa camisinha e por que você arrumou essa camisinha?' Ele não era mentiroso, ele conta tudo, mas negou que tinha comprado a camisinha. Eu insisti e ele falou assim: 'Eu comprei sim, foi no hotel'. Isso quer dizer que você transou com alguém. Então pra mim não serve, porque eu não vou transar com você sem camisinha. E ali foi o relato que nós tivemos. E depois, acabou [o relacionamento]. (E28, 63 anos)

A representação mais constante e forte sobre o gênero masculino, entre as mulheres entrevistadas, foi de que os homens são infiéis. E28 a traz contundentemente, de forma um pouco confusa, na descrição sobre o modo de descoberta das 'mentiras' do marido, sendo o preservativo o objeto de desvelamento porque não era nunca usado pelo casal, o que, para ela, justificou a separação posterior.

Entre os poucos **homens** que relataram o uso do preservativo, este foi justificado pelo fato de as parceiras serem profissionais do sexo, ressaltando-se que somente alguns dos entrevistados que se relacionaram com estas fizeram o uso. Ainda assim, constatou-se que, o uso se deu principalmente por uma exigência das mulheres. Porém, o uso se mostrou motivado mais por ser um método anticoncepcional do que com a intenção de se autoprotger face às IST e HIV/AIDS: *"Usei para evitar dela engravidar"* (E38, 44 anos).

Entre eles, somente um afirmou ter feito uso sistemático de preservativo desde o início dos relacionamentos sexuais, tanto nas relações com profissionais do sexo, quanto com as namoradas. Tratava-se de um jovem que se mostrou bastante consciente dos riscos de se contrair IST e HIV/AIDS nos relacionamentos sexuais. Sua conscientização também vem de orientações familiares e de informações da mídia. Ele relatou:

Eu comprava, ganhava ou arranjava. Sempre eu tive [camisinha]. Usar previne. Meu pai advertia meus irmãos que existia várias doenças, que tem a aids que não tem cura. [...] não dá pra confiar em ninguém. Não dá não. Só se for casado, né. Às vezes até casado tem risco também, né. Porque uma pessoa pode trair a outra e ter uma doença mesmo no casamento. [...] Sempre fui informado e sempre tive noção do perigo da aids, da gonorréia, da sífilis, do cancro, tudo. Sempre vi na televisão. (E2, 27 anos)

Tratou-se do único entrevistado a afirmar não se poder confiar em ninguém, nem mesmo em parceiros de relacionamentos estáveis. Ele relatou ter tido relação sexual no hospital, e ter feito uso de preservativo que conseguiu com um colega, que o recebera de um familiar. Ao ser indagado como faria se não tivesse conseguido o preservativo, respondeu: “*Não faria*”.

Contudo, no desenrolar da entrevista, foi interrogado se preferia não ter relações a se expor a riscos, caso a parceira quisesse ou aceitasse ter relação sexual desprotegida; respondeu: “*Aí é que tá o problema, porque a gente cai na tentação*”. A vulnerabilidade se confirma, pois se é fraco em face do desejo. A fragilidade se dá devido a busca de maior prazer, e o preservativo é relegado, mesmo sendo consciente dos riscos envolvidos nessas relações. Sua fala evidencia ambiguidades existentes numa mesma pessoa, e ilustra as tensões em que a vivência da sexualidade se dá, uma vez que é fonte de prazer, mas também de riscos para a saúde.

Diferentemente das mulheres, entre os homens nem mesmo o fato de terem contraído alguma IST ou terem passado por situações de risco, como nos casos de relacionamento com mulher que, posteriormente, descobriu ter o HIV, ou de relações ‘por um tempo’ com uma mulher não conhecedora de sua situação sorológica mas cujo ex-marido morrera de aids, fez com que eles adotassem o uso de preservativo, prevalecendo a estratégia de ‘seleção’ de parceiras pela aparência.

Somente um entrevistado relatou ter adotado o uso do preservativo nos relacionamentos sexuais, dentro de um relacionamento estável, porque viveu a experiência de contração de sífilis e gonorréia com parceiros anteriores. Como para as mulheres, o uso foi interrompido ao longo da convivência conjugal:

Eu e meu companheiro fizemos teste HIV, e de ambos deu negativo. Então nós fizemos um acordo entre nós, porque a gente se ama mesmo [...]. Acordo da gente confiar um no outro. Falei então: 'agora a gente pode abrir mão desse artefato [se referindo ao uso de preservativo] entre nós, com o pacto de que se a gente for fazer isso [ter relação sexual] fora do nosso relacionamento, a gente vai se proteger'. É uma estratégia que a gente vem confiando nela. Nós já tivemos oportunidades, mas a gente não concretiza o extraconjugal. No fundo, a gente acaba mandando embora. A gente se completa bem. (E5, 44 anos)

Este entrevistado é uma exceção entre todos os homens, porque tinha maior conhecimento e sensibilidade acerca dos cuidados necessários para se evitar a contração de IST e HIV/AIDS, tendo acesso à informação e reflexão por ter estudos superiores. Porém, justificou a contração das IST por sua falta de conhecimento anterior, o que, no aprofundamento da análise, ficou claro tratar-se, em alguns casos, de falsificação da realidade, considerando as datas apresentadas por ele ao narrar os relacionamentos anteriores. O risco vivenciado nas relações homossexuais em tempos de desconhecimento da existência de aids foi reiterado por ele, além de dizer que *“usar camisinha despertava desconfiança de alguma coisa no parceiro”*:

Eu sempre soube das DST. Eu adquiri [se referindo às IST] numa época em que a gente acreditava que não precisava usar camisinha. Nessa época, a aids e a necessidade de se prevenir com camisinha ainda não eram tão divulgadas. (E5, 44 anos)

Em estudo realizado com homens casados em um bairro da periferia de São Paulo, Silva (2002) encontrou que o uso do preservativo no relacionamento conjugal foi identificado como uma forma de colocar em dúvida o próprio relacionamento, o que se mostra ocorrer também em relacionamentos homossexuais.

Vale ressaltar que, apesar do pacto definido pelo casal não ser uma estratégia segura, observa-se ter havido diálogo acerca do autocuidado para a prevenção entre os parceiros, o que demonstra avanços em relação às demais situações, nas quais o diálogo mostrou-se inexistente e até impossível. No estudo de Paiva (1996), a capacidade de negociar o autocuidado face ao risco de IST de forma mais autônoma se deu com pessoas com maior nível de escolaridade, como verificado neste estudo.

Entre os homens, verificou-se, ainda, resistência ao uso do preservativo relacionada à sensação de diminuição do prazer sexual:

Eu achava ruim. Porque a gente não sentia prazer. Aquele prazer. É diferente com camisinha. Eu ainda não me acostumei com a camisinha. Eu continuo achando ruim. Só que agora não tem mais jeito de transar sem camisinha, né? (E25, 42 anos)

Apesar de afirmar que ‘com a aids não tem mais jeito’, e de ter se classificado como uma pessoa que ‘toma cuidado com tudo’, esse depoente disse ter contraído cancro pouco tempo antes da realização da entrevista, em casa de prostituição. Ele relatou: “*Eu sabia que tinha que usar e quis transar sem camisinha*”. Observa-se que o depoente expôs-se conscientemente ao risco de se infectar, em busca de maior prazer sexual, o que foi verificado também em outros relatos. Isto demonstra que o prazer é mais valorizado que a saúde, o que traz à tona as contradições dos discursos prescritivos sobre ser saudável, nos quais se esquece que os sujeitos são seres que querem preservar suas autonomias, que buscam a liberdade e não mudam seus modos de viver somente porque alguém considerado mais conhecedor do que ele, lhe ‘orientou’. Pessoas são contraditórias, impulsivas às vezes, além de terem, intrinsecamente, o prazer da transgressão por querer fazer frente à norma ou para se saber vivo (Le Breton, 1995): “*Transgredir é uma forma de se sentir jovem*” (E5, 44 anos). Para este autor, a transgressão é vivida como uma forma de sentir prazer e também como de confirmação de poder, sobretudo em desafio à morte, das mais diversas formas, inclusive nas atividades de lazer. Em se tratando de pessoas com transtornos mentais, desprovidas de prazer e poder, a não ser o poder da própria doença, às vezes, desafios e transgressões se tornam ainda mais compreensíveis.

Assim, pode-se afirmar que, a vivência de situações de risco e de adoecimento, como as experiências de IST contraídas, não tem relação direta com prevenção, pois relações sexuais de forma desprotegida persistem sem culpa. Há, por exemplo, o caso do entrevistado que afirmou facilidades de acesso a preservativos, recebendo-os gratuitamente, mas trocando-os por leite, tendo se referido ao uso como um ‘desperdício’, porque acredita que a parceira é ‘de confiança’.

Houve um entrevistado que afirmou ter preferido deixar de ter relações sexuais a se relacionar com preservativo, o que também se acredita decorrer de

fatores ligados ao prazer sexual. Afirmou: “*Não gosto de usar preservativo e não vou usar*”. Tratava-se de um entrevistado com histórico de se prostituir com outros homens para a compra de drogas. Perguntou-se, a esse entrevistado, como faria para se proteger se voltasse a ter relações sexuais e, mais uma vez, o autocuidado passou pela seleção de parceiras, separando-as em ‘direitas’ e ‘galinhas’, mesmo se considerando um ‘gato escaldado’:

Se eu tiver [relação sexual], não vou relacionar com qualquer pessoa, não vou. Tenho nojo e antipatia de mulher que transa com muitos homens. Pra eu ter relação, primeiro eu vou ter que conhecer a menina, ver se ela é uma pessoa direita. Porque transar não é sinônimo de sem-vergonhice, mas galinhagem é. Se eu chegar a ter uma parceira, é porque conheço há muito tempo. Sou gato escaldado. (E29, 42 anos)

O argumento de redução do prazer sexual para o não uso de preservativo é descrito em estudos realizados com homens de diferentes grupos sociais. No estudo realizado por Gogna e Ramos (1999), queixas sobre a diminuição do prazer foram feitas inclusive por pessoas que nunca haviam feito uso do preservativo, o que mostra a existência de uma crença sobre a diminuição do prazer quando em uso de preservativo na sociedade. No entanto, o uso de preservativo altera o tato, mas não a sensibilidade, o que faz com que a manutenção do prazer seja preservada.

Nenhum entrevistado relatou ter tido resistências por parte das parceiras (os) para o uso do preservativo, inclusive porque quase ninguém o ofereceu. No entanto, no eixo quantitativo do projeto PESSOAS, 16,7% dos homens relataram que a(o) parceira(o) sexual já recusou o uso de preservativo alguma vez, o que mostra a existência deste tipo de obstáculo também para eles.

Apesar de não expressado pelos entrevistados, imagina-se haver ainda outros motivos dificultando a adoção do uso do preservativo, como aqueles relacionados ao desempenho sexual, o que pode não ter sido relatado por vergonha. No estudo de Guimarães (2001), o uso de preservativo para o homem representou comprometimento de sua virilidade. Já no estudo realizado por Alves (2003), encontrou-se, como entrave ao uso do preservativo, a satisfação em deixar o sêmen no corpo da mulher, o que se acredita também poder se dar para os entrevistados.

7.4 Outras limitações para o autocuidado face às IST e HIV/AIDS dos entrevistados

Os relatos dos entrevistados revelaram, ainda, outras dificuldades e limitações para o autocuidado para a prevenção das IST e HIV/AIDS no grupo pesquisado. Dentre essas, o conhecimento superficial e até incorreto sobre os agravos sexualmente transmissíveis, inclusive sobre a aids que se mostrou a mais conhecida entre todas as IST, está presente de forma generalizada em diferentes faixas etárias e independentemente do gênero: “*Já ouvi falar [se referindo às IST e HIV/AIDS], não sei exatamente o que é*” (E28, 63 anos); “*Conheço só o nome, mas não sei o que é*” (E31, 29 anos; E32, 40 anos); “*Já ouvi falar, mas não me lembro mais*” (E33, 46 anos). “*A aids passa através da relação sexual somente quando a pessoa está machucada (...) Isso que gera aids*” (E1, 23 anos).

Acredita-se que o fato da aids ser a mais conhecida decorra da intensa divulgação realizada no Brasil quando de seu surgimento, bem como de uma maior permanência de sua divulgação pelos meios de comunicação de massa, sobretudo a televisão, quando comparada às demais IST. Todavia, ainda assim houve uma entrevistada que mostrou total desconhecimento sobre esta e sobre as demais IST, o que pode ser explicado pelas suas condições de vida, com acesso quase inexistente em todas as áreas, não tendo televisão e dizendo não gostar de assisti-la quando em acompanhamento nos serviços de saúde mental. A televisão, no entanto, foi considerada por todos os demais como a principal fonte de informação.

Além da televisão, foram citadas como fontes de informação sobre as IST e HIV/AIDS, amigos, familiares e revistas. Em alguns casos, o conhecimento sobre estes agravos decorreu da contração de IST por pessoas próximas, como se observa a seguir: “*Eu não sabia nada sobre essas doenças, [se referindo às DST] até que uma amiga teve gonorréia e me mostrou*” (E24, 68 anos); “*Meu pai é que me falou das DST. Ele já teve*” (E2, 27 anos).

Foi relatada a aprendizagem sobre esses agravos também em balcão de farmácia, que, em geral, no Brasil, conta com vendedores e não com farmacêuticos atendendo diretamente o público: “*Eu comprava remédio para os amigos que tinham estas doenças na farmácia (...). Lá eu perguntava e aprendia sobre as DST. Na época não tinha televisão na roça*” (E7, 52 anos). Somente dois entrevistados relataram ter recebido algum tipo de informação sobre esses agravos nos serviços

de saúde mental, o que está corroborado pelos achados do eixo quantitativo do Projeto PESSOAS, no que se refere à avaliação dos serviços sorteados: a inexistência de atividades de prevenção, como regra generalizada (MELO *et al.* 2007).

A aprendizagem sobre utilização correta de preservativo é também quase inexistente entre os entrevistados, sejam homens ou mulheres.

Verificou-se, inclusive, desconhecimento sobre o preservativo masculino, especialmente entre as mulheres. Apesar de a maioria delas já ter ouvido falar sobre este, foram comuns os relatos de nunca terem-no manuseado ou mesmo visto um:

Dizem que [preservativo] serve para prevenir, para não pegar doença. Só vi uma camisinha uma vez, usada. Foi a única vez que vi. [...] Não sei me cuidar. [...] Nunca ensinei nada aos meus sete filhos sobre isto. Eles aprenderam por si. [...] (E24, 68 anos, viúva, afirmou não ter mais relações sexuais).

O pessoal fala esse negócio de camisinha, camisinha. Eu nunca usei não, Graças a Deus. Eu não usei porque eu queria ter filhos. Mas também não tava ainda esse negócio de camisinha não. Graças a Deus nunca usei. [...] Essa tal de camisinha aí, essa maluquice. (E32, 40 anos, casada, afirmou não ter relações sexuais com o marido há muitos anos, pois ele se encontra incapaz para o ato sexual)

Entre as poucas mulheres que disseram ter maior conhecimento sobre o preservativo, relatam que o obtiveram em consultas ginecológicas. Entre os homens, a aprendizagem sobre o uso do preservativo foi dita como alcançada 'sozinha', seguindo as instruções de uso na embalagem, em conversas de homens, com as esposas e, ainda, com as profissionais do sexo. Somente dois entrevistados relataram ter recebido algum tipo de orientação sobre o uso de preservativo nos serviços de saúde mental, sendo um no hospital e outro no CAPS.

Nenhum entrevistado relatou a busca por UBS para consultas voltadas para o controle da saúde. Oliveira (1998), em estudo em serviços de saúde mental do Rio de Janeiro, apontou o baixo conhecimento acerca dos agravos sexualmente transmissíveis nessa população, há, portanto, mais de uma década.

A pertinência de tais considerações está também na comparação com achados de estudo realizado em nível nacional, com questões fechadas, no qual encontrou-se, para a população geral, um nível de informação considerado como satisfatório em 90% da população pesquisada (FERREIRA, 2008). Esse estudo

mostrou, ainda, que houve um aumento no nível de conhecimento da população em geral quando comparado ao mesmo estudo realizado há sete anos. Este contexto se difere bastante, portanto, do identificado entre pessoas com agravos mentais do presente estudo.

Nesse sentido, pode-se afirmar que a manutenção de baixo conhecimento sobre as IST e HIV/AIDS dessa população decorrem tanto de sua exclusão social, quanto dos preconceitos para com sua sexualidade. É sabido que o conhecimento e o acesso a preservativos não são suficientes para a adoção de condutas de proteção face às IST e HIV/AIDS pelas pessoas, o que está evidenciado neste estudo. Entretanto, ele é imprescindível para que o autocuidado seja possível e realizado corretamente.

Porém, a maioria dos depoentes deste estudo manifestou interesse em aprender mais sobre as IST e HIV/AIDS, aprendizagem vista como 'boa e necessária', o que se mostra uma porta aberta para as ações de promoção da saúde sexual nesta população. Em publicação de Soares, Silveira e Reinaldo (2010) verificou-se que, quando foi dada oportunidade para pessoas com transtornos mentais se expressarem, estas apresentaram demandas para a discussão de aspectos ligados à saúde sexualidade.

Entre os poucos que se manifestaram negativamente quanto a participar de atividades educativas sobre as IST e HIV/AIDS, colocaram saber o suficiente sobre esses agravos, o que, entretanto, foi identificado como não sendo uma justificativa procedente. A vergonha de falar em público em assuntos referentes à sexualidade, sobretudo entre as mulheres, é um aspecto apontado pela análise, além de alguns terem medo de ficarem com várias pessoas ao mesmo tempo, porque alguns confundiram educação para a saúde (que pode ser realizada com base em vários métodos) com qualquer atividade coletiva que possam lhes expor, o que não lhes agrada.

Além dos fatores citados anteriormente, verificou-se como importante dificultador para o autocuidado para a prevenção das IST e HIV/AIDS nesta população, a falta de apoio para a realização do autocuidado: "*Me sinto sozinha para me cuidar*" (E 17, 47 anos), além de contextos de vida no qual o abandono é a regra.

A realização de autocuidado mais efetivo relacionado a um maior amparo social e familiar foi constatado também em outros estudos. Em trabalho realizado por Sluzki (1997), o suporte social esteve relacionado a uma maior auto-estima e

consequentemente na valorização do autocuidado. Na pesquisa de Santos (2011), a adesão a tratamentos se mostrou maior em pessoas que dispõem de maior amparo afetivo-social. No estudo de Vanable *et al.* (2006), a solidão foi apontada como um desmotivador para o autocuidado.

O comprometimento cognitivo, observado em alguns entrevistados, também pode significar limitações para o autocuidado. Trata-se de um aspecto de complexa avaliação, não tendo sido encontrado estudos neste sentido. Não se pode perder de vista que cada caso é um caso, o que requer avaliação individualizada acerca das possibilidades e limitações de cada sujeito, mas trabalhando sempre no sentido de propiciar sua autonomia e seu desenvolvimento para a auto-proteção.

Cabe salientar que o grupo não tem conhecimento da saúde sexual como um direito. Além disso, considerando o contexto de exclusão social em que vivem, e dos reflexos decorrentes desta exclusão, como uma inferioridade interiorizada, é um grupo que não consegue se organizar em prol de realizar reivindicações considerando suas necessidades e desejos. O movimento anti-manicomial que se iniciou em 1970 foi um marco para a construção desse apoio, no Brasil. Contudo, ele ainda pouco considera questões relativas à vivência da sexualidade.

A análise realizada mostra a falta de construção de conhecimento, na área da prevenção, dos serviços de saúde mental, tanto no eixo quantitativo quanto no qualitativo do Projeto PESSOAS. Isto aponta que os avanços na promoção da saúde de forma integral, incluindo a educação para uma sexualidade saudável, entre a população que sofre de transtornos mentais, ainda necessitam de maiores investimentos, tanto na organização material como na contratação e qualificação de pessoal. O esforço dos órgãos governamentais passa também pelo estímulo a pesquisas sobre sexualidade e educação para a saúde sexual, que contribuem para não só revelar as situações epidemiológicas e sociais, mas para se encontrar formas de trabalho que sejam específicas para populações de grande vulnerabilidade como esta.

7.5 Representações sobre autocuidado, sexualidade e vulnerabilidade face às IST e HIV/AIDS nas trajetórias de homens e mulheres com transtornos mentais

As representações sobre o autocuidado face às IST e HIV/AIDS também são constituídas por uma rede de representações interdependentes, dentre as quais sobre as infecções sexualmente transmissíveis, sobre os riscos de contraí-las, sobre os métodos preservativos e sobre sexualidade. Estas últimas, em decorrência das fortes influências de gênero em sua estruturação, explicam algumas das assimetrias identificadas nas formas de pensar e realizar o autocuidado para a prevenção das IST e HIV/AIDS entre homens e mulheres. Nessas representações, verificaram-se algumas origens no discurso científico, tendo prevalecido, entretanto, a ancoragem em crenças leigas, infundadas e ilusórias, o que nos permite afirmar que o autocuidado, assim como a sexualidade, é fruto de uma construção social.

As representações sobre o próprio risco, que envolvem representações sobre os parceiros e sobre as IST e HIV/AIDS, mostraram-se as primeiras a determinar a vulnerabilidade dessas pessoas, estando nelas a fundamentação para que o uso de preservativo não seja visto como necessário. Nesses casos, a vulnerabilidade do grupo esteve agravada pelas representações sobre sexualidade, favorecedoras de comportamentos de risco.

No entanto, nem mesmo nas situações em que o uso do preservativo foi visto como necessário, o que se deu principalmente após a contração de uma IST, o uso esteve assegurado. Nesses casos, os entraves estiveram relacionados às representações sobre o preservativo, que teve sua imagem associada com comportamentos de risco e sugestiva de desconfiança no seio do casal, o que foi visto como uma ameaça à conjugalidade e mostra a interrelação entre as representações na constituição do autocuidado.

Nessas situações, verificou-se, ainda, a existência de entraves específicos para cada gênero, o que esteve relacionado com as assimetrias nas formas de viver e pensar a sexualidade entre homens e mulheres. Os homens apresentaram resistências ao uso do preservativo relacionadas principalmente a sua representação como algo que atrapalha o prazer, muito valorizado por eles. Nas situações em que o uso de preservativo ocorreu, isto se deu em relações com profissionais do sexo, sendo feito, portanto, por uma exigência desses parceiros, e não por iniciativa própria visando a autoproteção e também a proteção desses

parceiros. Assim, o uso de preservativo se deu para conseguirem ter um parceiro, o que é aceito sem reclamações porque sabem das dificuldades para encontrá-los em outros lugares, devido, sobretudo, aos preconceitos e temores sociais. Daí, a submissão à norma.

Para as mulheres que chegaram a tentar a adoção do uso do preservativo masculino nas relações sexuais, as dificuldades decorreram principalmente das resistências apresentadas por parte dos parceiros, o que mostra que sua autoproteção é fortemente determinada pela concordância dos parceiros, ou seja, por fatores interacionais. Nesses casos, por questões relacionadas à menor hierarquia ocupada pelo gênero, aos papéis sexuais estipulados para a mulher, e ainda pela falta de condições e apoio social para deixar os parceiros, elas acabaram cedendo a relações sexuais desprotegidas.

Nas duas situações, o autocuidado, não só para a prevenção dos agravos sexualmente transmissíveis, mas também para o controle da fecundidade, foi constatado como dificultado também pelo pouco conhecimento sobre as IST e HIV/AIDS, sobre os métodos preservativos e sobre seu uso, bem como sobre os métodos anticoncepcionais. Soma-se, a isso, o tabu que envolve a temática da sexualidade, assunto não conversado nem mesmo entre parceiros, o que dificultou não só a autoproteção, mas o alcance de uma sexualidade prazerosa para os envolvidos.

A análise dos resultados permite afirmar que o autocuidado para a prevenção das IST e HIV/AIDS ocorre intimamente relacionado com as representações sobre sexualidade dos entrevistados, o que confirma um pressuposto deste estudo. No entanto, o autocuidado se mostrou também fortemente determinado pelas representações acerca do autocuidado para a saúde sexual, salientando que são representações que se interrelacionam continuamente. São achados que permitem afirmar que as representações constituem importantes condicionantes sociais do estado de saúde do grupo.

As representações e a vulnerabilidade delas decorrentes, identificadas nesse grupo, foram semelhantes às aquelas identificadas em outros grupos populacionais em precárias condições de vida. Contudo, a vulnerabilidade dessa população mostrou-se mais agravada pelo contexto de exclusão social marcado pela pobreza, pela baixa escolaridade, pelo preconceito e desamparo social e pela falta de perspectivas na vida. Esse contexto refletiu-se, em maiores limitações, tanto para

a realização do autocuidado quanto para a autodefesa verificada nos relatos recorrentes de submissão e violência sexual. Além disso, esse contexto mostrou-se propiciador de outros comportamentos que contribuem para uma maior exposição a situações de risco face às IST e HIV/AIDS por essas pessoas, como o uso de álcool e drogas. Mostrou-se, ainda, favorecedor da venda de sexo, como um meio de se conseguir algum recurso financeiro, formando um círculo vicioso de vulnerabilidades, o que confirma o segundo pressuposto desta pesquisa.

Cabe salientar que, assim como as representações sobre sexualidade, aquelas sobre o autocuidado também se mostraram dinâmicas. Algumas modificações decorreram de experiências vividas e de aspectos do contexto social. Isso aponta para a compreensão de que as representações são, ao mesmo tempo, discurso e fatos, estão nos modos de agir tanto quanto nos modos de pensar.

Com base nos resultados obtidos pode-se afirmar que o contexto em que a vivência da sexualidade acontece para essas pessoas é de grande vulnerabilidade, a qual é alocada principalmente pelos arranjos e contexto sociais, e não por propensões individuais. Isso mostra que responsabilizar essas pessoas pelo 'sexo de risco' é responsabilizá-las por condições sobre as quais pouco conseguem intervir.

Os achados deste estudo apontam a quase inexistência de ações de prevenção para as pessoas com transtornos mentais, bem como as limitações naquelas existentes, e para 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.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“Lutar pela igualdade sempre que as diferenças nos discriminem;
Lutar pelas diferenças sempre que a igualdade nos descaracterize.”*

Boaventura de Souza Santos

Por meio da análise psicossocial da vivência sexual, com enfoque nos aspectos culturais envolvidos no autocuidado e no cuidado com o outro para a prevenção das IST e HIV/AIDS, buscou-se contribuir, com dados e reflexões, para avanços nas ações de promoção da saúde sexual de pessoas com agravos mentais severos e persistentes, na perspectiva da integralidade da assistência.

A realização deste estudo incluiu algumas dificuldades, dentre elas o fato de alguns entrevistados terem tido delírios durante suas falas, ora confusas, ora desconexas, ora incompletas ou incoerentes. Tais fatos não interferiram na compreensão dos pesquisadores, sendo as transcrições lidas várias vezes e discutidas pela orientadora e a doutoranda para se iniciar o sequenciamento das falas. Ressalta-se que o processo de reconstrução das entrevistas, reorganizando-se cada uma em blocos por assunto, foi fundamental para se interpretar as falas que incluíam, às vezes, delírios, que poderiam ser considerados ‘ilógicos’ e incompreensíveis. Muitos entrevistados tiveram dificuldades com números e datas, o que, apesar de não ter comprometido a interpretação, exigiu maior tempo para realizá-la.

No entanto, as dificuldades decorreram, sobretudo, da complexidade do objeto investigado, que se interrelaciona com diversos aspectos da realidade, além de ser um objeto que passou por variações ao longo da vida dos sujeitos. As dificuldades decorreram, ainda, das especificidades que emergem em entrevistas abertas, o que torna cada relato único, e da amplitude do corpus das entrevistas, que totalizou quase 500 laudas. Esses fatores exigiram muitas leituras e releituras do material coletado. Contudo, cada refazer contribuiu para maior clareza e compreensão dos relatos apresentados. Ressalta-se, aqui, a riqueza do material obtido, que encanta pela simplicidade e sinceridade com que os fatos e sentimentos foram colocados, como assustam e entristecem ao delatar a realidade sofrida e desumana vivida por esse grupo populacional.

As narrativas mostraram a sexualidade viva e valorizada por essas pessoas, mesmo com todas as limitações e dificuldades que encontram para vivê-la de forma plena, o que desmistifica preconceitos sociais sobre esse grupo, como de pessoas para quem a sexualidade não tem importância ou com uma vivência sexual descontrolada e perigosa.

Elas comprovam que a sexualidade não é vivida unicamente como um ato físico destinado à reprodução da espécie, e não deriva meramente de um impulso, estando seu exercício ligado à socialização, à aprendizagem de determinadas regras, de roteiros que lhe dão significado, o que se dá desde a infância.

A vivência da sexualidade ocorre num universo social controlador, que tem origem na herança de uma organização relacional e hierárquica da vida social, em que os papéis de gênero são claramente delimitados, havendo pouco diálogo nessa vivência e sentido na própria realização pessoal. Nos papéis de gênero, identificou-se a origem de comportamentos que favorecem a vulnerabilidade aos agravos sexualmente transmissíveis.

O autocuidado para a prevenção dos agravos sexualmente transmissíveis, apesar de reconhecido como necessário, sofre limitações e dificuldades advindas de crenças leigas e infundadas e da negligência dos serviços de saúde para com a sexualidade dessas pessoas. Mostrou-se também ser uma conduta complexa e multifacetada, realizada em meio a uma tensão entre ser, ter prazer e ter o outro e se proteger.

Apesar de haver constância e estabilidade tanto nas formas e de pensar e viver a sexualidade quanto de se autocuidar dos entrevistados, as falas trouxeram à luz as diversidades e singularidades na forma que sexualidade e autocuidado são representados por essas pessoas. Elas evidenciam uma polissemia de significações concomitantes de um eu constituído subjetivamente, o que mostra que a determinação da vulnerabilidade é algo variável, dependendo de uma diversidade de fatores que tornam cada situação única, não sendo possível definir uma relação direta entre vulnerabilidade e condutas preventivas.

Os achados deste estudo permitem compreender as limitações de estratégias preventivas que consideram as condutas tomadas como dependentes de uma escolha racional e individual, e que consideram os significados envolvidos nas ações dos sujeitos como formados por um sistema estável, coerente e homogêneo. Trabalhar a promoção da saúde sexual e, em específico, a prevenção de agravos

sexualmente transmissíveis exige abrir mão de ações simplificadas e invariáveis, da lógica racional e de discursos autoritários, tendo em vista os inúmeros fatores psicossociais e seu peso nas condutas dos sujeitos. Os achados exigem estratégias de ação que considerem as subjetividades com todas as suas ambivalências dentro do contexto social dos sujeitos, descartando a expectativa de soluções únicas e definitivas.

Sabe-se que isso não é tarefa fácil nem possível de ser alcançada em curto prazo, uma vez que essas ações requerem mudanças de valores profundamente arraigados e desconstrução de crenças infundadas, algumas das quais necessitam de atuação do setor saúde integrada com outros setores sociais para seu enfrentamento, como aquelas relativas ao contexto material do grupo pesquisado.

Assim, nas considerações finais, não se poderia deixar de apresentar sugestões de ações que podem contribuir para a prevenção das IST e HIV/AIDS e alcance de uma sexualidade sadia, digna e prazerosa para pessoas com transtornos mentais, dentro da filosofia de atenção integral e equânime do Sistema Único de Saúde:

- a) Promover o reconhecimento do direito à saúde sexual para pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, direito que vai além de estar livre de situações de violência, IST e gravidez indesejada, e implica também a liberdade de viver a vida sexual com alegria, prazer, dignidade e autonomia;
- b) Promover o combate às desigualdades e o respeito da equidade entre os gêneros, desconstruindo estereótipos que contribuem para a vulnerabilidade tanto das mulheres quanto dos homens. Desnaturalizar esquemas de visão justificatórios que possam configurar riscos, intervindo nas relações de gênero, questionando atitudes incorporadas como obrigatórias. Para isso, realizar atividades que propiciem a explicitação e verbalização de sentimentos, crenças e valores, a fim de que sejam trabalhados. A expressão de sentimentos e emoções possibilita reconhecê-los e removê-los. Utilizar jogos, por meio dos quais se propiciariam questionamentos que considerem a realidade social, cultural, política, bem como preconceitos. Almeja-se uma sexualidade não subordinada ao sistema de gênero, mas possuidora de um

valor em si, baseada na igualdade e simetria dos sexos, o que se aplica, obviamente, não só às pessoas com agravos mentais.

- c) Combater o tabu que envolve a temática da sexualidade. Para isso, sugere-se propiciar o diálogo com essas pessoas, tanto em atividades grupais quanto individuais, diálogo sem preconceito e repressão, no qual se valorize a escuta e se contemple a sexualidade de forma positiva, como algo inerente ao ser humano. Isso poderia ser feito por meio de estratégias lúdicas, como peças teatrais. Os silêncios em torno da temática reforçam os estereótipos de gênero.
- d) Inovar e sistematizar as ações de promoção da saúde sexual e prevenção de IST e HIV/AIDS dentro dos serviços de saúde mental, considerando que pessoas com transtornos mentais têm maiores dificuldades em utilizar os serviços oferecidos pelas Unidades Básicas de Saúde. Essas ações devem considerá-las sujeitos portadores de subjetividades e protagonistas do processo de aprender a se autocuidar. Tais ações, também numa abordagem dialógica, devem ocorrer em linguagem apropriada, tendo em vista a baixa escolaridade do grupo. Por meio da interação, da construção conjunta do conhecimento e de esclarecimentos sobre o próprio corpo, sobre as IST e sobre os riscos de contraí-las, torna-se possível a desconstrução de crenças infundadas que se constituem em entraves ao autocuidado. Poderiam ser compartilhadas experiências de pessoas que, embasadas em crenças semelhantes, contraíram IST e HIV/AIDS. Essas experiências poderiam ser mostradas em filmes. Nessas ações, deve existir abertura, inclusive para a discussão sobre problemas sexuais, visando transcender representações do sexo com culpa, violento, inseguro, para se construírem possibilidades de vivência de uma sexualidade prazerosa;
- e) Promover o desenvolvimento da autoestima das pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, pois, quanto maior a autoestima do indivíduo, maior é seu desejo de se autocuidar para manter uma boa saúde. Para isso, faz-se necessário intensificar o combate ao preconceito para com esse grupo, bem como propiciar possibilidades de emprego e renda considerando as maiores dificuldades encontradas por essas pessoas. As opções de trabalho poderiam ser regulamentadas, à semelhança do que acontece para os deficientes físicos. Opções de trabalho e renda poderiam permitir, inclusive, a

possibilidade de mulheres em deixar relacionamentos insatisfatórios. Além disso, seria necessário sensibilizar os familiares para oferecer amparo afetivo a essas pessoas, valorizando-as como sujeitos, para que consigam se ver em outro lugar social. Essas ações poderiam ajudar ainda a prevenir o uso de álcool e drogas e a venda de sexo. Além disso, possibilitar a construção, por esse grupo, de uma consciência crítica acerca de seus direitos a uma sexualidade sadia, prazerosa e segura, e de seu papel como agente de mudanças no sistema de saúde;

- f) Sistematizar a disponibilização de preservativos masculinos nos serviços de saúde mental, conduta esta que deve ser aliada às ações educativas, com atividades práticas de demonstração do uso correto para os homens e para as mulheres. Sugere-se também a distribuição de lubrificantes à base de água concomitante à distribuição de preservativos masculinos, uma vez que podem evitar lesões e assegurar maior prazer no uso do preservativo;
- g) Reivindicar a disponibilização de preservativos femininos para mulheres, considerando as maiores dificuldades enfrentadas para a negociação do sexo seguro nessa população, enfatizando a simplicidade do uso;
- h) Tornar desejável o uso de preservativo. Glamourizar o uso, enquanto postura que demonstra autorespeito e respeito com o outro, o que poderia estimular sua utilização. Além disso, buscar fazer com que preservativos mais atraentes, como os coloridos e com cheiro, já oferecidos pela indústria, sejam adquiridos e disponibilizados também na rede pública. O uso poderia ser motivado inclusive por ser também um método anticoncepcional. Salientar a necessidade do uso do preservativo pelos casais, pontuando possibilidades de relacionamento extraconjugal do(a) parceiro(a) e ensinar a usá-lo;
- i) Reforçar a eficácia do uso do preservativo para a prevenção das IST e HIV/AIDS nas relações sexuais, salientando a saúde como um bem valioso;
- j) Compartilhar experiências de sexo seguro sem comprometimento do prazer, o que poderia se dar por meio de grupos focais, filmes e encontros. Ressaltar os ganhos em utilizar o preservativo;
- k) Sensibilizar para a necessidade de cuidados com a saúde do parceiro, salientando seus direitos;

- l) Utilizar a estratégia da educação por pares, principalmente em se tratando de pessoas em situações de maior vulnerabilidade, como as que se prostituem e fazem uso de drogas;
- m) Intensificar o acompanhamento das pessoas com maiores dificuldades para a autodefesa em face de situações de violência sexual, implementando medidas de apoio e proteção mais efetivas, com operacionalização também de ações no cotidiano para aqueles sujeitos abandonados e sem recursos, pelo Estado;
- n) Estimular o diálogo sobre sexualidade e sobre saúde sexual no seio do casal. Incentivar que o(a) parceiro(a) também participe das ações de promoção da saúde sexual nos serviços de saúde. Incrementar as habilidades de negociação entre parceiros a fim de que consigam convencer sem risco de perder os parceiros. As mulheres poderiam ser despertadas para a negociação prévia com os parceiros sobre o uso do preservativo, bem como para a posse do preservativo. Orientar a determinação em resistir à pressão pelo sexo desprotegido. Para isso, simular situações nas quais as pessoas seriam levadas a enfrentar aquelas mais próximas de seu cotidiano;
- o) Despertar para o fato de que muitas IST não são ou podem não estar perceptíveis, inclusive a aids, podendo uma pessoa aparentemente 'sadia' estar doente, salientando o maior risco de transmissão de HIV quando na presença de outra IST;
- p) Informar sobre as IST além da aids, esclarecendo haver algumas para as quais não há cura como a hepatite B, bem como outras que podem propiciar agravos mais sérios, como o HPV que pode propiciar o surgimento do câncer de colo de útero;
- q) Despertar para o fato de que a obtenção de resultados de exames negativos e a manutenção de parceria única não oferecem garantia de proteção às IST e HIV/AIDS;
- r) Despertar para o fato de que pessoas infectadas normalmente não revelam sua condição aos parceiros, por receio de perdê-los, além de que eles próprios podem desconhecer ter uma IST e HIV/AIDS;
- s) Salientar a adoção de práticas alternativas de uma vivência sexual segura e prazerosa, como a masturbação mútua e automasturbação, disseminando o conceito de que o prazer sexual é sentido pelo cérebro e não somente pela

- penetração. Isso demandaria o enfrentamento do estigma da masturbação pela mulher como uma conduta vergonhosa;
- t) Educar para a prevenção e a defesa de atos de violência sexual, inclusive dentro do casamento, orientando e incentivando a realização de denúncias.
 - u) Propiciar espaços para as práticas sexuais de pessoas institucionalizadas, o que, além de evitar o sexo às escondidas, oferece mais segurança. Trata-se de conduta que requer ações prévias de promoção da saúde sexual e sabe-se que essa atitude poderia gerar polêmica, devendo ser discutida sua operacionalização nos serviços;
 - v) Estimular e encaminhar para a realização de consultas periódicas ao ginecologista e ao clínico geral tanto pelas mulheres quanto pelos homens, bem como a realização de testes e aconselhamento;
 - w) Salientar as situações de vulnerabilidade desencadeadas pelo uso de álcool e drogas;
 - x) Despertar para o perigo do 'combinado' ou 'pacto' realizado entre casais;
 - y) Realizar fóruns com familiares das pessoas com transtornos mentais visando esclarecê-los sobre os direitos da vivência sexual sadia dessas pessoas. Além disso, despertá-los para sua importância estratégica nas ações de educação para a saúde sexual dessas pessoas;
 - z) Por último, mas não menos importante, pelo contrário, é primordial investir na capacitação dos profissionais da saúde para a promoção da saúde sexual, uma vez que certamente encontram dificuldades para o desenvolvimento das ações. Além disso, refletir sobre a necessidade de se repensar a relação profissional-paciente, como um momento importante de humanização das práticas em saúde.

Estes tópicos resultaram da reflexão sobre as condições materiais de existência, sobre o acesso aos serviços de saúde, sobre as representações que se entrelaçam nessa realidade de vulnerabilidade extrema das pessoas com transtornos mentais, atendidos em serviços públicos de saúde mental no Brasil.

Os resultados obtidos neste estudo apontam para a necessidade de outros trabalhos que venham auxiliar na elaboração de ações e metodologias para que a saúde sexual se efetive para essas pessoas. Suas representações sobre os temas analisados são similares às da população em geral, mas elas têm o peso da

falta de acesso aos bens sociais de uma forma gritante, o que exige educação para a saúde pensada para esse contexto e específica para essas pessoas tão vulneráveis.

Durante a realização deste relatório, o grupo de pesquisadores do GPEAS, do qual fazemos parte, envidou esforços e elaborou projeto de pesquisa para se conhecer melhor os serviços de saúde mental, no que se inclui a análise de representações dos profissionais de saúde mental sobre a sexualidade dessas pessoas, pressupondo serem estas um importante dificultador para as ações necessárias de promoção da saúde sexual junto a essa população. Além disso, outros participantes do grupo estão analisando de maneira específica os dados sobre violência do eixo quantitativo. Sugere-se, pois, a continuidade desses estudos com novas pesquisas que aprofundem o conhecimento sobre as diversas questões concernentes à violência sexual nessa população, o que, por si só, constitui-se como crime que não aparece nas estatísticas. Esses estudos poderiam abordar relações familiares, organizações de apoio, atenção à pessoa com transtorno mental na rede básica, entre outros objetos.

Além disso, serão necessários estudos que avaliem a implantação de ações e a eficácia das ações implementadas.

Terminamos este trabalho citando a letra da música “É”, que expressa o grito de socorro para uma vida digna. A decisão por esta citação teve o intuito de se ressaltar, dentre outros, o direito ao amor, ao prazer, à saúde, à liberdade e ao respeito para todo e qualquer cidadão.

É

Gonzaguinha

*É, a gente quer valer o nosso amor
 A gente quer valer nosso suor
 A gente quer valer nosso humor
 A gente quer do bom e do melhor
 A gente quer carinho e atenção
 A gente quer calor no coração
 A gente quer suar, mas de prazer
 A gente quer é ter muita saúde
 A gente quer viver a liberdade
 A gente quer viver felicidade*

*É, a gente não tem cara de panaca
 A gente não tem jeito de babaca
 A gente não está com
 A bunda exposta na janela
 Pra passar a mão nela*

*É, a gente quer viver pleno direito
 A gente quer é ter todo respeito
 A gente quer viver uma nação
 A gente quer é ser um cidadão
 É, é, é, é, é, é, é, é*

*É, a gente quer valer o nosso amor
 A gente quer valer nosso suor
 A gente quer valer nosso humor
 A gente quer do bom e do melhor
 A gente quer carinho e atenção
 A gente quer calor no coração
 A gente quer suar mas de prazer
 A gente quer é ter muita saúde
 A gente quer viver a liberdade
 A gente quer viver felicidade*

*É, a gente não tem cara de panaca
 A gente não tem jeito de babaca
 A gente não está com
 A bunda exposta na janela
 Pra passar a mão nela*

*É, a gente quer viver pleno direito
 A gente quer é ter todo respeito
 A gente quer viver uma nação
 A gente quer é ser um cidadão
 A gente quer viver uma nação
 A gente quer é ser um cidadão
 A gente quer viver uma nação
 A gente quer é ser um cidadão*

REFERÊNCIAS

- ABRIC, J.C. Les représentations sociales: Aspect théorique. In: Abric, J.C. (Ed.). *Pratiques sociales et representations*. Paris: Presses Universitaire de France, 1994. p.59-82.
- ADAM, P.; HERZLICH, C. *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris: Éditions Nathan, 1994. 127p.
- ALMEIDA, R.C. *Comportamentos, situações de risco e exposição aos marcadores sorológicos dos vírus da Imunodeficiência Humana, Hepatites B e C, vírus linfotróficos de células T humanas, sífilis e outras doenças sexualmente transmissíveis em pacientes psiquiátricos internados em hospital público*. 2002. 172f. Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2002.
- ALMEIDA, R.C. HIV/SIDA e o paciente psiquiátrico. *Rev. Méd. Minas Gerais*, Belo Horizonte, [S.I.] p.108-13, 1998.
- ALMEIDA, R.C.; PEDROSO E.R.P. Hepatite B e C em pacientes psiquiátricos. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, Uberaba, v.33, 220-1, Nov. 2000.
- ALMEIDA, R.C.; PEDROSO, E.R.P. Vulnerabilidade e exposição a marcadores sorológicos dos vírus da imunodeficiência humana, hepatites B e C, vírus linfotrófico de células T humanas e sífilis em pacientes psiquiátricos internados em hospital público. *Rev. Méd. Minas Gerais*, Belo Horizonte, v.14, n.4, p.244-50. Maio, 2004.
- 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: IMS, 2006. 180 p.
- 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.S429-S439, Abr., 2003.
- ALVES, R.N.; KÓVACS, M.J.; STALL, R.; PAIVA, V. Fatores psicossociais e a infecção pelo HIV em mulheres: Maringá, PR. *Rev. de Saúde Pública*, São Paulo, v.36, supl.4, p.32-39, Ago. 2002.
- AMARANTE, P.D.C. (Org.). *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. 143p.
- AMARO, H. Love, Sex and Power: Considering women's realities in HIV prevention. *American Psychologist.*, Washington D.C., v.50, n.6, p.437-447, 1994.
- AMORIM, M.M.; ANDRADE, N.A. Relações afetivo-sexuais e prevenção contra infecções sexualmente transmissíveis e IDS entre mulheres do município de Vitória-ES. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v.11, n.2, p.331-339, mai/ago. 2006.

- ANDRADE, L.S.; NÓBREGA-THERRIEN, S. M. A sexualidade masculina e a vulnerabilidade ao HIV/Aids. *DST – J. Bras. Doenças Sex. Transm.*, Niterói, v. 17, n.2, p.121-126, Nov. 2005.
- 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*, São Paulo, v.36, n.4, Supl.0, p.88-95, ago. 2002.
- APOSTOLIDIS, T. Pratiques “sexuelles” versus pratiques “amoureuses” fragments sur la division sócio-culturelle du comportement sexuel. *Sociétés: Revue des sciences humaines et sociales*, Paris, n.39, p.39-46, 1993.
- ARRUDA, A. Teoria das Representações Sociais e Teorias de Gênero. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, n.117, p.127-147, nov, 2002.
- ARRUDA, A. (org.) *Representando a alteridade*. Petrópolis : Vozes, 1998. 164p.
- AVILA, M.B ; GOUVEIA, T. Notas sobre direitos sexuais e reprodutivos no Brasil. In: BARBOSA, R.M.; PARKER, T.R. (Orgs.). *Sexualidades Brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1996.
- AYRES, J. C. R. M. *Aprimorando o debate: respostas sociais frente à Aids - limites e possibilidades na terceira década*. Rio de Janeiro: ABIA, 2002a. 41p.
- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.63-72, [S.I.]. 2001.
- AYRES, J. R. C. M. Práticas educativas e prevenção de HIV/AIDS: lições aprendidas e desafios atuais. *Interface- Comunic, Saúde, Educ.*, Botucatu, v.6, n.11, p.11-24, Ago. 2002b.
- 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.
- BAJOS, N.; BOZON, M.; GIAMI, A. (org.) *Sexualité et Sida*. Recherches en sciences sociales. Paris: Agence Nationale de Recherches sur de Sida, 1995. 380p.
- BÁRBARA, A.; SACHETTI, V.A.R.; CREPALDI; M.A. Contribuições das representações sociais ao estudo da AIDS. *Interação em psicologia*, Curitiba, v.9, n.2, p.331-339, jul./dez. 2005.
- BARBOSA, R.M. Negociação sexual ou sexo negociado? Poder, gênero e sexualidade 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.73-88.

BARBOSA, R.M.; KOYAMA, M.A.H. Comportamento e práticas sexuais de homens e mulheres, Brasil 1998 e 2005. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.42, supl.1, p.21-33, jun. 2008.

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

BARTHES, R.; GREIMAS, A.J.; BREMOND, C.; ECO, H.; GRITTI, J.; MORIN, V.; METZ, C.; TODOROV, T.; GENETTE, G. *Análise estrutural da narrativa*. Trad. de Maria Zélia Barbosa Pinto. Petrópolis: Vozes, 2008. 300p.

BARTHES, T. *A aventura semiótica*. Tradução de Mário Laranjeira. São Paulo: M. Fontes, 2001. 339p.

BASSOLS, A.M.S.; DE BONI, R.; PECHANSKY, F. Alcohol, drugs and risk sexual behavior are related to HIV infection in female adolescents. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v.32, n.4, p.361-68, dez. 2010.

BASTOS, F.I.; SZWARCOWALD, C.L. AIDS e a pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.16, supl.1, p.65-76, Maio. 2000.

BERQUÓ, E.; BARBOSA, R.M.; LIMA, L.P. Uso do preservativo: tendências entre 1998 e 2005 na população brasileira. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, supl1, v.42, p.24-44, jun. 2008.

BERTAUX, D. *Les récits de vie*. Paris: Editions Nathan, Coll. Sociologie 128, 2001.128p.

BLACK, D.W. Iowa Record-linkage study: death rates in psychiatric patients. *Journal of Affective Disorders*, [S.l.], v.50, p.277-282, Nov. 1998.

BLANCHET, A.; GOTMAN, A. *L'enquête et ses méthodes: l'entretien*. Paris: Nathan, 1992. 125p.

BOZON, M. Demografia e sexualidade. In: LOYOLA, M.A. (orgs.). *A sexualidade nas ciências humanas*. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1998. p.227-51.

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, M. *Sociologie de la Sexualité*. 2.ed. Paris: Armand Colin, 2009. 127p.

BOZON, M.; HEILBORN, M.L. Les caresses et les mots, Initiations amoureuse à Rio de Janeiro et à Paris. *Terrais*, v.27, n.7, p.37-58. Maio. 1996.

BRASIL. Lei n. 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. Saúde Mental em dados 3. Brasília Ano I, n.3, dezembro de 2006. Relatório.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.925, de 13 de novembro de 1998. Aprova o Manual para organização da Atenção Básica no Sistema único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 17 nov. 1998.

_____. 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, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Direitos Humanos e HIV/AIDS: *Avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. 168p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Prevenção e Atenção às IST/AIDS na Saúde Mental no Brasil: análises, desafios e perspectivas*. Brasília, Ministério da Saúde, 2008b. 252p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. *Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008c. 130 p.

_____. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico Aids/DST*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à saúde. *Legislação em Saúde Mental: 1990-2004*. 5.ed. Brasília, 2004. 340 p. (Série E. Legislação de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e hepatites virais. Documentação referencial da UNAIDS- Políticas de Prevenção.

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.

BUTTERFIELD, M.I.; BOSWROTH, H.B; MEADOR, K.G; STECHUCHAK, K.M.; ESSOCK, S.M.; OSHER, F.C. Gender differences in hepatitis C infection and risks among persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv.*, Arlington, v.54, p.848-53, Jun. 2003.

CÁCERES, C.; CUETO, M.; RAMOS, M.; VALLENAS, S. (coord.). AIDS no feminino: porque a cada dia mais mulheres contraem AIDS no Brasil?

CALVEZ, M. L'analyse culturelle du risqué. In: TURRSZ, A. *et al.* (eds.). *Adolescence et risque*, Paris, Syros, p.75-87, 1993.

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

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, P.H.F. a abordagem estrutural e o estudo das relações entre práticas e representações sociais. In: CAMPOS, P.H.F.; LOUREIRO, M.C.S. (Eds.) *Representações sociais e práticas educativas*. Goiânia: UCG, 2003. p.22-36.

CANGUILHEM, G. Le normal et le pathologique. Paris: Puf, 1966 *apud* ADAM, P.; HERZLICH, C. *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris: Éditions Nathan, 1994. 127p.

CAREY M.P.; CAREY K.B.; KALICHMAN S.C.; Risk for human immunodeficiency virus (HIV) infection among persons with severe mental illnesses. *Clin. Psychol Rev.*, Syracuse, v.17, p.271-91, Oct. 1997.

CAREY, M.P.; CAREY, K.B.; MAISTO, S.A.; GORDON, C.M.; VANABLE, P.A. Prevalence and correlates of sexual activity and HIV-related risk behavior among psychiatric outpatients. *J. Consult Clin. Psychol.*, Syracuse, v.69, p. 846-50, Oct. 2001.

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.

CAREY, M.; CAREY, K.; MAISTO, S.; SCHRODER, K.E.; VANABLE, P.A.; GORDON, C.M. HIV risk behavior among psychiatric outpatients: association with psychiatric disorder, substance use disorder, and gender. *J. Nerv. Ment. Dis.*, Syracuse, v.192, p.289-96, Apr. 2004.

CASTELHANOS, B.E.P. Teoria do autocuidado de Dorothea Oren. In: CAMPEDELLI, M.C. *Processo de Enfermagem na Prática*. 2.ed. São Paulo: Editora Ática, 1992. p.15 a 43.

CASTILHO, E. É necessário entender a Aids. *Jornal do Ponto*. 11 a 17 de agosto, 1997.

CHANDRA, P.S. *et al.* Sexual Coercion and Abuse Women with a severe mental illness in India: An exploratory Investigation. *Comprehensive Psychiatry*, Bangalore, v. 44, n.3, p. 205-212, May/June, 2003.

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.

- CITELI, M.T. *A pesquisa sobre sexualidade e direitos sexuais no Brasil (1990-2002)-revisão crítica*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2005. 160p.
- COELHO, A. B. *Representações sociais de homens infectados pelo HIV acerca da aids*. 2006. 143f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.
- CORDÁZ, T. A.; LARANJEIRAS, M. Efeitos colaterais dos psicofármacos na esfera sexual. *Rev. Psiquiatr. clín.*, São Paulo, v.33, n.3, p.168-173, Fev. 2006.
- CORNWALL, A. JOLLY, S. (Orgs.) *Questões de sexualidade: ensaios transculturais*. Trad. de Jones de Freitas. Rio de Janeiro: ABIA, 2008. 262p.
- CORRÊA, S. Gênero e sexualidade como sistemas autônomos: idéias fora do lugar? In: Parker, R. *et al.* (Org.) *A Aids no Brasil*. Rio de Janeiro, ABIA, IMS/UERJ: 1999.
- COURNOS, F.; EMPFIELD, M.; HORWATH, E.; MCKINNONK, MEYER, I.; SCHRAGE, H. HIV seroprevalence among patients admitted to two psychiatric hospitals. *Am. J. Psychiatry*, New York, v.148, p.1225-30, Sept. 1991.
- 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. *Clin. Psychol.*, New York, *Rev.*, v.17, p. 259-69, Octo, 1997.
- COUTO, M.T. *Pluralismo religioso em famílias populares: poder, gênero e reprodução*. 2001. 342f. Tese (Doutorado). Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2001.
- DAMASCENO, D. O. *et al.* Representações sociais das DST/aids elaboradas por gestantes. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 116-23. Jan-Mar. 2009.
- 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.
- DEMAZIÈRE, D.; DUBAR, C. *Analyser les entretiens biographiques*. L'exemple de récits d'insertions. Paris: Nathan, Coll. Essais & recherches, 1997. 287p.
- DEMBLING, B.P.; CHEN, D.T.; VACHON, L. Life expectancy and causes of death in a population treated for serious mental illness. *Psychiatric Services*, [S.l.], v.50, p.1036-1042, Oct. 1999.
- DESSUNTI, E.M.; REIS, A.O.A. Fatores Psicossociais e comportamentais associados ao risco de IST/AIDS entre estudantes da área de saúde. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.15, n.2, p. 267-274, Mar.-abr. 2007.

- DESVIAT, M. *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. 168p.
- 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.
- D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; SCHRAIBER, L.B.; FRANÇA-JÚNIOR, I.; LUDERMIR, A.B.; PORTELLA, A.P.; DINIZ, C.S.; COUTO, M.T.; VALENÇA, O. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. *Rev. Saúde Pública*, SP, v.43, n.2, p.299-310, 2009.
- DOUGLAS, M. *Risk and blame: essays in cultural theory*. Londres: Routledge, 1994. 318p.
- DUARTE, L.F. Muita vergonha, pouca vergonha. Sexo e moralidade entre classes trabalhadoras urbanas. In: Lopes, J.S. (org.). *Cultura e Identidade Operária*. Rio de Janeiro: Marco Zero. 1987. p.203-226.
- EMPFIELD, M.; COURNOS, F.; MEYER, I.; MCKINNON, K.; HORWATH, E.; SILVER, M. *et al.* HIV seroprevalence among homeless patients admitted to a psychiatric inpatient unit. *Am. J. Psychiatry*, New York, v.150, p.47-52, Jan. 1993.
- FERREIRA, M.P. Nível de conhecimento e percepção de risco da população brasileira sobre o HIV/aids, 1998 e 2005. *Rev. Saúde Pública*, SP, v.42, supl1, p.65-71, 2008.
- FLEMING, D.T.; WASSERTHEIT, J.N. From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of the other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. *Sex Transm. Infect., Atlanta*, .75, p.3-17, Feb. 1999.
- FLEURY-TEIXEIRA, P.; VAZ, F.A.C.; CAMPOS, F.A.C.C.; ÁLVARES, J.; AGUIAR, R.A.T.; OLIVEIRA, V.A. Autonomia como categoria central no conceito de promoção da saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.13, supl. 2, p.2115-2122, Dec. 2008.
- FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade*. 4.ed. Trad. Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 2005. 382p.
- FOUCAULT, M. *História da Sexualidade I: A vontade de saber*. 19.ed. Trad. de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1988. 176p.
- FOUCAULT, M. *História da Sexualidade III: o cuidado de si*. Trad. de Maria Thereza da Costa Albuquerque. São Paulo, Graal, 1985. 246p.
- FOUCAULT, M. *Vigiar e punir*. Nascimento da prisão. 27.ed. Petrópolis: Vozes, 2009. 291p.

FREIRE, P. *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.147p.

FREITAS, M.I.F. A gestão do segredo na vida de casais após a infecção pelo HIV. Belo Horizonte: UFMG, Programa de Cooperação Técnica SIDA Brasil- França, 1998. 87p. Relatório de Pesquisa.

FREITAS, MIF; OLIVEIRA, S.B.; GIAMI, A; GOMES, A.S.; SILVEIRA, R.D.; GUIMARÃES, M.D.C. 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. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Prevenção e atenção às IST/aids na saúde mental no Brasil: análises desafios e perspectivas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. p.85-102.

GAGNON, J. *Uma interpretação do desejo: ensaios sobre o estudo da sexualidade*. Tradução de Lúcia Ribeiro da Silva. Rio de Janeiro: Ed. Garamound, 2003. 448p.

GAGNON, J. Les uses explicites et implicites de la perspective des scripts dans les recherches sur la sexualité. *Actes de la recherche en sciences sociales*, n.128, p.73-79, juin, 1999.

GAGNON, J.; SIMON, W. *Sexual conduct: The social sources of Human Sexuality*. Chicago: Aldine. 1973 *apud* HEILBORN, M. L.; BRANDÃO, E.R. Introdução: Ciências Sociais e Sexualidade. In: HEILBORN, M.L. (org.). *Sexualidade: o olhar das ciências sociais*. IMS/UERJ. Rio de Janeiro: Zahar, 1999, p.7-17.

GALVÃO, L. *Saúde sexual e reprodutiva, saúde da mulher e saúde materna: a evolução dos conceitos no mundo e no Brasil*. In: GALVÃO, L. DIÁZ, J. (orgs.) *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilema e desafios*. São Paulo: Hucitec, Population Council, 1999. p.165-79.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M.; GASKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som*. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

GAULÉJAC, V. *Les Sources de la honte*. 3. ed. Paris: Desclée de Brouwer, 2001.

GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GIACOMOZZI, A.I.; CAMARGO, B.V. Eu confio no meu marido: estudo da representação social de mulheres com parceiro fixo sobre prevenção da AIDS. *Psicologia: teoria e prática*, Florianópolis, v.6, n.1, p.31-44, fev. 2004.

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

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. 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; 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, vol. 7, p.125-157, Sept. 1996.

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.; VEIL, C. *Enfermeiras frente à AIDS: representações, condutas, permanência e mudanças*. Canoas: Ed. ULBRA, 1997. 333p.

GIAMI, A.; VEIL, C. *O anjo e a fera*. Sexualidade, Deficiência Mental, Instituição. Trad. Lydia Macedo. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. 203p.

GIDDENS, A. *A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*. 2ed.Trad. Magda Lopes. São Paulo: UNESP, 1993. 228p.

GIDDENS, A. *As consequências da modernidade*. Trad. Raul Finker. São Paulo: Editora UNESP, 1991. 180p.

GIDDENS, A. Gênero e Sexualidade In: GIDDENS, A. *Sociologia*. 4.ed. Trad. Sandra Regina Netz. Pouso Alegre: Artmed, 2005. p.102-127.

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

GOGNA, M. Factores psicossociales y culturales en la prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, v.14, supl. 1, p. 81-85, Junho, 1998.

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.

GONZÁLEZ REY, F. *Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005. 205p.

GOMES, A.S. *Representações de pessoas com transtorno mental sobre Infecções sexualmente transmissíveis e o HIV/aids*. 2010. 131f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.

GORDON, C.M.; CAREY, M.P.; CAREY, K.B. Understanding HIV-related risk among the persons with a severe and persistent mental illness: insights from qualitative inquiry. *J Nerv Ment Dis.*, Syracuse, v.187, p.208-16, Apr. 1999.

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

GRASSI, L. Risk of HIV infection in psychiatrically ill patients. *AIDS care*, Ferrara, v.8, p.103-16, Fev. 1996.

GRASSI, L.; BIANCOSINO, B.; RIGHI, R.; FINOTTI, L.; PERÓN, L. Knowledge about HIV transmission and prevention among Italian patients with psychiatric disorders. *Psychiatr. Serv.*, Ferrara, v. 52, p.679-81, Mai. 2001.

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

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.

GROSSI, M. Identidade de gênero e sexualidade. *Revista Antropologia em Primeira Mão*, Florianópolis, v.24, p.5-15, 1998.

GUERREIRO, I.C.Z.; AIRES, J.R.C.M.; HEARST, N. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais, São Paulo, SP. *Rev. de Saúde Pública*, São Paulo, v.36, supl.4, p.50-59, jul. 2002.

GUIMARÃES, C.D.A. *Aids no feminino: por que a cada dia mais mulheres contraem Aids no Brasil?* Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 2001. 231p.

GUIMARÃES, M.D.C.; McKINNON, K.; CAMPOS, L.N.; MELO, A.P.S.; WAINBERG, M. HIV risk behavior of psychiatric patients with mental illness: a sample of Brazilian patients. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v.32, n.4, p.349-60, dez. 2010.

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.43-7, Mar. 2009.

GUIMARÃES, M.D.C. OLIVEIRA, H.N.; CAMPOS, L.N.; SANTOS, C.A.; GOMES, C.E.R.; OLIVEIRA, S.,B.; FREITAS, M.I.F.; ACÚRCIO, F.A.; MACHADO, C.J. Reliability and validity of a questionnaire on vulnerability to sexually transmitted

infections among adults with chronic mental illness - PESSOAS Project. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v.30, n.1, p. 55-9, Mar. 2008.

HARTZ, Z.M.A.; CONTANDRIOPOULOS, A. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, [S.I.], v.20, Supl. 2, p.S331-336, Mai. 2004.

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

HEILBORN, M.L. Construção de si, gênero e sexualidade. In: HEILBORN, M.L. (org.). *Sexualidade: o olhar das ciências sociais*. IMS/UERJ. Rio de Janeiro: Zahar, 1999. p. 41-58.

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.

HEILBORN, M. L.; BRANDÃO, E.R. Introdução: Ciências Sociais e Sexualidade. In: HEILBORN, M.L. (org.). *Sexualidade: o olhar das ciências sociais*. Rio de Janeiro: Zahar, 1999. p.7-17.

HELLERSTEIN, D.J.; PRAGER M.E. Assessing HIV risk in the general hospital psychiatric clinic. *Gen. Hosp. Psychiatry*, New York, v.14, p.3-6, Jan. 1992.

HIMELHOCH S.; MACCARTHY J.; GANOCZY D.; MEDOFF D.; DIXON L.B.; BLOW F.C. Understanding associations between serious mental illness and HIV among patients in the VA health system. *Psychiatr. Serv.*, Baltimore, v.58, p.1165-72, Sept. 2007.

JIMÉNEZ, A.L.; GOTLIEB, S.L.D. ; HARDY, E. ; ZANEVELD, L.J.D. Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis em mulheres: associação com variáveis sócio-econômicas e demográficas. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.55-62, jan-fev, 2001.

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

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

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

JOFFE, H. "Eu não", "o meu grupo não": Representações Sociais transculturais da AIDS. In: JOVCHELOVITCH, S.; GUARESCHI, P. *Textos em Representações Sociais*. 6.ed. Petrópolis: Vozes, 1995. p.297-324

KALICHMAN S.C.; KELLY J.A.; JOHNSON J.R.; BULTO M. Factors associated with risk for HIV infection among chronic mentally ill adults. *Am. J. Psychiatry*, Milwaukee, v.151, p.221-7, Feb.1994.

KAUFMANN, J. *La trame conjugale, analyse du couple par son linge*. Paris: Nathan, 1992. 110p.

KESSLER, R.C.; CHIU, W.T.; DEMLER, O.; MERIKANGAS, K.R.; WALTERS, E.E. The prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch. Gen. Psychiatry*, Boston, v.62, p.617-27, June. 2005.

KLINKENBERG, W.; CASLYN, R.; MORSE, G.; YONKER, R.D.; MCCUDDEN, S.; KETEMA, F. Prevalence of human immunodeficiency virus, hepatitis B and hepatitis C among homeless persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorders. *Compr. Psychiatry*, St. Louis, v. 44, p. 293-302, July-Oct. 2003.

KNAUTH, D.R. Subjetividade feminina e soropositividade. In: BARBOSA, R.M.; PARKER, R. (org.). *Sexualidades pelo avesso*. São Paulo: Ed. 34, 1999. p.122-135.

KRUG, E.G.; MERCY, J.A.; DAHLBERG, L.L.(eds.) *World Report on violence and health*. Geneva: World Health Organization; 2002.

LABROCINI, L.M.; FEGADOLI, D.; CORREA, M.E.C. Significado da violência sexual na manifestação da corporeidade: um estudo fenomenológico. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v.44, n.2, p.401-6, Jun. 2010.

LEAL, O.F.; RIETH, F. "Ficar, namorar: desvendando práticas e representações de adolescentes sobre sexualidade". In: BÈRIA, Jorge. (org.). *Ficar, transar. A sexualidade em tempos de AIDS*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 1998. P.26-36.

LE BRETON, D. *Passions du risque*. Paris: Métallié, 1991. 185p.

LE BRETON, D. *La sociologie du risque*. Paris: PUF, 1995. 127p.

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

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.

LOYOLA, M.A. A antropologia da sexualidade no Brasil. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.143-167, Jun. 2000.

LOYOLA, M.A. Percepção e prevenção da AIDS no Rio de Janeiro. In: LOYOLA, M.A. (org.) *AIDS e Sexualidade: O Ponto de Vista das Ciências Humanas*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994. p19-74.

LOYOLA, M.A. Sexualidade In: HEILBORN, M.L. (org.). *Sexualidade: o olhar das ciências sociais*. IMS/UERJ. Rio de Janeiro: Zahar, 1999. p.31-9.

LOYOLA, M.A. Sexualidade e medicina: a revolução do séc. XX. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, n.4, p.875-899, jul-ago. 2003.

MACGRAFT, J.; SCHUMANN, D.A.; PEARSON-MARKS, J. Cultural Determinants of sexual risk Behavior for AIDS among Baganda Woman. *Medical Antropology Quartely*, v.6, n.2, p.153-161, Jun. 1992.

MADEIRA, M.C. A confiança afrontada: representações sociais da AIDS para jovens. In: MADEIRA, M; JODELET, D. (Org.). *AIDS e Representações sociais: à busca de sentidos*. Natal, EDUFRN: 1998. p.47-72.

MALINOWSKI, B. *A vida sexual dos selvagens*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1929. *apud* HEILBORN, M. L.; BRANDÃO, E.R. Introdução: Ciências Sociais e Sexualidade. In: HEILBORN, M.L. (org.). *Sexualidade: o olhar das ciências sociais*. IMS/UERJ. Rio de Janeiro: Zahar, 1999. p.7-17

MANN J.; TARANTOLLA, D.J.M.; NETTER, T.W. (eds.) *Aids in the world*. Cambridge: Havard University Press, 1992.

MANN, J.; TARANTOLLA, D.J.M.; NETTER, T.W.; (org.). *A AIDS no mundo*. Rio de Janeiro: ABIA/IMS-UERJ/Relume Dumará.1993. 321p.

MARCIANI, J. A. Reseña de la prostitución através de la historia. Peru: Cedro, 2002. 196p.

MARCOVÁ, I. *Dialogicidade e representações sociais: a dinâmica da mente*. Petrópolis: Vozes, 2006. 309p.

MARTINEZ, W.R.; MACHADO, P. Enfermagem e reabilitação psicossocial: vislumbrando o exercício da cidadania do doente mental. In: LABATE, R.C. (org). *Caminhando para a assistência integral*. Ribeirão Preto: Scala, 1999. p.108-116.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1411-1416, Set.- Out. 2004.

MATTOS, R. A. Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das Instituições de saúde. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 1398-1399p, Mai. 2004.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) *Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 6.ed. Rio de Janeiro: CAPESC-ABRASCO, 2006. 180p.

MCKINNON, K.; CURNOS, F. HIV infection linked to substance use among hospitalized patients with severe mental illness. *Psychiatr. Serv.*, New York, v.49, p.1269, Oct. 1998.

MCKINNON, K.; CURNOS, F.; HERMAN, R. A lifetime alcohol or other drug use disorder and specific psychiatric symptoms predict sexual risk and HIV infection among people with severe mental illness. *AIDS Behav.*, v.5, p.233-40, 2001.

MCKINNON, K.; CURNOS, F.; SUGDEN, R.; GUIDO, J.R.; HERMAN, R. The relative contributions of psychiatric symptoms and AIDS knowledge to HIV risk behaviors among people with severe mental illness. *J. Clin. Psychiatry*, New York v.57, p.506-13, Nov. 1996.

MEAD, M. Coming of age in Samoa. *A sociological study of primitive society of western civilization*. Nova York: Willian Morrow, 1928 *apud* HEILBORN, M. L.; BRANDÃO, E.R. Introdução: Ciências Sociais e Sexualidade. In: HEILBORN, M.L. (org.). *Sexualidade: o olhar das ciências sociais*, IMS/UERJ. Rio de Janeiro: Zahar, 1999, p.7-17

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.

MEADE C.S.; GRAFF, F.S.; GRIFFIN, M.L.; WEISS, R.D. HIV risk behavior among patients with co-occurring bipolar and substance use disorders: associations with mania and drug abuse. *Drug Alcohol Depend.*, v.79, p.296-300, Jan. 2008.

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. HIV risk behavior among adults with severe mental illness: a systematic review. *Clin. Psychol. Rev.*, New Haven v.25, p.433-57, Jun. 2005.

MELO, A.P.S.; ACÚRCIO, F.A.; CHERCHIGLIA, M.L.; VELOSO, C.C.G.; GUIMARÃES, M.D.C. Avaliação de serviços de saúde mental: assistência e prevenção às doenças sexualmente transmissíveis no contexto do Projeto PESSOAS. *Rev. Méd. Minas Gerais*, Belo Horizonte, v.17, supl. 4, p.S240-S248, Dez. 2007.

MENON, A.; POMERANTZ, S. Substance use during sex and unsafe sexual behavior among acute psychiatric inpatients. *Psychiatr. Serv.*, Maryland, v.48. p.170-2, Oct. 1997.

MERHY, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. *et al.* *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o publico*. Belo Horizonte: Xamã, 1998, p.103-120.

- MESTON, C.M. Aging and sexuality. In: Successful Aging. *West Journal of Medicine*, v.167, n.4, p.285-290, 1997.
- 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.* Rio de Janeiro, v.12, n.1, p.136-42, mar. 2008.
- 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.
- MORIN, E. *O problema epistemológico da complexidade*. Lisboa: Europa-América, 1983.134p.
- MOSCOVICI, S. *A Representação Social da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. 291p.
- MOSCOVICI, S. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Trad. Pedrinho A. Guareschi. 6.ed. Petrópolis: Vozes, 2009. 404p.
- MOTA, M.P. Gênero e sexualidade: fragmentos de identidade masculina nos tempos de AIDS. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.14, n.1, Jan.- Mar. 1998.
- MURARO, R.M. *Sexualidade da mulher brasileira: corpo e classe social no Brasil*. 5.ed. Rio de Janeiro: Record: Rosa dos Tempos, 1996. 496p.
- NETO, A.B.; ARAÚJO, A.C.; DOHER, M.T.; HADDAD, M.A. Revisão sobre a eficácia do preservativo em relação à proteção contra doenças sexualmente transmissíveis e gestação. *Diagn. Tratamento*, São Paulo, v.14, n.3, p.123-5, Dez. 2009.
- NEWCOMB, R.; TREAS, J.; WIDMER, E. Attitudes toward nonmarital sex in 24 countries. *J Sex Res.*, n.35, v.4, p.349-59, 1998.
- NUNES, M.; JUCÁ, V.J.; VALENTIM, C.P.B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios da reforma psiquiátrica e sanitária. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.25, p.433-457, Out. 2007.
- OGUNSEMI, O.; LAWAL R.A.; OKULATE G.T.; ALEBIOSU C.O.; OLATAWURA M.O. A comparative study of HIV/AIDS: the knowledge, attitudes, and risk behaviors of schizophrenic and diabetic patients in regard to HIV/AIDS in Nigeria. *Méd. Gen. Méd.*, Samagu, v.8, n.42, Nov. 2006.
- OLIVEIRA, G.L.; CAIAFFA, W.T.; CHERCHIGLIA, M.L. Saúde mental e a continuidade do cuidado em centros de saúde de Belo Horizonte, MG. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.42, n.4, p. 707-16, Ago. 2008.
- OLIVEIRA, H.L. *Usuários de serviços de saúde mental e vulnerabilidade para DST/HIV: estudo piloto*. 189f. 2006. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

OLIVEIRA, S.B. Avaliação do comportamento sexual, conhecimentos e atitudes sobre AIDS: um estudo entre indivíduos internados com distúrbios mentais. In: VENÂNCIO A.T.; LEAL E.M.; DELGADO, P.G. (org.). *O campo da atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Te Cora, 1997. p. 343-51.

OLIVEIRA, S.B. *Loucos por sexo: um estudo sobre a vulnerabilidade dos USM para o HIV*. 135p. 1998. Dissertação (Mestrado) Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

OLTRAMARI, L.C. *Representações sociais da aids, relações conjugais e confiança*. 2007. 253f. Tese (Doutorado). Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Brasília: Centro de Documentação OPAS/OMS. 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Preservativos masculinos In: Planejamento familiar. Um manual global para profissionais e serviços de saúde. p.199-210. 2007.

ONOCKO, R.T.; CAMPOS, G.W.S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G.W.S. *et al. Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 669-688.

OTTO-SALAJ, L.L.; HECKMAN, T.G.; STEVENSON, L.Y.; KELLY, J.A. Patterns, predictors, and gender differences in HIV risk among severely mentally ill men and women. *Community Ment. Health J.*, Milwaukee, v.34, p.175-90, Apr. 1998.

PAIVA, M.S.; AMÂNCIO, L. Implicações das representações sociais na vulnerabilidade de gênero para sida /aids entre jovens universitários : estudo comparativo Brasil-Portugal. In: *III Jornada Internacional de Representações Sociais- João pessoa*. Paraíba, 2005. P.3106-3125.

PAIVA, V. *Fazendo arte com camisinha*. Sexualidades jovens em tempos de aids. São Paulo: Summus, 2000. 312p.

PAIVA, V. Sexualidades adolescentes: escolaridade, gênero e o sujeito sexual. In: Parker, R.; BARBOSA, R.M. *Sexualidades Brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996, p.213-234.

PAIVA, V. Sexualidade e gênero num trabalho com adolescentes para a prevenção do HIV/Aids. In: PARKER, R.; BASTOS, C.; GALVÃO, J.; PEDROSA, J.S. (orgs.) *A Aids no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994, 231-250.

PAIVA, V.; ARANHA, F.; BASTOS, F.I. Opiniões e atitudes em relação à sexualidade: pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.42, supl1, p.54-64, Jun. 2008.

PAIVA, V.; PUPO, L.R.; BARBOZA, R. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.40, p.109-19, Abr. 2006.

PARKER, R. *Corpos, prazeres e paixões: a cultura sexual no Brasil contemporâneo*. São Paulo: Bestseller, 1991.296p.

PARKER, R. Cultura, economia política e construção social da sexualidade. In: LOURO, G.L. *O corpo educado*. Pedagogias da sexualidade. Trad. de Tomaz Tadeu da Silva. Belo Horizonte: Autêntica, 1999. p. 125-150.

PARKER, R. Diversidade sexual, análise sexual e educação sobre AIDS no Brasil. In: LOYOLA, M.A. *Aids e sexualidade: O ponto de vista das ciências humanas*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994. p. 141-160.

PARKER, R. *Empowerment, community mobilization and social change in the face of HIV/Aids*. Vancouver. XI Conferência Internacional de Aids. 1996.

PARKER, R. Reflexões sobre a sexualidade na Sociedade Latino-Americana: Implicações para Intervenções em face do HIV/AIDS. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.7, n.1, p.99-108, Jan-Jun. 1997.

PARKER, R.; BARBOSA, R.M. (Org.). *Sexualidades Brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1996. 236p.

PARKER, R.; CAMARGO JÚNIOR, K.R. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.16, supl.1, p.89-102, Mar. 2000.

PARKER, R.; EASTON, D.; KLEIN.C. Entraves estruturais e facilitadores na prevenção do HIV: Uma revisão internacional. *AIDS*, New York, v.14 supl.1, p.S22-S32, Jun. 2000.

PARKER, R.; TERTO JÚNIOR, V. (org). *Aprimorando o debate: respostas sociais frente à AIDS: limites e possibilidades na terceira década*. Rio de Janeiro: ABIA, 2002. 40p.

PATIN, B. *Maladie mentale & infection à VIH*. Etude psychosociale des representations et des comportements prises en milieu psychiatrique: prise en charge, prevention et responsabilité. 465p. 2000. Thèse présenté à Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris, 2000.

PAULILO, M.A.S; JEOLÁS, L.S. Aids, drogas, riscos e significados. *Ciência e Saúde Coletiva*, Londrina, v.10, n.1, p.175-184. Jan. 2005.

PERRY, B.L., WRIGTH, E.R. The sexual partnership of people with serious mental illness. *J. Sex. Res.*, Bloomington, v. 43, n.2, p.174-81, May. 2006.

PASSOS, C.M. *O trabalho do enfermeiro na atenção básica de Belo Horizonte: avaliação das ações programáticas*. 2011. 116f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

PETITAT, A. *Secret et formes sociales*. Paris: PUF, 1998, 247p.

PFEIFFER, L; SALVAGNI, E.P. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. *J. Pediatri.*, Rio de Janeiro, vol. 81, n. 5, supl. 0, p. S197-204, Nov. 2005.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (org.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. 2.ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC; ABRASCO, 2009. 404p.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.; CAMARGO JR., K.R. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ-IMS-Abrasco, 2003. 228p.

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

PINTO, D.S.; MANN, C.G.; WAINBERG, M; MATTOS, P; OLIVEIRA, SB. Sexualidade e vulnerabilidade ao HIV em saúde mental: um estudo de base etnográfica de instituições psiquiátricas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.23 n.9, Nov. 2007.

PIRL, W.; GREER, J.; WEISSGARBER, C.; LIVERANT, G.; SAFREN, S.A. Screening for infectious diseases among patients in a state psychiatric hospital. *Psychiatr. Serv.*, Massachusetts, v.56, p.1614-6, Dec. 2005.

POPE, C.; MAYS, N. (Org.). *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. Trad. Ananry Porto Fajardo. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. 172p.

RIETH, F. "Amor e sexualidade" In: BÉRIA, J. (org.). *Ficar, transar: a sexualidade em tempos de AIDS*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 1998. P.15-26.

RIBEIRO, M.O.; DIAS, A.F. Prostituição infanto-juvenil. Revisão sistemática da literatura. *Ver. Esc. Enf. USP*, São Paulo, v.43, n.2; jun. 2009.

RIVERS, K.; AGGLETON, P.; ELIZONDO, J. *et al.* Gender relations, sexual communication and the female condom. *Critical Public. Health*, London, v.8, n.4, p.273-290. Dec. 1998.

ROBSON, D.; GRAY, R. Serious mental illness and physical health problems: a discussion paper. *Int. J. Nurs. Stud.*, [S.I.], v.44, p.457-466, Sept. 2007.

ROSENBERG, S.D.; GOODMAN, L.A.; OSHER, F.C.; SWARTZ, M.S.; ESSOCK, S.M.; BUTTERFIELD, M.I.; *et al.* Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C in people with severe mental illness. *Am. J. Public. Health*, Lebanon, v.91, p.31-7, Jan. 2001.

ROSENTHAL, D.; GIFFORD, S.; MOORE, S. "Safe sex or safe love: competing discourses?" In: *Aids care*, v.10, n.1, p.35-47, 1998.

- ROUQUETTE, M.L. Representações e práticas sociais: Alguns elementos teóricos. In: MOREIRA, A.S.P.; OLIVEIRA, D.C. (ed.) *Estudos Interdisciplinares de representação social* Goiânia: AB.1998. p.39-48.
- RUZANY, M.; TAQUETTE, S.R.; OLIVEIRA, R.G.; MEIRELLES, Z.V.; RICARDO, I.B. A violência nas relações afetivas dificulta a prevenção de DST/AIDS? *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v.79, n.4, p.349-54. Jul-Ago. 2003.
- SALEM, T. “Homem... já viu, né?”: representações sobre sexualidade e gênero entre homens de classe popular. In: HEILBORN, M.L. (Org.). *Família e sexualidade*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2004.
- SANTOS, C.O.; Iriart, J.A.B. Significados e práticas associados ao risco de contrair HIV nos roteiros sexuais de mulheres de um bairro popular de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. v.23, n.12, p.2896-2905, dez. 2007.
- SANTOS, W.J. *Aspectos psicossociais na adesão ao tratamento de pessoas com HIV/AIDS: o uso do genograma para o conhecimento da rede familiar*. 176f. 2011. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 2011.
- SARACENO, B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: Te Corá, 1999. 175p.
- SCHIMNAR, A.; ROTHBARD, A.; KANTER, R.; JUNG, Y. An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. *Am. J. Psychiatry*, Washington D.C. v.147, p.1602-8, Dec. 1990.
- SCHOTT, J.W. *Gênero: Uma categoria útil para a análise histórica*. 2.ed. Recife: SOS CORPO- Gênero e Cidadania, 1995. p.1-19.
- SEALE, A.; BAINS, A.; AVRETT, S. Partnership, sex, and marginalization: moving the global fund sexual orientation and gender identities. *Health and human rights in practice*. Geneva. v.12, n.1 p.123-135, Jun. 2010.
- SEFFNER, F. Prevenção à AIDS: uma ação político-pedagógica. In: *Seminário Prevenção à AIDS: Limites e possibilidades na terceira década*. Rio de Janeiro. Anais... Rio de Janeiro: ABIA, 2002. p.28-38.
- SILVA, C.G.M. O significado de fidelidade e as estratégias para a prevenção da Aids entre homens casados. *Revista de Saúde Pública*, v.36, supl.4, p.40-49. Abr. 2002.
- SILVA, L.M.S.; GUIMARÃES, T.A.; PEREIRA, M.L.D.; MIRANDA, K.C.L.; OLIVEIRA, E.N. Integralidade em saúde: avaliando a articulação e a co-responsabilidade entre o PSF e um serviço de referência em HIV-aids. *Epidemiologia e Serv. Saúde*, Brasília, v.14, p.97-104, Jun. 2005.
- SILVA, T.C. ANDRADE, X. Representações e práticas da sexualidade dos jovens e feminilização do SIDA em Moçambique: estudos de caso no centro e sul do país. *Outras Vozes*, Maputo, p. 25-9, fev. 2005.

SILVA, V.V.A. “Pra que rimar amor e dor”: um estudo sobre as formas contemporâneas de expressão do sentimento amoroso. In: III Jornada Internacional de Representações Sociais – João pessoa/PB, 2005. p.3931-3940.

SILVEIRA, M.R. *A saúde mental na atenção básica: um diálogo necessário*. 2009. 134f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

SIMON, P.; GONDONNEAU, J.; MIRONER, L.; DORLEN-ROLLIER, A.M.; Rapport sur le comportement sexuel des Français. Julliard: Charron, 1972 *apud* 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.

SLUZKI, C. E. *A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas*. Trad. de Cláudia Berliner. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. 147 p.

SOARES, A.N.; SILVEIRA, B.V.; REINALDO, A.M.S. Oficinas de sexualidade em saúde mental: relato de experiência. *Cogitare Enferm.*, Curitiba, v.12, n.2, p.345-8, Jun. 2010.

SOARES, J.C.R.S., CAMARGO JÚNIOR, K.R. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. *Interface- Comunic., Saúde, Educ.*, Botucatu, v.11, n.21, p. 65-78, Jan-Abr. 2007.

SONTAG, S. *Aids e suas metáforas*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.111p.

SOUZA FILHO, E.A. Dois estudos sobre representações de práticas sexuais/afetivas no contexto da AIDS no Rio de Janeiro. In: MOREIRA, A.S.P.; OLIVEIRA, D.C. (Orgs.) *Estudos Interdisciplinares de representação social*. Goiânia: AB, 1998. p.121-154.

SPINK, M.J. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das Representações Sociais. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (eds.) *Textos em representações sociais*. Petrópolis: Vozes, 1994. p 117-148

SPINK, M.J. (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano – aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez, 1999. 296p.

STRAUSS, J.L. Knowledge and risks of human immunodeficiency virus transmission among veterans with severe mental illness. *Mil Med.*, Durham, v.171, p.325-30, Apr. 2006.

STROUP, T.S.; GILMORE, J.H.; JARSKOG, L.F. Management of medical illness in persons with schizophrenia. *Psychiatric Annals*, [S.I.], v.30, p.35-40, Mar. 2000.

SULLIVAN, G. *et al.* HIV and people with serious mental illness: The public sector's role in reducing HIV risk and improving. *Psychiatric Services*, [S.I.], v.50, p.648-652, May 1999.

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.

SWARTZ, M.S. *et al.* HIV Regular source of medical care among persons with severe mental illness at risk of hepatitis C infection. *Psychiatric services*, [S.l.], v.6, p.854-859, 2003.

TAQUETE, S.R.; RUZANY, M.H.; MEIRELLES, Z.; RICARDO, I. Relacionamento violento na adolescência e risco de DST/AIDS. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: v.19, n.5, p.1437-1444, set-out. 2003.

TAQUETE, S.R.; VILHENA, M.M.; PAULA, M.C. Doenças sexualmente transmissíveis e gênero: um estudo transversal com adolescentes no Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. v.20, n.1, p. 282-290, jan./fev.2004.

THIENGO, M. A.; OLIVEIRA, D. C.; RODRIGUES, B. M. R. Representações sociais do HIV/AIDS entre adolescentes: implicações para os cuidados de enfermagem. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 68-76, sept. 2005.

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.

TRÁEEN, B.; STIGUM, H.; ESKILD, A. Contraception and STD protection among urban Norwegians. *Culture, health & sexuality*. Oslo v.4, n.1, p.85-102, Jan-Mar 2002.

VANABLE, P.A.; CAREY, M.P.; CAREY, K.B.; MAISTO, S.A. Differences in HIV-related knowledge, attitudes, and behavior among psychiatric outpatients with and without a history of sexually transmitted infection. *J. Prev. Interv. Community*, Syracuse, v.33, p.79-94, Feb. 2007.

VANABLE, P. A. *et al.* Impact of HIV-related stigma on health behaviors and psychological adjustment among HIV-positive men and women. *AIDS and Behavior*, New York, v.10, n.5, p.473-482, sept. 2006.

VASCONCELLOS, D.; NOVO, R.F.; CASTRO, O.P.; VION-DURY, K.; RUSCHEL, A.; COUTO, M.C.P.P.; COLOMBY, P.; GIAMI, A. A sexualidade no processo do envelhecimento: Novas perspectivas-Comparação transcultural. *Estudos de psicologia*, Natal, v.9, n.3, p.413-419, Set-Dez. 2004.

VELLINGA, A.; VAN, DAMME, P.; MEHEUS A. Hepatitis B and C in institutions for individuals with intellectual disability. *J. Intellect. Disabil. Res.*, Antwerp, v.43, p. 445-53, Dec. 1999.

VILLELA, W.V.; BARBOSA, R.M. Repensando as relações entre gênero e sexualidade... In: PARKER, R.; BARBOSA R.M. *Sexualidades Brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996. p.189-199.

VOLVAKA, J. *et al.* Assessment of risk behaviours for HIV infection among psychiatric inpatients. *Hosp. Comm. Psych.*, Orangeburg, v.43, p.482-2, May 1992.

WAGNER, W. Descrição, explicação e método na pesquisa das representações sociais. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (eds.) *Textos em representações sociais*. Petrópolis: Vozes, 1994. p.149-186.

WAGNER, W. Sócio-gênese e características das representações sociais. In: Moreira, A.S.P.; OLIVEIRA, D.C. (Eds.). *Estudos Interdisciplinares de representação social*. Goiânia: AB, 2003. p.3-25.

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*, [S.l.], 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.; CAREY, M.P.; CAREY, K.B.; MAISTO, S.A.; GORDON, C.M. The relation of alcohol use to HIV-risk sexual behavior among adults with severe and persistent mental illness. *J. Consult. Clin. Psychol.*, Syracuse, v.69, p.77-84, Feb. 2001.

WESTERMARCK, E. *The history of human Marriage*. Londres: MacMillan, 1921. *apud* HEILBORN, M. L.; BRANDÃO, E.R. Introdução: Ciências Sociais e Sexualidade. In: HEILBORN, M.L. (org.). *Sexualidade: o olhar das ciências sociais*. Rio de Janeiro: Zahar, 1999. p.7-17

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guidelines for medico-legal care of victims of violence. Geneva: 2003.

ZAMPIERI, A.M.F. *Erotismo, Sexualidade, Casamento e Infidelidade*. Sexualidade conjugal e prevenção do HIV e da AIDS. São Paulo: Agora, 2004. 245p.

Apêndice A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ETAPA QUALITATIVA

“Estudo de soroprevalência da infecção pelo HIV, Sífilis, Hepatite B e C em instituições públicas de atenção em saúde mental: Um estudo multicêntrico nacional”.

Estamos lhe convidando para participar de uma segunda etapa da pesquisa sobre a presença de algumas doenças (infecção pelo HIV/Aids, Sífilis, Hepatite B e C) entre usuários de serviços de atenção em saúde mental. Este estudo está sendo promovido pelo Ministério da Saúde (Programa Nacional de DST/AIDS e Área Técnica da Saúde Mental) e desenvolvido sob a coordenação da Universidade Federal de Minas Gerais em colaboração com outros hospitais e serviços de saúde do país.

SUA PARTICIPAÇÃO NÃO É OBRIGATÓRIA:

Esse termo de consentimento lhe dará informações sobre o estudo. O pessoal deste serviço conversará com você sobre o estudo e esclarecerá qualquer dúvida que você tenha. Após você ter entendido o estudo, e se decidir participar do mesmo, solicitaremos que você assine o termo de consentimento. Você receberá também uma cópia para você guardar. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com este serviço.

OBJETIVOS DO ESTUDO:

Algumas doenças como o HIV/AIDS, a sífilis e a hepatite podem ser transmitidas através das relações sexuais quando um dos (as) parceiros (as) está infectado (a), através de transfusão de sangue ou compartilhamento de agulhas ou seringas, da mãe para o bebê ou através de acidente de trabalho. Para que possamos entender melhor este problema no Brasil, e conhecer mais sobre os comportamentos, os hábitos e sobre a ocorrência dessas doenças entre os usuários de serviço de saúde mental, precisamos entrevistar pessoas em tratamento em serviços como este. Desta forma, se você concordar em participar neste momento, teremos uma conversa com você.

PROCEDIMENTOS:

Sua participação será feita em uma conversa que irá durar cerca de uma hora e será **gravada**. Nesta conversa você falará livremente sobre seus conhecimentos e atitudes em relação às doenças sexualmente transmissíveis, comportamentos de risco e vulnerabilidade para o HIV, além do uso de preservativo. Deverão ainda ser tratadas questões como sua rotina diária, relações afetivas e vida sexual. É importante que você saiba que as informações fornecidas na gravação serão **confidenciais**. Você será identificado com um nome **fictício**. Esta etapa também foi aprovada previamente por cada serviço participante, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

CONFIDENCIALIDADE:

A participação no estudo pode envolver algum grau de perda de privacidade. No entanto, você tem a garantia de que os resultados desta pesquisa e suas respostas serão confidenciais. Nenhuma identificação pessoal estará vinculada às suas respostas. Todos os dados da pesquisa estão identificados apenas por códigos. Somente você e algumas pessoas trabalhando diretamente na pesquisa saberão estes códigos. Nenhuma informação sobre os seus dados será utilizada sem sua permissão. Os dados coletados serão utilizados somente para o estudo.

Apêndice B - Roteiro das entrevistas do eixo qualitativo

Eixo qualitativo do Projeto PESSOAS

Roteiro de Entrevista

Dados de Identificação:

Nome:

Idade:

Sexo:

Escolaridade:

Profissão:

Situação conjugal:

Residência:

Com quem mora:

Se tem filhos e quantos:

Se trabalha atualmente e em que:

Se não trabalha, desde quando parou de trabalhar?

Em que trabalhou antes?

Qual a renda?

Se não trabalha, tem alguma renda? De quanto?

Questões norteadoras da entrevista:

1- Gostaria que você me falasse sobre seu acompanhamento psiquiátrico, da sua doença, de como ocorreu, me contando o que você pensa sobre sua situação. (Caso o entrevistado não se refira à falar das pessoas com as quais conta/apóia-se para seguir o tratamento, das dificuldades que enfrenta para isto).

2- Das pessoas com quem quais você convive, em quem você confia para conversar sobre sua vida, para contar suas histórias, sobre sua vida amorosa e sexual, seus medos, suas dificuldades. (Caso ele se refira a nomes de pessoas, pedir para descrever cada um, buscando compreender a “teia de relações sociais” do entrevistado).

3- Já que você está me falando das pessoas que você considera na sua história, também gostaria que, a partir de agora, você me contasse sobre sua vida amorosa e sexual, dos seus namoros, dos seus amores, dos seus parceiros sexuais. Fale-me o que você pensa sobre sexo, como você faz sexo, de que você gosta ou não. Fale-me, então, como é sua vida sexual e afetiva. (Perguntas de relance: quando começou a ter relações, o prazer que tem com o sexo ou não, o interesse por parceiros do sexo oposto ou do mesmo sexo, existência de violência sexual, parceiros atuais, etc.)

4- Ao falar de sexo, você falou (ou não) de doenças que são transmitidas (que se pega) através das relações sexuais. Você conhece alguma destas doenças; já ouviu falar delas; já teve alguma? Fale-me sobre elas e o que você pensa dos

riscos que você tem de pegá-las (ou não). (se o entrevistado não descrever situações de proteção ou de risco de infecção, pergunte sobre isto na sua história de vida e também sobre o uso de álcool e drogas).

5- Conte-me sobre as maneiras que você tem de se proteger das doenças que são transmitidas através de relação sexual. (caso o entrevistado não fale, insira a questão do uso da camisinha, busque saber o que ele pensa e sabe sobre ela, se usa ou não, se tem estratégias para prevenção que ele reconheça como tal...)

6- Gostaria que você me falasse das outras maneiras que você conhece que apresentam risco para pegar estas doenças. Como você acha que se protege delas?(aqui, se o entrevistado não tocou no assunto ainda, é o momento para inserir a questão da religião e prevenção e de baixo risco. Além disso, puxe assunto sobre o risco na vida em geral – comportamento recatado ou arriscado).

7- No acompanhamento aqui no serviço (CAPS ou Hospital), você recebe informações sobre sexo, sobre as doenças sexualmente transmissíveis, sobre riscos e possibilidades de prevenção? Se não recebe, não conversa, você gostaria que isto acontecesse? O que você acha importante que seja conversado com você?

Apêndice C- Quadro com idade, diagnóstico clínico e serviço onde se encontrava o entrevistado

<i>Quadro 1 - Idade, diagnóstico clínico e serviço de saúde onde se encontrava o participante</i>			
Identificação	Idade	Diagnóstico	Local de Atendimento
E1 -	23	F20.0 Esquizofrenia paranóide	HOSPITAL
E2 -	27	F60.2: Personalidade dissocial / F19: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas. F07.0: Transtorno orgânico da personalidade / F60.3: Transtorno de personalidade com instabilidade emocional. Diagnóstico secundário: F31.2: Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos	HOSPITAL
E3 -	50	F31.2: Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos	HOSPITAL
E4 -	30	F20.0 Esquizofrenia paranóide	HOSPITAL
E5 -	44	F.19 - Transtornos mentais e comportamentais por uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas	HOSPITAL
E6 -	18	F. 07.9, F. 19. e TCE: (Traumatismo crânio-encefálico; F07.9 Alteração da personalidade e do comportamento / F19 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas	HOSPITAL
E7 -	52	F19 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas.	HOSPITAL
E8 -	42	F20 Esquizofrenia	HOSPITAL
E9 -	19	F19 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas	HOSPITAL
E10 -	25	F20.0 Esquizofrenia paranóide	HOSPITAL
E11 -	44	F31.2 - Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com F20.0 - Esquizofrenia paranóide	HOSPITAL
E12-	30	F20.0 - Esquizofrenia paranóide:	HOSPITAL
E13 -	52	F20.0 Esquizofrenia paranóide: / F31 Transtorno afetivo bipolar / F31.8 Outros transtornos afetivos bipolares: Episódios maníacos recidivantes SOE; Transtorno bipolar.	HOSPITAL
E14 -	22	F 29 (psicose não orgânica e não especificada), drogadição F. 19.5 (Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas + transtorno psicótico	HOSPITAL
E15 -	25	F29 Psicose não-orgânica não especificada	HOSPITAL
E16 -	38	F30.1 Mania sem sintomas psicóticos	HOSPITAL
E17 -	47	F. 20.0- esquizofrenia paranóide e de crises convulsivas	CAPS
E18 -	42	F31.2 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos	CAPS
E19-	37	F20 Esquizofrenia	CAPS
E20 -	25	F20 Esquizofrenia / F70-F79 Retardo mental	CAPS
E21 -	41	F. 063- transtorno afetivo orgânico. / F. 30.1- transtorno bipolar, mania sem sintomas psicóticos.	CAPS

E22 -	46	F20 Esquizofrenia persecutória / F19.0 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas.	CAPS
E23 -	38	F03 Demência não especificada / F20 Esquizofrenia	CAPS
E24 -	68	F20.0 Esquizofrenia paranóide	CAPS
E25 -	44	F31 : Transtorno afetivo bipolar / F60.2 Personalidade dissocial / Personalidade (transtorno da): amoral, anti-social, associal, psicopática, sociopática.	CAPS
E26 -	24	F72 Retardo mental	CAPS
E27 -	46	F20.0 Esquizofrenia paranóide	CAPS
E28 -	63	F22.0 Transtorno delirante	HOSPITAL
E29 -	42	F19.5 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas - transtorno psicótico / F32 Episódios depressivos. F25 Transtornos / F25.2 Transtorno esquizoafetivo do tipo misto: Esquizofrenia cíclica, Psicose esquizofrênica e afetiva mista.	HOSPITAL
E31 -	29	F22 Transtornos delirantes persistentes / F22.0 Transtorno Delirante	CAPS
E32 -	40	F09 Transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado / F10.2. Síndrome de dependência	CAPS
E33 -	46	Transtorno depressivo não especificado.	CAPS
E34 -	57	F07.9 Transtorno orgânico não especificado da personalidade e do comportamento devido a doença cerebral, lesão e / F10.2 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - síndrome de dependência	CAPS
E35 -	64	F20.5 Esquizofrenia residual	CAPS
E36 -	72	F23.3. Outros transtornos psicóticos agudos, essencialmente delirantes	CAPS
E37 -	70	F10.0 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool / F23.3 Outros transtornos psicóticos agudos, essencialmente delirantes	CAPS
E38 -	44	F30.2 Mania com sintomas psicóticos:.	CAPS
E39 -	51	F71 Retardo mental moderado / . F71.1 Retardo mental moderado.	CAPS
E40 -	46	Transtorno mental e comportamental devido ao uso de álcool com outras complicações médicas, episódio depressivo moderado (F32.1) / F10.2 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - síndrome de dependência	
E 30-	24	F25.2 Transtorno esquizoafetivo do tipo misto	HOSPITAL

Apêndice D- Exemplo da análise estrutural de uma entrevista- primeira etapa

E 33 - 06/07/2006 –46 anos –acompanhamento no CAPS

Usuária nascida no dia 21/05/1960, casada, tem cinco filhos, mora com o marido e a filha mais nova. Não trabalha, embora sua profissão seja do lar. Recebe benefício que está para terminar sua validade. No dia 03/06/2004 deu entrada no CAPS Carmo, relatando problemas conjugais e com o local onde está morando. Seu marido a agredia verbal e fisicamente. Devido a isso, passou mal, tendo crises nervosas quando tremia muito, perdeu a fala e se debatia. Atualmente está em acompanhamento no CAPS. Diagnóstico: transtorno depressivo não especificado.

S1 - Identificação – situação social e familiar

- ... **6 de julho de 2006, do Serviço CAPS Início da entrevista, 11h. Fulana, me conta um pouquinho de sua vida. Qual é a sua idade?**

- 46 anos

- **E atualmente, qual é a sua situação conjugal? Você vive com alguém, tem namorado, como é que é?**

- Eu sou casada há 29 anos e vivo com o meu marido.

- **Então você está casada há 29 anos. Você tem filhos?**

- Tenho 5 filhos. 3 mulheres e 2 rapazes

- **Cinco filhos. Qual a idade das mulheres?**

- Uma tem 28 anos, a mais velha, e a 4ª vai fazer 24 anos agora. A outra tem 19 anos.

- **E os rapazes?**

- Um tem 26 anos e o outro 23 anos.

- **Nossa! Uma escadinha, né?**

- É, já estão tudo criado já.

- **Moram com você?**

- Moram. Duas já é casada, mora em casa própria delas mesmo, com os esposos. E mora 3 comigo: minha filha de 19 e os meus dois rapaz.

- **Então, com você convivem duas filhas, né...**

- Só uma filha.

- **Ah, uma filha e dois rapazes. Mais o marido, né?**

- É. Meu esposo, ele trabalha fora, em Entre Rios. Ele é empregado, operador de máquina, mas todo final de semana ele está em casa.

- **E mora mais alguém na casa de vocês?**

- Não, só nós mesmo.

- **Você tem profissão?**

- Não, eu trabalhei em creche, mas foi como um serviço prestado, na minha cidade.

- **Você mora aonde?**

- Eu moro lá em (o nome da cidade foi citado).

- **Você sabe o endereço?**

- Sei. (A entrevistada citou a rua e o número).

A entrevistada tem 46 anos, é casada há 29 anos, tem cinco 5 filhos, sendo uma filha com 28 anos – casada, um filho com 26 anos, uma filha com 24 anos – casada, um filho com 23 anos e uma filha com 19 anos. O marido trabalha em outra cidade

e vem para casa somente nos finais de semana. Lembra-se perfeitamente do seu endereço. Diz não ter profissão, mas já trabalhou em creche.

S2 – Trabalho e emprego

- **É aqui no bairro mesmo. E atualmente você não trabalha?**
- Não. Atualmente não trabalho.
- **Quer dizer, não trabalha na rua, mas trabalha em casa, né?**
- Esses dias até, trabalhando em casa, eu quase não estava, por causa da depressão, né, e também pelo problema de coluna que eu tenho. Estou fazendo tratamento. Mas quando eu estou bem assim, eu faço trabalho normal
- **Você disse pra mim que você trabalhou em creche, não é isso?**
- Trabalhei em creche, serviço prestado, trabalhava também como vice-presidente de Associação de morador, trabalhava com idosos, com crianças.
- **Há quanto tempo você parou de trabalhar?**
- Ih, já faz uns nove anos. Eu tenho até a minha cartinha de recomendação aqui, que eu trabalhei. E eu trabalhava com o médico do meu bairro também, fazia SOS Saúde e eu trabalhava com ele. Porque ele foi quem tratou de mim uma época que eu estava desenganada, né. Que eu tinha feito uma cesárea e eu fui e tive meu intestino costurado, e foi particular. E eu fiquei desenganada, foi que um médico se formou, de lá da cidade onde eu morava, e quando ele voltou – nessa época meu esposo trabalhava com cerâmica – e através desse irmão dele, comprando material, aí ele falou assim: “Eu vou levar a sua esposa lá no meu irmão”. Que ele tinha montado consultório pra atender particular, porque ele ainda não estava atendendo ainda pelo Sistema de Saúde. Aí ele me levou até ele, meu esposo foi, e chegou lá ele olhou todos os meus exames e aí falou pra mim que eu estava com uma aderência na cirurgia e que estava com o intestino costurado. E eu mostrei os exames tudo ele e ele falou que só aqueles exames só dava inflamação. Eu internava, passava 6 dias, voltava.
- **E ninguém sabia o quê que você tinha?**
- Ninguém sabia. Nem o médico mesmo que me cuidava. E a minha cirurgia por fora era saradinha, mas eu não agüentava comer, tinha ardência na cirurgia. E aí esse médico foi e fez... mandou eu deitar na cama e fez o toque aqui na minha perna direita e ele descobriu que eu tinha uma apendicite também. Aí ele pediu autorização do meu esposo se ele podia me operar, por conta dele. Aí meu esposo falou assim: "Ela está nas mãos de Deus e nas suas mãos". Aí ele assinou a autorização e ele fez minha cirurgia. E aí ele descosturou, tirou a aderência, a apendicite. Ele falou: "Complicou todos os órgãos dela, o útero, o ovário, mas ela é muito jovem, não vai poder tirar. Quando ela sair do hospital, ela faz tratamento um mês comigo que ela vai ficar boa". Aí eu fiz tratamento um mês com ele, graças a Deus ele cuidou de mim, e aí quando terminei o tratamento ele falou assim: "Você torna a retornar aqui de novo porque você não encontrou um médico e sim um grande amigo. Qualquer coisa que você precisar, tanto pra sua família, eu estou aqui."
- **E aí você trabalhou com ele.**
- Aí eu fiquei trabalhando na creche...
- **Então o primeiro trabalho foi na creche.**
- Na creche. Trabalhava meio expediente e trabalhava com ele porque ele fazia parte da Associação de Morador.

- **Então você trabalhava na creche, já trabalhou na Associação de Moradores, né.**
- Isso. E encaminhava pessoas, através dele, pessoas que não tinham condições, ajudava. Ele pedia, organizava reuniões, né?
- **E mais algum lugar? Você falou que trabalhou com idosos também.**
- Era porque lá no Centro Social, que eu trabalhava na creche, os idosos fazia parte também. Tinha a missa...
- **Isso tudo foi no Centro Social, né?**
- Foi no Centro Social
- **Você tem alguma renda? Algum dinheiro que você recebe?**
- Hoje eu vivo encostada por causa da coluna e por causa também da depressão.
- **Tá. Então você tem uma renda do INSS.**
- Do INSS.
- **Benefício de Auxílio Doença, né?**
- Isso.
- **De quanto é essa renda?**
- 350.

A entrevistada relata que esta há nove anos sem trabalhar, que mesmo o serviço de casa, às vezes, não consegue fazer devido à doença (depressão e problema na coluna). Recebe um salário mínimo de auxílio doença do INSS. Conta que trabalhou em creche e na associação de Moradores, com crianças e idosos, após ter conhecido um médico que a ajudou muito. Ela tinha feito uma cirurgia que complicou e este médico, irmão de um patrão do marido dela, cuidou dela, tirando as aderências e uma apendicite instalada. Ela tem muita gratidão por tudo que ele fez por ela, inclusive pelo fato de tê-la ajudado a ter um trabalho.

S3 – Trajetória de vida – escolaridade e casamento

- **Um salário, né. Então, voltando, na sua casa moram você, sua filha, dois filhos e o marido, são 5 pessoas, né?**
- É.
- **Você estudou?**
- Eu estudei até a 5ª série.
- **Parou por quê?**
- Porque eu casei cedo. Na época, eu casei com 16 anos, aí meu esposo como é do nordeste, machista, não deixa a mulher estudar.
- **Você casou com 16 anos.**
- Com 16 anos. E com 26 anos eu tive minha última filha.

A entrevistada informa que estudou até a 5ª; série (ensino fundamental) porque se casou aos 16 anos de idade e o marido, nordestino e machista, não a deixou estudar mais.

S4 – Relações sexuais e casamento

- **Me diz uma coisa, então seu esposo foi o primeiro homem que você teve ou você chegou a ter outros namorados, se relacionou sexualmente com outras pessoas?**
- Não. Só ele mesmo.

- **Ele foi a primeira pessoa da sua vida?**
 - Foi.
 - **E foi o único até hoje?**
 - Até hoje.
 - **E como que é a vida sexual de vocês? Como é que foi o namoro, como é que vocês tiveram o primeiro relacionamento?**
 - Nosso namoro foi desde os dez anos. Nós conhecemos, com um namoro de criança. Naquela época era muito severo. Os pais, se soubesse que namorava, era aquele... Não tinha aquele namoro de maldade, de malícia, era um namoro ingênuo. Então a gente se conheceu...
 - **E ele tem a mesma idade que você ou ele é mais velho?**
 - Ele tem 48 anos, vai fazer 49.
 - **E você está com 46. Então você tinha 10 e ele tinha 13.**
 - Isso.
 - **Você é da onde?**
 - Eu sou do (se referiu a outro estado brasileiro).
 - **Aí começaram a namorar...**
- Aí começamos a namorar um namoro de criança, depois ele voltou pra trabalhar, cresceu e foi trabalhar na cidade, né, e eu fiquei estudando. Eu fui também crescendo, fiquei moça e aí eu conheci um rapaz, mas assim, namoro também de adolescente. Aí, depois, quando ele retornou ao meu bairro, aí a gente começou a conversar de novo e aí a gente já começou namorar, já foi noivando. Namoramos dois anos e dois meses e casamos. Mas assim, sem ter relacionamento nenhum.

Relata que namorou o marido desde criança (desde os dez anos de idade), os dois se conheciam desde pequenos em uma cidade de um outro estado brasileiro. Houve uma interrupção num período em que ele foi para a cidade grande trabalhar, ela teve um flerte com um outro rapaz, mas quando voltou, namoraram mais de dois anos, noivaram e se casaram, sem ter relações sexuais. Afirma que tudo era muito severo na época. O marido tem 48 anos, é dois anos mais velho do que ela.

S5 – Trajetória de vida – relações sexuais

- **Ele foi a primeira pessoa e foi depois do casamento.**
- Depois do casamento.
- **E como é que foi a primeira experiência? Ele também tinha pouca experiência? Como é que era?**
- Ele já era experiente, porque ele era uma pessoa já vivida já, ia nos lugares, né. Porque comigo ele não podia ter essas coisas, faz parte deles, né, então... E quando eu casei com ele, na minha primeira gravidez, ele não tinha a sífilis no pênis, pra mostrar, né, mas ele tinha no sangue, não tinha tratado ainda direito. Então, quando eu fui ganhar neném, aí foi detectado a sífilis, no meu sangue. Aí a minha filha nasceu, não teve problema nenhum...
- **Você fez o pré-natal ou não?**
- Fiz o pré-natal.
- **Mas no pré-natal você descobriu ou não?**
- Não. Só na hora que eu fui ganhar. Que as enfermeiras viu um caroço, tipo assim uma crista, né, do lado, e aí elas detectaram o que era. Mas não tinha pegado assim, fisicamente, mas no sangue. E aí eu fiz o tratamento, fui no médico, fiz tratamento.

- **Então você já teve sífilis.**
- Já tive.
- **E já teve outras doenças sexualmente transmissíveis?**
- Não. Foi só isso mesmo.
- **Foi logo no início do casamento.**
- Foi logo no início. Foi tratado e tudo.
- **E ele também tratou.**
- Ele também tratou. Tomou medicamento junto comigo.
- **Aí, de lá pra cá, nunca mais?**
- De lá pra cá nunca mais tive problema não.

Ao ser perguntada sobre pelos seus sentimentos em relação à 1ª relação sexual, conta que o marido tinha muita experiência, que 'tinha andado muito por aí' e que ele tinha sífilis no sangue, mas que não era visível no pênis, por isto ninguém sabia de nada. No parto de sua 1ª filha, foi confirmado que ela estava infectada e que a criança não tinha nada. Ela e o marido fizeram tratamento. A entrevistada afirma que foi a única doença sexualmente transmissível que teve ao longo da vida.

S6 – conhecimento sobre as IST

- **Você já ouviu falar em outras doenças sexualmente transmissíveis ou só a sífilis? Você conhece outras, já ouviu falar?**
- Às vezes a gente vê naquelas revistas, seborréia, muitas coisas. Mas eu não sou muito ligada assim, não. Eu leio, mas não lembro depois.

Diz que já ouviu falar de outras DST, cita o nome (incorretamente) de uma delas, diz que lê sobre elas, mas que depois se esquece do que leu.

S7 – trajetória de vida e o casamento

- **Voltando um pouco à sua vida sexual. Aí você teve o relacionamento com o seu marido, e como é que foi esse relacionamento? Foi tranquilo? Foi traumático? Como é que foi pra você a sua primeira experiência?**
- No começo foi tranquilo. Aí, depois do meu segundo filho, ele já começou já a pular a cerca, fora. Só que naquela época, essas doenças, quando detectava, era uma coisa de horror, né. Então a pessoa já corria pra se cuidar e tudo. Então, quando ele tinha mulher fora, ele passava três dias, uma semana sem me procurar. Porque eu era muito jovem, não tinha muita experiência.
- **Mas você sabia que ele tinha outras mulheres?**
- Sabia.
- **E você não se protegia, não usava nenhum...?**
- Não. Nessa época não usava nada, não tinha o desenvolvimento que tem hoje.
- **Preservativos, camisinha. Então ele ficava sem te procurar.**
- É.
- **E como é que era isso? Você ficava com raiva, você aceitava bem?**
- Eu ficava com raiva, eu não cedia, mas ele era muito machista. Quando queria, tinha que ter. Era assim. Mas eu sempre fazia meus exames, fazia exame de sangue, fazia...
- **Mas você tinha prazer na relação sexual?**
- Eu tinha. No início eu tinha.

- **No início do casamento?**
- Do casamento.
- **Depois você deixou de ter.**
- Depois, de um certo tempo pra cá, o relacionamento começou assim, a ficar muito frio, por causa que eu sofria muito. Ele era uma pessoa muito... Assim, como se diz, era uma pessoa muito responsável, trabalhava, sempre trabalhei fora, quando minhas crianças era pequena, eu viajava, quando minhas crianças começaram a estudar, eu tive que parar, e ele sempre trabalhou. Ele foi transferido de estado, aí foi quando eu vim parar aqui. Mas só que de uns certos tempos pra cá, ele foi uma pessoa que me judiou muito. E naquela época a mãe da gente era muito rígida, tinha que viver, né.
- **Bem ou mal tinha que viver.**
- Eu não tinha uma renda. Então, eu tinha os filhos, tinha que cuidar, fui obrigada a ficar, ajeitar com ele e até o dia de hoje.

Relata que teve prazer no início do relacionamento com o marido, mas que depois do nascimento da 1ª filha, ele passou a ter outras mulheres, ficava dias sem aparecer em casa, e quando aparecia queria ter relações sexuais, todas sem proteção. Ela ficava com raiva, mas se sentia impotente porque achava que tinha de continuar com ele, devido à criação que teve (rigidez da mãe) e porque não tinha como se sustentar com os filhos. Diz que foi aí que começou a sofrer muito e ficar doente, porque ele a maltratava muito.

S8 – Relações com o marido – violência e adoecimento psíquico

- **Mas ele judiava de você como?**
- Batia.
- **Te espancava?**
- Espancava. Até que um dia eu tive uma depressão – quando eu estava grávida da minha primeira filha eu tentei suicídio, com três meses. Eu estava com três meses de grávida e um dia eu peguei querosene pra me tomar. Por causa que ele saía pra rua também.
- **Porque ele ia pra rua, arrumava mulher e aí você entrou em depressão. Então vamos falar um pouquinho disso. Como é que começou sua doença? Começou nessa época?**
- Nessa época. Só que depois eu tive uma filha que eu fui descobrir que eu tinha mesmo, né, a sífilis. Aí minhas partes ficou muito grande, eu tive que passar por um processo de tratamento, ele também. Na época tudo era muito severo, eu era muito jovem. E aí, dessa época pra cá eu já comecei a ficar assim, só que não tive tratamento.
- **E você ainda estava no Estado onde você nasceu, nessa época?**
- Sim
- **Então você entrou em depressão, mas você não fez um tratamento.**
- Comecei a ter sistema nervoso, eu tremilhava minhas mãos, ia para o hospital sem fala. Então, quando eu comecei trabalhar, essas atividades, eu tinha problema, mas, quer dizer, eu conseguia um pouco...
- **Superar...**
- Superar um pouco, porque eu trabalhava no meio das pessoas, eu sempre estava ajudando as pessoas. Eu sempre gostei de estar no meio das pessoas humildes, ajudando. E era assim.

A entrevistada conta que o marido a espancava e que o primeiro episódio de depressão foi durante a 1ª gravidez, quando o marido saía para ficar com outras mulheres e ela quis beber querosene para se suicidar (o fez?). Depois veio a sífilis, fez o tratamento, mas nunca fez tratamento para depressão, porque conseguiu o trabalho e isto a ajudava: 'gostava de estar no meio das pessoas humildes, ajudando...'

S9 –Mudança de cidade com a família

E aí todos esses trabalhos que você teve foi lá no seu Estado?

- Sim .
- **Você está aqui nesta cidade há quantos anos?**
- Vai fazer nove anos.
- **Nove anos que você está aqui. Ah, então é mais ou menos o tempo que você parou de trabalhar, né? Quando você veio pra cá você já não trabalhou...**
- Eu parei de trabalhar.
- **Então você veio proa cá e parou de...**
- Eu já ia passar a ter carteira assinada pelo estado, mas eu tive que vir pra cá.
- **Teve que vir pra cá porque ele veio trabalhar aqui, né? Aí vieram com as crianças. Ele trabalha em que?**
- Ele é operador de máquina.

Há nove anos mudou-se para outro estado devido ao emprego do marido. Ela parou de trabalhar a partir desta data. Ele é operário, operador de máquina.

S10 – Sobre o adoecimento e tratamento

- **Então sua doença já vem de muito jovem, né? E sem tratamento. Aí você diz que nessa época que você começou a trabalhar você melhorou justamente porque você conviveu com outras pessoas, mas sem tratamento.**
- Sem tratamento. Quando eu dava crise de sistema nervoso, era um médico neurologista me encaminhava para o hospital e eu tinha o tratamento, internava porque em casa não tinha condições porque com filho, né, não tinha como tomar medicação direito. Então, quer dizer, um dia o médico chegou pra minha mãe e falou assim: "Olha, você cuida da sua filha, faz um tratamento porque senão, no final da vida ela vai ter sérios problemas com o sistema nervoso." Então eu fui convivendo. Criei meus filhos praticamente, eduquei, acompanhava no colégio. E ele só vinha e passava quatro comigo. Passava um ano, três meses sem se ver.
- **Nossa! Esse tempo todo?**
- Esse tempo todo.
- **Ele só mandava o dinheiro, né, não convivia com vocês o tempo todo.**
- Exatamente. Eu fui pai e mãe pros meus filhos. Tinha aquela responsabilidade.

O marido trabalhava em outra cidade e foi ela a se ocupar dos filhos, a criá-los, mesmo ficando doente de vez em quando. Sua mãe estava presente e a levava para o hospital, sendo informada que era preciso cuidar bem 'senão ela teria graves problemas quando mais velha!'. Diz que ela foi levando, porque tinha a responsabilidade com os filhos, porque o marido não participava a não ser mandando dinheiro.

S11 – Sexualidade e prazer – vida sexual

- **E você não teve outra pessoa nessa época.**
- Não tive. Teve uma época que eu tive hormônio demais. Tinha vez que eu não podia nem ver um homem, que eu ficava... Então eu procurei o ginecologista e ele disse que eu tinha que tomar remédio e também tinha que fazer uma... não sei nem como é que chama, eu tinha que colocar uma luva para que eu conseguisse...
- **Se masturbar.**
- Isso. Porque eu ficava com (---) porque a minha barriga estava dura. Ele falou que era a falta do sexo. Então ele falou que eu tinha que tomar providência. Ou eu ligava pra ele dar um jeito dele vim pra cá ou então eu ia pra lá, ou então eu tinha que procurar um meio de ter um relacionamento, porque daquele jeito não podia ficar, sem uma pessoa não podia ficar. E eu não podia ficar tomando medicamento toda vida pra isso.
- **Claro. Aí então ele te ensinou a se masturbar, pra que você pudesse aliviar a tensão sexual.**
- Exatamente, mas só que eu tinha constrangimento. Só que quando eu tinha que ir lá – ele marcava os dias pra mim ir no médico. Mas era um médico muito respeitado.
- **Mas então lá é que você se masturbava, no médico.**
- Ele colocava, tipo assim, uma luva na mão, e colocava lá tipo como se estivesse fazendo um toque.
- **Pra você poder aliviar a tensão sexual.**
- Isso. Exatamente.
- **Então ele fez como se fosse um tratamento de terapia sexual em você?**
- Exatamente. Ele fazia isso.
- **E você não fazia em casa sozinha?**
- Não.
- **Se masturbar sozinha você nunca se masturbou?**
- Não.
- **Por quê?**
- Porque eu tinha vergonha.
- **Você achava o que?**
- Ah, eu achava, sei lá. Eu achava muito estranho.
- **Então você se sentia constrangida e envergonhada.**
- Envergonhada.

A entrevistada relata que teve um período de sua vida, quando o marido morava em outra cidade, que ela tinha muito desejo sexual, que não podia nem ver um homem na sua frente, que 'ficava com a barriga dura'. Foi a um ginecologista que a explicou que era falta de sexo, afirmando que ou o marido voltava ou ela arrumava alguém, porque 'daquele jeito não podia ficar'. Conta que ele colocava um luva, que ela ia ao consultório dele em dias marcados e ele a masturbava. Ela nunca o fez sozinha, porque se sentia envergonhada, achava muito estranho.

S12 – Relações de confiança

- **Bom, mas você falou pra mim, com as pessoas que você convivia você chegava a conversar sobre essa questão da sua vida sexual, amorosa?**
- Tinha uma amiga que a gente conversava bastante.

- **Aí você trocava com ela, falava dessas coisas que você sentia?**
- É.
- **Quem era essa amiga?**
- Era a Ciclana.
- **Era amiga da onde você morava.**
- Era.

Teve uma amiga, quando morava no interior do estado onde nasceu, com quem gostava de conversar e falava de suas intimidades.

S13 – Trajetória de vida – mudança e vida de casal

- **Aí você veio pra cá e de 9 anos pra cá vocês têm convivido junto ou continua nessa situação? Ele trabalha em outro lugar, mas vem todo final de semana pra cá?**
- Quando eu vim pra cá ele trabalhava numa grande empresa, prestando serviço. Aí ficou dois anos aqui. Eu vim pra cá ele já estava com dois anos.
- **Aqui no CAPS?**
- Não. Eu moro na (cidade x), vim direto pra cá. Ele trabalhava na firma, lá nesta cidade x. Então, quer dizer, nesse período... Eu cheguei lá, ele voltou pra firma no outro estado. Ai, quer dizer, passava já 15 dias sem vim em casa. Aí foi trabalhar em outro estado, aí passou um mês lá.
- **E aí, como é que era o relacionamento sexual de vocês? Só quando ele vinha?**
- Nessa época era boa. Era boa. Era um relacionamento saudável e tudo. Mas eu sentia falta assim da minha família, eu não convivi bem, eu não acostumei com o lugar, as pessoas.
- **Apesar de estar com seus filhos, né?**
- Apesar de estar com meus filhos. Eu chorava muito, eu me sentia muito sozinha e não tinha o meu trabalho. E eu gostava de fazer.
- **Aí você ficou sem o trabalho.**
- Aí eu fiquei sem o trabalho.

O casal mudou-se há nove anos para uma cidade do interior, onde o marido trabalhou durante dois anos e foi um tempo que ele esteve mais presente na vida dela. Conta que o relacionamento sexual nesta época foi bom e saudável, mas que ela sentia falta da família, do trabalho e muita solidão numa cidade na qual não se acostumava a viver, o que a fazia chorar sempre.

S14 – o agravamento da doença – relação com o marido – violência

- **E aí você acha que de nove anos pra cá sua doença agravou?**
- Agravou.
- **Porque você adoeceu logo após ao primeiro parto, você melhorou, mas sem um tratamento, com o seu trabalho e quando você veio pra esta cidade isso então agravou.**
- Agravou. Porque sempre lá eu me sentia sozinha, mas eu tinha minha mãe...
- **Você tinha sua família.**
- Minha família. E depois eu cheguei aqui eu me senti sem o meu trabalho e sem a família, porque só tinha meus filhos. Mas não era como aquela vida que eu ficava lá

perto da minha mãe. Se eu queria um conselho, está ali, uma orientação. Não tinha uma pessoa pra mim conversar assim, é... que eu pudesse confiar pra desabafar. Então nunca fui a um psicólogo. E quando eu cheguei isso se agravou tudo. E aí, meu esposo bebe – ele bebe. Não bebe mais tanto como ele bebia, mas ele bebe. É uma pessoa que não me entende. Se eu for conversar com ele, ele fala: "Você não tem problema, você tem tudo. Eu lhe dou tudo. O quê que você precisa mais?"

- **Quer dizer, dá tudo material, mas afetivo não.**
- Afetivo não.
- **Porque ele nunca está com você.**
- Nunca está comigo.
- **Era violento com você, te batia.**
- Exatamente.
- **Ele te batia quando?**
- Quando bebia. Uma vez ele tentou me matar, mas pela misericórdia de Deus minha filha estava dormindo no quarto e quando ele foi pra descer um cabo de vassoura em mim, minha filha correu e entrou na frente. Quando ela entrou na frente – ela tinha 6 anos – ele arribou e parou. Então tudo isso eu passei.
- **Então quer dizer, você sempre teve uma vida de maus tratos e sexualmente ele também te forçava a ter relação quando você não queria.**
- É. Às vezes.
- **Às vezes por causa dele ter outras pessoas na rua você não queria?**
- Exatamente.

A entrevistada considera que o agravamento da doença ocorreu porque ficou sem trabalho, sem sua família e sem ninguém para conversar, ao se mudar para a cidade onde vive, além de que seu marido nunca lhe entendeu, dizendo-lhe que lhe dava tudo e que não lhe faltava nada em casa. Ele bebia muito, bebe menos hoje, mas já tentou lhe matar com vassouradas uma vez. Foi acudida pela filha.

S15 – situação atual do tratamento, do casamento, violências do casal

- **Bem, então, de nove anos pra cá, o quê que vem acontecendo com sua saúde? Você hoje em dia tem tratamento. Quando chegou aqui começou a se tratar ou não? Ou piorou?**
- Não. Eu morei aqui, depois eu fiz um tratamento em outra cidade. Aí cheguei lá, pediram um eletro. Aí o médico disse que na minha cabeça não tinha nada, mas eu tinha depressão. Pra mim sair da depressão eu tinha que ter bastante apoio familiar, apoio de um pastor, de um padre, uma pessoa da igreja que me aconselhasse. Porque ele falou que a depressão é assim, as pessoas que está de fora pensa que é fácil, mas quem convive, é difícil. E pra sair a pessoa também tem que ter muita força de vontade. Só que antigamente meu sistema nervoso, ele era mais forte. Só que hoje meu sistema nervoso, parece que ele relaxou, que eu não tenho mais condições de reagir. Por exemplo, se eu tiver alegria demais eu choro, se eu tiver tristeza demais, meu mundo acabou. Se alguém chegar e falar e me magoar, acabou pra mim também, eu vou parar no hospital, minha pressão sobe. Eu vivo assim, o médico fala que eu tenho um sistema emocional muito frágil. E aí hoje eu não sinto mais aquele desejo sexual pelo meu marido como eu tinha. E ele reclama disso, porque hoje ele não é mais aquela pessoa que era, por exemplo, de me bater, de judiar. Porque teve uma época que eu revoltei com ele, eu cortei ele. Fui pra matar ele, mas Deus não deixou, né.

- **Aí você partiu pra cima dele?**
- Pra cima dele. E falei que daquele dia em diante ele não ia mais me bater. Aí eu não cheguei a furar ele, mas eu cheguei cortar ele. Ele tem a marca nas mãos.
- **E ele aí, desse tempo pra cá ele parou de te judiar?**
- Ele parou. Aí fizemos a casa perto da minha mãe, aí a gente... Ele parou mais, ele foi cuidar de mim porque eu estava de cirurgia, aí, graças a Deus ele melhorou mais.
- **Mas hoje em dia você não sente mais essa vontade sexual?**
- Não. Eu não sinto mais. Tem horas que eu acho que eu sou uma pessoa incapaz, porque nunca tive outra pessoa e, assim, tem horas que aquela... Quando ele me trata bem, eu não lembro de nada do passado, nada ruim; mas quando ele me trata mal, aí eu volto...
- **Vem aquilo tudo na cabeça**
- O passado, o que ele já me fez, então eu começo a sentir ódio, tristeza e aí só faço pra satisfazer ele, mas eu mesma não.
- **Você não tem mais prazer.**
- Não.
- **Mas você já teve no passado, atualmente que você não tem mais.**
- Eu tive no passado. Porque eu bebia com ele, eu saía pra beber, então quando eu bebia com ele, ele gostava que eu saísse, hoje eu não posso mais porque eu tomo remédio.

A entrevistada relata que fez tratamento para depressão, que o médico a aconselhou a ter alguém para conversar, que ela se esforça, mas acha que seu sistema nervoso está cada dia mais fraco, porque chora e fica muito abalada por qualquer motivo. Hoje, tem uma relação mais tranqüila com o marido, mas também já tentou matá-lo uma vez com uma faca. Porque sempre lembra de tudo que ela já passou por causa dele, hoje só faz sexo para satisfazê-lo, não sentindo mais nenhum prazer. Acredita que o uso do álcool quando saía com ele, a ajudava a ter prazer, mas hoje não pode mais beber devido aos medicamentos que toma.

S16 – Uso de álcool e drogas

- **Pois é, isso que eu queria saber: como é que é uso de álcool, drogas, como é que é? Você bebia?**
- Eu só bebia assim, cerveja, mas droga eu nunca usei.
- **Nunca usou.**
- Nunca fumei cigarro. Esses vícios aí não.
- **Agora, beber, você bebia como ele bebia, compulsivamente? Bebia muito de ficar embriagada ou só acompanhava ele?**
- Eu sempre tomava normalmente...
- **Não chegava a se embriagar?**
- Não. E, se às vezes eu... eu saía com ele, eu tinha consciência e vinha pra casa. Eu chegava e dormia. Mas nunca fui uma mãe agressiva, nunca fui... O que eu sempre tentei passar pros meus filhos é uma mãe verdadeira, porque sempre eu cuidei dos meus filhos. Eu sou contra muito mãe que despreza seus filhos, que dá mal exemplo. E eu, graças a Deus sou uma mãe de bom exemplo pros meus filhos, graças a Deus.

Diz que nunca usou drogas e que bebia moderadamente, sabendo parar quando devia. Acha que sempre foi uma mãe cuidadosa e que a bebida não a atrapalhou, não sendo um mal exemplo para os filhos.

S17 – Informações e representações sobre as DST e prevenção

- **Me diz uma coisa, a gente estava falando um pouco sobre as doenças que são transmitidas através da relação sexual. Você falou que conhece a sífilis, né, e outras doenças que você falou que já leu nas revistas, mas não lembra o nome, né? Você sabe quais são as maneiras de se pegar essas doenças e as maneiras de se proteger? Como é que você acha que essas doenças pegam e como é que você acha que pode se proteger dessas doenças?**

- Sempre assim, na época, a sífilis, esses problemas, muitas vezes transmitia pelo assento, né, e também sem o preventivo, né.

- **Sem o preventivo ginecológico?**

- Exatamente.

- **Então, sem fazer isso é que podia se pegar?**

- E também sem a camisinha, né? Porque transmite.

- **Então se transmite por sentar em algum lugar, né, que outra pessoa sentou, se não fizer o exame ginecológico e sem usar o preservativo, né? E qual é a maneira que você acha que tem de se prevenir?**

- Ah, eu acho que a maneira de se prevenir tem que estar sempre no médico, fazer os auto-exames, né, que é preventivo, fazer a mamografia que é importante. E exame de sangue.

Acredita que a sífilis se pega pelo assento, por falta de fazer o exame preventivo e de usar a camisinha, sendo importante para a prevenção o auto-exame, as visitas regulares ao ginecologista e o uso de preservativo.

S18 – Representações sobre o próprio risco, sobre a doença, uso da camisinha, religião

- **E você acha que você tem algum risco de pegar doença sexualmente transmissível, Aids?**

- Eu..... Eu não tenho não e eu também não tenho medo. Porque antes você fazer um exame e saber o que você tem do que você descobrir mais tarde e não ter cura. Eu penso assim. Eu penso sempre positivo, sou evangélica, eu confio muito em Deus.

- **Você acha que Deus pode proteger você das doenças?**

- Pode, a gente vai fazendo por onde, né?

- **Como é que é fazer por onde?**

- Porque, por exemplo, usar sempre a camisinha, né?

- **Mas você usa com ele?**

- Eu uso, mas tem muitas vezes entre o casal, muitas vezes a mulher quer usar, mas às vezes... O meu esposo mesmo às vezes chega pra mim e fala assim: "Por quê que você quer usar preservativo? Você tem outro homem?" Então a gente tem ainda esse preconceito às vezes do marido chegar e falar isso, né.

- **E aí você não questiona que ele tem outras mulheres?**

- Não, porque hoje eu vejo que ele não tem.

- **Então você confia nele hoje?**

- Pra trás eu não confiaria, mas hoje eu... Não é que a gente confia, a gente tem sempre uma desconfiança, a gente confiar, dizer assim eu confio mesmo, a gente não confia, porque o homem, ele é sempre.... né? Mas assim, por ele já ter sido uma pessoa assim, e por o que ele fala pra mim hoje, que jamais traria... faria certa coisas pra não trazer doença pra dentro de casa.
- **Então hoje você se previne pela confiança que você tem nele.**
- É. Às vezes eu me previno e às vezes termino de fazer uma relação sem a camisinha.
- **Então, algumas relações sexuais você usa camisinha e outras não?**
- Não.

Acredita que não tem risco de pegar DST ou Aids e diz que não tem medo também, não, porque prefere saber de uma doença logo no início (para ela o fato de estar sempre no médico e fazer exames preventivos parece ser o centro de tudo!). Afirma também que acredita muito em Deus, que é evangélica e que tem de fazer sua parte para se prevenir. Pergunto como, ela diz que é usando camisinha, mas que não o faz sempre porque o marido vai logo perguntando se ela tem outra pessoa e ela tem esse receio. Diz que faz sexo com ele sem camisinha, mas acha que o marido hoje não a trai mais porque ele sempre diz que não faria 'certas coisas para não trazer doenças para dentro de casa'.

S19 – Informações sobre sexualidade no serviço de saúde

- **Lá no CAPS, você recebe alguma informação sobre sexo, doenças sexualmente transmissíveis?**
- Não. Eu ainda não tive não.
- **Não teve nenhuma palestra, uma discussão?**
- Não.
- **Você gostaria de receber essas informações?**
- Gostaria, com certeza. Porque eu vejo assim que o CAPS é um lugar de pessoas que têm problemas, mas eu acho assim, tinha que ter uma separação – não separação – mas assim, ter aquelas pessoas que tivessem mais um problema de... alto problema... aquelas pessoas de menos problemas, que fosse tratado assim separadamente, entendeu? E também ter mais uma higiene também, no caso, porque...como a gente evitar os problemas de doença assim. Não é que a gente tenha... como que diz... como que a gente fala?
- **Preconceito.**
- Preconceito, mas medo,
- **Tem pessoas, você acha, que têm um nível de entendimento maior poderia receber mais orientação.**
- Exatamente. E quando também, por exemplo, as vasilhas. Todo órgão que eu já trabalhei, creches, mas você tem que ter uma cozinha organizada, com aqueles copos bem lavados, pras pessoas, Porque são todas as pessoas que tomam o café da manhã, então aquilo ali tinha que ser muito bem...
- **Mais higienizado.**
- Mais higienizado. O banheiro tinha que ter um feminino e um masculino, devia ser mais limpo e o que está faltando no CAPS é isso. Por exemplo, o doente é que vai lá e lava o seu copo, isso é errado. Outro vem e toma água. Então, quer dizer, o funcionário, eles têm a mesa deles, eles têm copo descartável, tem sua água ali. Então não podia ser assim. O funcionário não pode ser melhor do que aquela

pessoa que é doente, tem que ser igual. Tem que ter uma higiene maior. Tinha que ter uma pessoa para cuidar da cozinha, lavar aqueles copos, ser bem asseado pra ficar...

- **Pra que não transmitisse doenças pras outras pessoas.**

- É. Porque tem uma doença de boca, que é afta, pode pegar. E você vai beber do copo que às vezes a pessoa tem problema. Ou uma gripe... Então isso está faltando, no CAPS está faltando.

A entrevistada afirma que nunca teve nenhuma palestra ou conversa sobre sexualidade no CAPS, mas que gostaria que isto ocorresse, separando as pessoas que estão em melhores condições das que estão muito mal. Também se preocupa com a falta de higiene no serviço, pelo fato de que os banheiros podem ser usados indiscriminadamente por homens e mulheres e as vasilhas também, as quais são lavadas pelo próprio paciente, o que ela acha um absurdo. Cita o caso de afta, que é uma doença transmissível e que pode ser transmitida pelo copo usado por alguém infectado.

S20 – Sobre o atendimento dos profissionais do CAPS

Então tá. Você teria mais alguma coisa pra falar? Gostaria de falar mais alguma coisa?

- Só tem uma coisa que eu gostaria de acrescentar mais, no CAPS. É que a psiquiatra, as médicas têm que dar mais atenção às pessoas doentes, porque muitas vezes a pessoa vai com um problema e chega lá vai maltratada. E no CAPS, eu gosto muito das meninas que trabalha, aquelas funcionárias são eficiente, trata a gente muito bem. Mas tem a médica que um dia, porque eu tenho um problema de coluna, eu fui encaminhada pro INSS. Eu pago como autônoma, porque eu trabalhava aqui, como não tinha outro trabalho, eu trabalhava em cantina de colégio, casa de família, mas aí chegou um ponto que o médico falou que eu não podia trabalhar por causa da coluna. Então ele me encaminhou para o INSS. Aí eu já fiz três perícia e fiz um laudo – como é que fala – avaliação analítica, que você escreve com a sua própria letra pra eles analisar como que a pessoa é depressiva. Tá, aí eu fiz e passei em todas as perícias. Aí quando foi uma vez, eu vim – porque tem vez que eu tenho crise de choro e eu vou pro hospital, chorando sem parar. Então eu tomo remédio direto e estava com três meses que eu perdi meu irmão mais novo lá no Piauí, eu tive bastante crise. E aí, um dia eu vim aí na médica, e eu passei mal, desmaiei. E a minha filha falou que ela mal passou e olhou. E dessa outra vez que eu fui lá, falaram que toda coisa que acontece no INSS a gente tem que falar pra psiquiatra. Eu não sabia, aí eu fui e falei que no próximo mês ia ter, que ela ia dar um laudo pra perícia. Ela virou na minha cara e falou assim: "Olha, você está inventando história, você está inventando doença. Tem mais pessoas precisando desse benefício do que você. Porque o governo não está dando conta de pagar nem os que já estão, imagine mais pessoas. Se você estiver pensando que você vai ficar (---) a vida inteira, você está enganada. "Aí eu saí dali arrasada. Minha filha ouviu aquilo, eu saí arrasada. Eu fui parar no hospital. Aí chegou lá eu falei com o médico – eu não, minha filha falou com o médico. Aí o médico falou: "jamais uma psiquiatra pode tratar um paciente assim. "Do jeito que tem o código penal pra desacato o funcionário, o paciente também tem o mesmo direito. Aí quando foi um dia desses, eu fiquei com tanta raiva dela, da médica, que eu tomei remédio demais, aí caí no banheiro, quase que dava traumatismo craniano. Passei um dia internada no

hospital. O médico pediu tomografia, pediu raio X, graças a Deus deu tudo bem, mas ainda hoje eu sinto seqüela desse tombo. Porque eu falei assim, eu pago, eu tenho direito. E hoje é uma lei que foi vigorada, né.

- **Se a pessoa está doente, ela tem direito.**
- Pois é, mas ela fez isso comigo. Ainda hoje eu sinto.
- **Ela ainda é médica lá?**
- É. É a Dra. Maria, acho que ela é responsável pelo CAPS. Minha filha foi um dia lá e falou que se fosse pra ela me tratar desse jeito, ela encaminhasse pra outro médico. Ela falou que não, não podia encaminhar não porque ela é que tinha que cuidar de mim. Aí minha filha falou: "se for pra senhora cuidar da minha mãe direito, a senhora cuida, mas tratar assim, não vou deixar a senhora cuidar dela."
- **E ela melhorou o tratamento?**
- Aí daí pra cá eu não vi ela ainda. Eu estou com um psicólogo, uma agente sanitária foi lá, conversou comigo, aí falou que eu preciso muito, assim... Sou uma pessoa muito expressiva, preciso muito de ajuda. Assim, sou de muita utilidade pra trabalhar, pra ter uma ocupação.
- **É, pra você é importante. Você já viu, que pra você é uma coisa terapêutica, né?**
- Exatamente.

Ao ser perguntada se gostaria de dizer mais alguma coisa além do que lhe foi perguntada, disse que esperava que o atendimento no serviço melhorasse no lado das relações humanas. Conta de uma médica que é grosseira, desatenciosa, que diz que ela está inventando doença quando ela vem passando mal ao serviço. Conta que uma filha dela conversou com esta médica e que depois ela ainda não a viu. Tem recebido a visita de uma agente sanitária e tem o acompanhamento de um psicólogo atualmente.

- **Então tá bom. Eu quero saber assim, como é que você se sentiu na entrevista, como é que foi essa conversa que nós tivemos, o quê que você achou.**
- Eu me senti muito bem.
- **Você se sentiu à vontade?**
- Me senti à vontade.
- **Que bom. Então a gente quer te agradecer, em meu nome, em nome da equipe de pesquisa, porque é muito importante o depoimento de vocês para nós. A entrevista terminou às 11h37min.**

Ao ser questionada sobre como se sentiu durante a entrevista, ela disse que se sentiu bem, ficando à vontade.

S1 - Identificação – situação social e familiar

S2 – Trabalho e emprego – experiências e representações

S3 – Trajetória de vida – escolaridade e casamento

S4 – Relações sexuais e casamento – trajetória de vida

S5 – Trajetória de vida – relações sexuais

S6 – Conhecimento sobre as IST

S7 – Trajetória de vida e o casamento

S8 – Relações com o marido – violência e adoecimento psíquico

S9 – Trajetória de vida – mudança de cidade com a família

S10 – Sobre o adoecimento e tratamento

S11 – Sexualidade e prazer – vida sexual

- S12 – Relações de confiança
- S13 – Trajetória de vida – mudança e vida de casal
- S14 – O agravamento da doença – relação com o marido – violência
- S15 – Situação atual do tratamento, do casamento, violências do casal
- S16 – Uso de álcool e drogas
- S17 – Informações e representações sobre as DST e prevenção
- S18 – Representações sobre o próprio risco, sobre a doença, uso da camisinha, religião
- S19 – Informações sobre sexualidade no serviço de saúde
- S20 – Sobre o atendimento dos profissionais do CAPS

Reconstrução da entrevista de acordo com a temática abordada

A entrevistada tem 46 anos, é casada há 29 anos, tem cinco filhos, sendo duas mulheres de 28 e 24 anos, casadas, e uma de 19 anos que vive ainda com ela. Tem também dois filhos homens, de 26 e 23 anos, respectivamente. O marido, 48 anos, trabalha em outra cidade e vem para casa somente nos finais de semana. Lembra-se perfeitamente do seu endereço e diz não ter profissão, mas já trabalhou em creche (S1). Nesta época, teve uma amiga, com quem gostava de conversar e falar de suas intimidades, mas hoje não conversa sobre isto com ninguém (S12).

Ela relata que está há nove anos sem trabalhar, que mesmo o serviço de casa, às vezes, não consegue fazer, devido à doença (depressão e problemas na coluna). Recebe um salário mínimo de auxílio doença do INSS. Conta que trabalhou em creche e na associação de Moradores, com crianças e idosos, após ter conhecido um médico que a ajudou muito. Ela tinha feito uma cirurgia que complicou e este médico, irmão de um patrão do marido dela, cuidou dela, tirando as aderências e uma apendicite instalada. Ela tem muita gratidão por tudo que ele fez por ela, inclusive pelo fato de tê-la ajudado a ter um trabalho (S2).

Ela informa que estudou até a 5ª série (ensino fundamental) porque se casou aos 16 anos de idade e o marido, nordestino e machista, não a deixou estudar mais. Com 26 anos já tinha tido a última filha (S3).

Relata que namorou o marido desde criança (desde os 10 anos de idade), os dois se conheciam desde pequenos em uma cidade do interior. Houve uma interrupção num período em que ele foi para a cidade grande trabalhar, ela teve um flerte com um outro rapaz, mas quando voltou, namoraram mais de dois anos, noivaram e se casaram, sem ter relações sexuais. Afirma que tudo era muito severo na época (S4).

Ao ser perguntada pelos seus sentimentos em relação à primeira relação sexual, conta que o marido tinha muita experiência, que ‘tinha andado muito por aí’ e que ele tinha sífilis no sangue, mas que não era visível no pênis, por isto ninguém sabia de nada. No parto de sua primeira filha, foi confirmado que ela estava infectada e que a criança não tinha nada. Ela e o marido fizeram tratamento. A entrevistada afirma que foi a única doença sexualmente transmissível que teve ao longo da vida (S5). Relata, então, que teve prazer no início do relacionamento com o marido, mas que depois do nascimento da 1ª filha, ele passou a ter outras mulheres, ficava dias sem aparecer em casa, e quando aparecia queria ter relações sexuais, todas sem proteção. Ela ficava com raiva, mas se sentia impotente porque achava que tinha de continuar com ele, devido à criação que teve (rigidez da mãe) e porque não tinha como se sustentar com os filhos. Diz que foi aí que começou a sofrer muito e ficar doente, porque ele a maltratava muito: “Depois, de um certo tempo pra cá, o relacionamento começou assim, a ficar muito frio, por causa que eu sofria muito” (S7). Ela conta que o marido a

espancava e que o primeiro episódio de depressão foi durante a 1ª gravidez, quando o marido saía para ficar com outras mulheres e ela quis beber querozene para se suicidar (o fez?). Depois veio a sífilis, fez o tratamento, mas nunca fez tratamento para depressão, porque conseguiu o trabalho e isto a ajudava: ‘gostava de estar no meio das pessoas humildes, ajudando...’, apesar de que ‘tremilhava’ constantemente as mãos (S8). Há nove anos mudou-se de cidade devido ao emprego do marido. Ela parou de trabalhar a partir desta data. Ele é operário, operador de máquina (S9). Durante dois anos, ele trabalhou na mesma cidade onde moravam e foi um tempo que ele esteve mais presente na vida dela. Conta que o relacionamento sexual nesta época foi bom e saudável, mas que ela sentia falta da família, do trabalho e muita solidão numa cidade na qual não se acostumava a viver, o que a fazia chorar sempre (S13).

Depois, o marido foi trabalhar em outra cidade e foi ela a se ocupar dos filhos, a criá-los, mesmo ficando doente de vez em quando. Sua mãe estava presente e a levava para o hospital, sendo informada que era preciso cuidar bem ‘senão ela teria graves problemas quando mais velha!’. Diz que ela foi levando, porque tinha a responsabilidade com os filhos, porque o marido não participava e não ser mandando dinheiro (S10). A depoente relata que teve um período de sua vida, neste que o marido morava em outra cidade, que ela tinha muito desejo sexual, ‘que não podia nem ver um homem na sua frente, que ‘ficava com a barriga dura’. Foi a um ginecologista que a explicou que era falta de sexo, afirmando que ou o marido voltava ou ela arrumava alguém, porque ‘daquele jeito não podia ficar’. Conta que ele colocava um luva, que ela ia ao consultório dele em dias marcados e ele a masturbava. Ela nunca o fez sozinha, porque se sentia envergonhada, achava muito estranho (S11). Ela considera que o agravamento de sua doença ocorreu porque ficou sem trabalho, sem sua família e sem ninguém para conversar, ao se mudar para a cidade onde vive, além de que seu marido nunca lhe entendeu, dizendo-lhe que lhe dava tudo e que não lhe faltava nada em casa. Ele bebia muito, bebe menos hoje, mas já tentou lhe matar com vassouradas uma vez. Foi acudida pela filha. Conta que, na verdade, sempre sofreu agressões físicas do marido (S14).

Ela relata que fez tratamento para depressão, que o médico a aconselhou a ter alguém para conversar, que ela se esforça, mas acha que seu sistema nervoso está cada dia mais fraco, porque chora e fica muito abalada por qualquer motivo. Hoje, tem uma relação mais tranqüila com o marido, mas também já tentou matá-lo uma vez com uma faca. Porque sempre lembra de tudo que ela já passou por causa dele, hoje só faz sexo para satisfazê-lo, não sentindo mais nenhum prazer. Acredita que o uso do álcool quando saía com ele, a ajudava a ter prazer, mas hoje não pode mais beber devido aos medicamentos que toma. Diz: “Só que antigamente meu sistema nervoso, ele era mais forte. Só que hoje meu sistema nervoso, parece que ele relaxou, que eu não tenho mais condições de reagir. Por exemplo, se eu tiver alegria demais eu choro, se eu tiver tristeza demais, meu mundo acabou. Se alguém chegar e falar e me magoar, acabou pra mim também, eu vou parar no hospital, minha pressão sobe. Eu vivo assim, o médico fala que eu tenho um sistema emocional muito frágil”. (S15)

Diz que nunca usou drogas e que bebia moderadamente, sabendo parar quando devia. Acha que sempre foi uma mãe cuidadosa e que a bebida não a atrapalhou, não sendo um mal exemplo para os filhos (S16).

Diz que já ouviu falar de outras DST, cita o nome (incorretamente) de uma delas, diz que lê sobre elas, mas que depois esquece do assunto e não refere mais ao fato de que fez tratamento contra a sífilis (S6). Acredita que a sífilis se pega pelo assento, por falta de fazer o exame ginecológico preventivo e de usar a camisinha, sendo importante para a prevenção o auto-exame, as visitas regulares ao ginecologista e o uso de preservativo (S17). Não acredita que tenha risco de pegar DST ou Aids, hoje, e diz que não tem medo porque prefere saber de uma doença logo no início (para ela o fato de estar sempre no médico e fazer exames preventivos parece ser o centro de tudo!). Afirma também que acredita muito em Deus, que é evangélica e

que tem de fazer sua parte para se prevenir. Pergunto como, ela diz que é usando camisinha, mas que não o faz sempre porque o marido vai logo perguntando se ela tem outra pessoa e ela tem esse receio. Diz que faz sexo com ele sem camisinha, mas acha que o marido hoje não a trai mais porque ele sempre diz que não faria ‘certas coisas para não trazer doenças para dentro de casa’ (S18).

Ela afirma que nunca teve nenhuma palestra ou conversa sobre sexualidade no CAPS, mas que gostaria que isto ocorresse, separando as pessoas que estão em melhores condições das que estão muito mal. Também se preocupa com a falta de higiene no serviço, pelo fato de que os banheiros podem ser usados indiscriminadamente por homens e mulheres e as vasilhas também, as quais são lavadas pelo próprio paciente, o que ela acha um absurdo. Cita o caso de afta, que é uma doença transmissível e que pode ser transmitida pelo copo usado por alguém infectado (S19).

Ao ser indagada se gostaria de dizer mais alguma coisa além do que lhe foi perguntado, disse que esperava que o atendimento no serviço melhorasse no lado das relações humanas. Conta de uma médica que é grosseira, desatenciosa, que diz que ela está inventando doença quando ela vem passando mal ao serviço. Conta que uma filha dela conversou com esta médica e que depois ela ainda não a viu. Tem recebido a visita de uma agente sanitária e tem o acompanhamento de um psicólogo atualmente.

Pergunto como se sentiu durante a entrevista e ela disse que se sentiu bem, ficando à vontade, agradecemos uma à outra e terminamos a entrevista (S20).

ANEXO 1 - Aprovação da CONEP

05/05/2006 15:03 0010206450 CONEP PAGE 02



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

PARECER Nº 002/2006

Registro CONEP: 12637 (Este nº deve ser citado nas correspondências referentes a este projeto)

Registro CEP: 125/03 Processo nº 25000.002550/2006-01
Projeto de Pesquisa: "Estudo da soroprevalência da infecção pelo HIV, sífilis, hepatite B e C em instituições públicas de atenção em saúde mental: um estudo multicêntrico nacional"
Projeto PASSOAS (Pesquisa em Soroprevalência de Aids na Saúde Mental) - Termo de Consentimento (etapa quantitativa e etapa qualitativa)
Pesquisador Responsável: Dr. Mark Drew Crossland Guimarães
Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG
Área Temática Especial: (Trata-se de Projeto enviado pelo Ministério da Saúde)
Patrocinador: Coordenação Nacional DST/AIDS, Ministério da Saúde, UNESCO-DST/AIDS B14/BRA/2014.


Após proceder a análise das respostas ao parecer CONEP nº 246/2006, relativo ao projeto em questão, consideramos que:

- foram atendidas as solicitações do referido parecer (apresentação de nova folha de rosto, cronograma atualizado, cópia do parecer ETIC 196/04 do CEP, substituição das cópias ilegíveis das declarações de participação das instituições selecionadas, relação atualizada dos participantes da equipe e informações quanto à reunião de capacitação e treinamento entre outros);
- A versão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) apresentada contempla as adequações solicitadas, inclusive quanto a inclusão de assinatura de representante legal do paciente, além da informação de que os materiais utilizados serão descartáveis;
- O projeto preenche os requisitos fundamentais das Resoluções CNS 196/96 e suas complementares, sobre Decretos e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos;
- O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição supracitada.

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta - se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Projeto aprovado

Brasília, 22 de maio de 2006.


WILLIAM SAAD ROSSINI
Coordenador da CONEP/CNS/MS

ANEXO 2 - Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG

UFMG

Universidade Federal de Minas Gerais
Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP

Parecer nº. ETIC 125/03

Interessado: Prof. Dr. Mark Drew Crosland Guimarães
Faculdade de Medicina - UFMG**DECISÃO:**

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP após cumprimento das solicitações da diligência, aprovou no dia 20 de abril de 2004 o projeto de pesquisa intitulado « **Estudo de Soroprevalência da Infecção pelo HIV, Sífilis, Hepatite B e C em Instituições Públicas de Atenção em Saúde Mental: Um Estudo Multicêntrico Nacional.** » e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do referido projeto.

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



Profa. Dra. Maria Elena de Lima Perez Garcia
Presidente do COEP/UFMG

Av. Alfredo Balena, 110 - 1º andar - 30.130-100 - BH - MG
(31) 3248-9364 - FAX: (31) 3248-9380 - [e-mail: coep@reitoria.ufmg.br](mailto:coep@reitoria.ufmg.br)