



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

PPGPSI

JAMILLE MARIA DE ARAUJO FIGUEIREDO

SEXUALIDADE DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS
MENTAIS SEVEROS NA PERSPECTIVA DE
PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL E USUÁRIOS DE
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

São Cristóvão- Sergipe

2019

JAMILLE MARIA DE ARAUJO FIGUEIREDO

**SEXUALIDADE DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS
SEVEROS NA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE
MENTAL E USUÁRIOS DE CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL (CAPS)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Sergipe como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Dr. Elder Cerqueira-Santos

São Cristóvão-Sergipe

2019

JAMILLE MARIA DE ARAUJO FIGUEIREDO

**SEXUALIDADE DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS SEVEROS
NA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL E USUÁRIOS
DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Sergipe como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Aprovada em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Elder Cerqueira-Santos
Universidade Federal de Sergipe
Orientador

Prof. Dr. André Faro Santos
Universidade Federal de Sergipe
Membro Interno

Prof^a. Dr^a. Livia de Melo Barros
Universidade Tiradentes
Membro Externo

Aos meus pais, Dilma e Antonio Figueiredo.

AGRADECIMENTOS

Com muita alegria finalizo mais uma jornada na minha vida. Esta que representa mais um degrau na minha carreira acadêmica. Agora serei mestre em psicologia! Mas, como meu orientador me ensinou: “Ninguém faz ciência sozinho”, então chegou a hora de agradecer àquelas pessoas que me apoiaram nesse processo e me permitiram chegar até aqui.

Agradeço à Minha mãe, razão da minha existência, meu exemplo de vida, que me ensina diariamente a acreditar nos meus sonhos e encarar a vida com otimismo, força e fé. Obrigada por todo apoio. Esse título também é seu! Sem o seu suporte eu não teria conseguido.

Ao meu pai Antonio Figueiredo (*in memoriam*), pela presença constante na minha vida que guia meus passos, protege e me estimula a ser cada dia melhor. Sou grata por conseguir converter a saudade enorme que sinto em força para conquistar os nossos sonhos.

Ao meu amor, Osvaldo Rodrigues, agradeço por ser um verdadeiro companheiro. Obrigada por não reproduzir a cultura machista impregnada na nossa sociedade, que limita tantas mulheres, e me impulsionar para o crescimento, com palavras de incentivo, amor e jantares na varanda para me receber depois de um dia inteiro fora de casa. Sinto o quanto torce por mim e se orgulha. Eu também me orgulho de você!

Também sou grata a Cecília e Pedro, meus sobrinhos, por tornarem tudo mais leve e bonito na minha vida. À minha irmã, Carla, por torcer e acreditar tanto em mim. Eu amo vocês infinitamente.

Ao meu querido e dedicado orientador, Dr. Elder Cerqueira-Santos. Me faltam palavras para expressar o orgulho e admiração que sinto por você. A escolha que fiz em ser sua orientanda foi a melhor que eu poderia ter feito para nortear a minha trajetória no mestrado. Você é um professor e pesquisador incrível! Além disso, preciso mencionar que em um contexto tão estressante e adoecedor para muitas pessoas, você conseguiu me proporcionar uma experiência enriquecedora academicamente e pessoalmente muito feliz. Obrigada por todos os ensinamentos!

Aos queridos professores Dr^a Livia Melo e Dr. André Faro, membros da minha banca avaliadora, os quais eu tenho profunda admiração. Livia que acompanha a minha formação desde a residência multiprofissional e André que foi meu professor durante o mestrado. Agradeço a ambos por aceitarem o convite. É uma honra tê-los como avaliadores do meu trabalho.

Aos amigos, agora mestres, Andreia Felício e Mozer Ramos. Agradeço a vocês por me fazerem lembrar diariamente do valor da amizade. Vocês foram verdadeiros parceiros que pude contar em todos os momentos. Obrigada por vibrarem com minhas conquistas. Eu torço muito por vocês!

Agradeço também à professora Wanessa Lordelo, membro da diretoria de saúde da Universidade Tiradentes (UNIT), pelas manifestações de apoio e incentivo desde que soube da minha aprovação no mestrado. Wanessa, as suas palavras fizeram eu me sentir capaz de conseguir conciliar o sonho da carreira acadêmica com o meu trabalho que tanto amo. Deu certo! Muito obrigada!

Às minhas grandes companheiras diárias, a coordenadora da Clínica de Psicologia da Unit, Jacqueline Caldeira e a Assistente Social da referida instituição, Sabrina Barbosa. Jacque, agradeço por todas as oportunidades, por ter me dado apoio sempre que precisei e por ter sido sempre tão solícita. Sabrina, muito obrigada pela compreensão em todas as vezes que precisei sair para as aulas e pela parceria. Contem comigo também!

Sou grata também aos demais membros da equipe da Clínica de Psicologia da Unit pelo apoio. Sinto que torcem por mim!

À coordenadora do curso de psicologia da Unit, professora Angélica Piovesan, por todas as palavras de incentivo nessa jornada.

Aos professores Alexandre Raad, Ana Beatriz e Larissa Moura pelo apoio e torcida.

À professora Kelyane Sousa, minha amiga, veterana de residência e de mestrado. Você é uma inspiração e um presente na minha vida. Obrigada por todo o carinho e apoio.

Aos estagiários e ex-estagiários da Clínica de Psicologia da Unit que tive contato desde 2016.2. Já ouvi de muitos de vocês sobre a importância que tenho em seus processos de formação. Quero que saibam que vocês são tão importantes quanto na minha trajetória. Obrigada por tanto afeto e reconhecimento diário que vocês me ofertam. A relação que construímos é o combustível para que eu invista na carreira acadêmica.

À psicóloga Simone Barbosa, profissional exemplar, com uma história linda no âmbito da saúde mental. Foi ela que me instigou há quase 4 anos a pesquisar a sexualidade das pessoas com transtornos mentais. Obrigada por todo o incentivo, por torcer por mim e me inspirar tanto.

Sou grata aos profissionais de Saúde mental de Sergipe pela adesão a este estudo, sobretudo ao corpo gestor e da assistência da Rede de Atenção Psicossocial de Aracaju (REAPS). Assim como aos usuários dos CAPS III, participantes desta pesquisa, por compartilharem comigo as suas histórias, suas dores e seus conhecimentos. Agradeço imensamente pela maneira como fui recebida e acolhida por todos.

Agradeço também aos juízes que contribuíram gentilmente com esta pesquisa com todo o conhecimento e expertise.

Aos colegas membros do grupo de pesquisa SexUs- UFS por todas as contribuições ofertadas durante o mestrado. Assim como aos colegas da minha turma, tão unida, do mestrado. Sinto muito orgulho de todos vocês!

Ressalto aqui a minha gratidão também aos alunos da UFS para os quais ministrei aulas nos meus estágios de docência. Levarei muito aprendizado das nossas experiências para a minha vida. Os estágios foram maravilhosos!

A Danilo, servidor da UFS que atua no PPGPSI, pelo auxílio ofertado ao longo do mestrado. Agradeço também aos servidores Kely (PPGPSI) e Valter (Departamento de Psicologia) por toda a gentileza e apoio. Me senti cuidada por vocês três. Serei sempre grata.

Não posso deixar de mencionar aqui meus três filhinhos de quatro patas, Maria, Celeste e Felício, gatos traquinas e carinhosos que foram verdadeiros companheiros nas madrugadas de estudo e que alegram constantemente a minha vida.

Por fim, sou grata a Deus pela proteção, força e resiliência que me concedeu e por permitir o meu encontro com todos os que foram mencionados aqui. Me sinto privilegiada por isso. Muito obrigada!

RESUMO

Figueiredo, J. M. A. (2019). *Sexualidade das pessoas com transtornos mentais severos na perspectiva de profissionais de saúde mental e usuários de centros de atenção psicossocial (CAPS)*. Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, Sergipe.

A sexualidade ainda é usualmente negligenciada ou reprimida, sobretudo quando relacionada às pessoas com transtornos mentais. A negação do exercício da sexualidade a esses sujeitos pode comprometer a oferta do cuidado integral em saúde, conforme propõe a política de saúde mental brasileira. Nessa perspectiva, realizou-se a presente pesquisa com o objetivo de investigar as crenças de profissionais, com nível superior que atuam nos serviços de saúde mental do estado de Sergipe, acerca da sexualidade das pessoas com transtornos mentais severos, bem como a vivência da sexualidade desses sujeitos a partir das narrativas de usuários dos CAPS III de Aracaju-SE. Para alcançá-lo foram realizados quatro estudos. O primeiro foi uma revisão sistemática de literatura, dos artigos publicados entre 2013 e 2018 nas plataformas Medline/Pubmed, SciELO, LILACS e PEPsic. No segundo foi desenvolvida uma escala de crenças sobre a sexualidade das pessoas com transtornos mentais severos (ECS- TMS). No terceiro foi aplicado a 59 profissionais de saúde mental de Sergipe um questionário estruturado *online* no qual constou a escala supracitada. Os dados foram analisados a partir do programa estatístico SPSS. No quarto estudo participaram 62 usuários dos CAPS III de Aracaju-SE. Os dados foram produzidos mediante oficinas de histórias sobre sexualidade. Os textos elaborados foram analisados por meio da técnica de análise textual discursiva. Os principais resultados apontaram que as pessoas com transtornos mentais severos não reconhecem a saúde sexual como direito. Isso se dá devido aos estigmas em torno das psicopatologias e do contexto social de exclusão que foram submetidos ao longo da história. Além disso, foi evidenciado na revisão de literatura o despreparo de profissionais de saúde mental quanto ao manejo de questões sexuais nos serviços que atuam. Quanto à ECS-TMS, a sua versão final é composta por 15 itens e as análises manifestaram sua adequação e propriedades psicométricas. O estudo com profissionais de Sergipe demonstrou que quanto maior foi o tempo de experiência profissional na saúde mental, havia mais crenças negativas sobre a sexualidade do referido grupo populacional. Acredita-se que esses trabalhadores tragam resquícios do modelo hospitalocêntrico que vivenciaram antes da reforma psiquiátrica. Com os usuários de CAPS foi possível identificar que ao associarem a vivência da sexualidade com a condição psicopatológica, os discursos revelavam aspectos negativos. As experiências narradas refletem contextos de exclusão social, preconceitos e vulnerabilidades. Espera-se com este trabalho contribuir para a construção de estratégias de assistência às pessoas com transtornos mentais que contemplem a sexualidade.

Palavras-chave: Sexualidade; Saúde mental; Transtornos mentais.

ABSTRACT

Sexuality still is neglected and repressed usually, especially when is related to people with mental disorders. The denial of the exercise of sexuality to these subjects may compromise the offer of integral health care, according to the brazilian mental health politics. Therefore, the present research has the purpose to investigate the beliefs of with higher education mental health professionals who work at services in the state of Sergipe about sexuality aspects of people with severe mental health disorders, as well as the sexuality experience of these subjects narratives from the users of CAPS III in Aracaju-SE. Four studies were conducted to achieve it. The first one was a systematic review of the literature, with scientific papers published between 2013 and 2018 on the platforms Medline/Pubmed, SciELO, LILACS and PePSIC. In the second study was developed a scale of beliefs about the sexuality of people with severe mental disorders (ECS-TMS). The third study, an online questionnaire with the scale above was applied with 59 mental health professionals of Sergipe. The data was analysed by the statistic software SPSS. In the fourth study 62 users of CAPS III of Aracaju-SE participated. The data were produced through sexuality stories workshop. The elaborated texts were analysed by discourse textual analysis technique. The main results indicated that people with severe mental disorders do not recognize sex health as a right. This is due to the stigmas surrounding the psychopathologies and the social context of exclusion that they have been submitted throughout history. Besides that, it was evidenced in the literature the lack of preparation of mental health professionals regarding the management of sexual issues in the services that they work. With regard to the scale, its final version is composed of 15 items and the analysis indicated adequacy and good psychometric properties. The research with Sergipe professionals demonstrated that the longer experience time as mental health professional, more negative beliefs about sexuaility of the group of users referred. It is believed that these workers bring traces of the hospital-centric model that they experienced before the psychiatric reform. With CAPS users was possible to identify that by associating the experience of sexuality with the psychopathological condition, the discourses revealed negative aspects. The experiences narrated reflects social exclusion contexts, prejudice and vulnerabilities. It is expected that this research will contribute to the elaboration of strategies for the care of people with mental disorders that contemplate sexuality.

Keywords: Sexuality; Mental health; Mental disorders

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AFC	Análise Fatorial Confirmatória
AFE	Análise Fatorial Exploratória
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Humana
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DP	Desvio Padrão
ECS-TMS	Escala de Crenças Sobre a Sexualidade das Pessoas com Transtornos Mentais Severos
HCTP	Hospital de Custódia e Tratamento
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais ou Transgêneros
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
M	Média
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
OMS	Organização Mundial da Saúde
PEPSIC	Periódicos Eletrônicos de Psicologia
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SHR	Serviço Hospitalar de Referência
SM	Saúde Mental
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
SRT	Serviço Residencial Terapêutico

TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMS	Transtornos Mentais Severos
TOC	Transtorno Obsessivo Compulsivo
UAA	Unidade de Acolhimento Adulto
UFS	Universidade Federal de Sergipe

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Número de artigos separados em categorias de acordo com o método.....	30
Tabela 2. Cargas fatoriais dos itens da ECS-TMS.....	57
Tabela 3. Estatísticas descritivas das escalas.....	72
Tabela 4. Test t: comparação de grupos com escores das escalas.....	74
Tabela 5. Correlação de Pearson entre as escalas utilizadas.....	75

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1. Fluxograma do processo de identificação e seleção de artigos.....	27
Quadro 1. Dados dos artigos selecionados para a revisão de literatura.....	29
Quadro 2. Dados Sociodemográficos.....	69
Quadro 3. Palavras evocadas por pelo menos três vezes.....	71

SUMÁRIO

Introdução	16
Estudo 1: Sexualidade das pessoas com transtornos mentais severos: uma revisão sistemática	21
Resumo	21
Introdução	21
Método	25
<i>Delineamento do estudo</i>	25
<i>Procedimento/ critérios de inclusão e exclusão</i>	26
Resultados	28
Dados bibliométricos	28
Categorias temáticas	30
<i>Sexualidade das pessoas com transtornos mentais</i>	31
<i>Percepção de profissionais sobre sexualidade das pessoas com transtornos mentais</i>	36
<i>Saúde sexual e condições de vulnerabilidade das pessoas com transtornos mentais severos</i>	39
Discussão	41
Considerações finais	42
Referências	44
Estudo 2: Construção da Escala de crenças sobre a sexualidade das pessoas com transtornos mentais severos (ECS- TMS)	48
Resumo	48
Introdução	49
Método	51
<i>Etapa 1: construção dos itens da escala</i>	51
<i>Etapa 2: análise dos juízes e semântica</i>	53
<i>Etapa 3: análise exploratória</i>	53
Resultados e discussão	54
Considerações finais	58
Referências	59

Estudo 3: Crenças de profissionais de saúde mental sobre a sexualidade das pessoas com transtornos mentais severos.....	62
Resumo	62
Introdução	62
Método	65
Resultados e discussão.....	68
Considerações finais	76
Referências	77
Estudo 4: Histórias sobre sexualidade: a perspectiva de usuários de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	80
Resumo	80
Introdução	81
Método	84
Resultados e discussão.....	87
<i>Condição psiquiátrica e sexualidade</i>	<i>88</i>
<i>Gênero, conjugalidade e relacionamento</i>	<i>95</i>
<i>Corpo e sexualidade</i>	<i>100</i>
Considerações finais	103
Referências	105
Integração dos estudos e considerações finais.....	110
Referências	113
Apêndice A: Primeira versão da ECS-TMS.....	116
Apêndice B: Roteiro enviado para os juízes (análise da ECS-TMS)	118
Apêndice C: Instrumento piloto (ECS-TMS) após análises dos juízes.....	121
Apêndice D: Itens das escalas de sexualidade	123
Apêndice E: Versão final da ECS-TMS	124
Anexo A: Histórias criadas pelos usuários de CAPS participantes da pesquisa	126

Introdução

“[...] as pessoas discriminam quem frequenta CAPS, então fica mais difícil ter um relacionamento, porque as pessoas acham que quem frequenta CAPS é louco. A pessoa que namora percebe quem tem transtorno pelo corpo e se afasta. Então, quem tem transtorno tem dificuldade de ter um relacionamento sexual [...]” (Trecho ditado por usuária de um CAPS de Aracaju-SE, participante desta pesquisa).

A passagem citada em epígrafe evidencia a perspectiva a partir da qual essa dissertação foi desenvolvida. Ela explicita a negação do direito à vivência da sexualidade que ao longo do tempo os ditos “loucos” foram submetidos. Goffman (2007) afirma que o isolamento nos manicômios violentava os indivíduos lhes fazendo perder papéis sociais e reforçando o rótulo de que eles eram doentes, incapazes e perigosos. Esses estigmas que lhes diferenciam das pessoas consideradas “normais” acarretam preconceitos em relação à sexualidade das pessoas com transtornos mentais até os dias atuais, mesmo depois dos grandes avanços alcançados com a reforma psiquiátrica (Detomini, Rasera, & Peres, 2016). Socialmente os seus corpos e comportamentos ainda são vistos como desviantes, não sendo reconhecidos como desejáveis (Miranda & Furegato, 2002).

No entanto, a vivência da sexualidade é crucial para a vida dos seres humanos, pois a mesma constitui um fenômeno subjetivo que abarca, dentre outros aspectos, desejos, crenças, emoções, valores, erotismo, sexo, construção de identidade de gênero, relações íntimas, autocuidado e saúde. Além disso, possibilita a expressão da afetividade e obtenção de prazer nas relações que os sujeitos constroem consigo mesmos e com os outros (WHO, 2006).

Contudo, apesar de ser um aspecto típico humano, historicamente foram construídos muitos tabus e um silenciamento em torno da sexualidade em muitos contextos (Foucault, 2015). O autor supracitado a concebe com um dispositivo de controle que perpassa as relações de poder estabelecidas socialmente. Nesse sentido, o mesmo elucida que a sexualidade teve seu sentido restrito ao sexo e sua função reprodutiva, foi colocada no âmbito da intimidade e permeada por discursos repressivos. Enquanto que nos últimos três séculos, contraditoriamente, houve uma grande incitação aos discursos sexuais em diversas esferas do conhecimento. Mas, apesar disso, tudo que é produzido acerca dessa

temática passa pelo crivo de importantes instituições, como família e religião, por exemplo, que estabelecem as práticas que são apropriadas e devem ser aceitas ou não. Nesse sentido, Silva e Cerqueira-Santos (2014) evidenciam que a sexualidade humana se configura de acordo com o momento histórico e ao longo do tempo a sociedade, em seus diversos campos de produção de conhecimento, categorizou e normatizou-a.

É possível perceber que o assunto ainda é repleto de preconceitos e continua sendo reprimido no meio social, o que faz com que ainda nos dias atuais as questões sexuais sejam usualmente silenciadas, negligenciadas ou contidas. Nesse aspecto, sobretudo quando é vivenciada e expressa por pessoas consideradas assexuadas, pueris ou pervertidas, tal como muitas vezes são concebidas as pessoas que possuem transtornos mentais graves (Agénor & Collins, 2013; Brito & Oliveira, 2009). Há um desconhecimento de que essas pessoas podem ter uma vivência sexual saudável. Assim como, usualmente é difundida a crença de que a sexualidade desses indivíduos é exacerbada. Quando geralmente, apesar de haver influência dos processos cerebrais, fisiológicos e hormonais, os comportamentos sexuais dos mesmos relacionam-se às poucas oportunidades de socialização e possibilidades de expressão sexual, devido aos preconceitos existentes em torno do adoecimento mental (Brito & Oliveira, 2009; Miranda, Furegato & Azevedo, 2008).

O contexto assistencial psiquiátrico é marcado por uma negação histórica da sexualidade dos sujeitos, evidenciada, sobretudo, na compreensão de que a sua expressão é uma manifestação dos quadros psicopatológicos em detrimento da ciência de que a mesma é antes de tudo uma condição humana (Branco et al., 2013; Miranda, Furegato & Azevedo, 2008; Mann, Oliveira & Oliveira, 2002). O aumento ou diminuição da libido, assim como da autoerotização, como consequência de episódios maníacos ou depressivos, por exemplo, configuram apenas uma das maneiras como a sexualidade se expressa. Mas, essa constitui, muitas vezes, a única referência que as pessoas têm acerca da dimensão sexual da pessoa com transtornos mentais severos, pois quando a dimensão sexual se apresenta durante episódios de crise é vista e geralmente reprimida (Brito & Oliveira, 2009).

Nessa perspectiva, existem evidências científicas de que a sexualidade ainda perpassa as relações de poder no contexto assistencial da saúde mental. Isso se evidencia a partir de práticas comuns de dominação dos corpos, como por exemplo, a censura que estabelece um limite para a dimensão sexual ou o silenciamento desse importante aspecto

da subjetividade, sobretudo com o uso de medicamentos que visam o controle da conhecida “sexualidade aflorada” (Miranda & Furegato, 2002; Brito & Oliveira, 2009).

Os preconceitos referentes às expressões sexuais das pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, assim como a compreensão das mesmas enquanto patologias fazem com que os serviços negligenciem a necessidade de ações educativas de promoção da saúde sexual (Mann & Monteiro, 2018). Vale ressaltar, que esse público é altamente prevalente às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), bem como a situações de violência sexual, em comparação com a população em geral. Isso ocorre devido à vulnerabilidade social em que a maioria se encontra, somada à noção do julgamento e o autocuidado prejudicados em decorrência de sintomas psicopatológicos ou efeitos colaterais de psicofármacos (Mann & Monteiro, 2018; Barbosa, Souza, & Freitas, 2015; Dein et al., 2015; Agénor & Collins, 2013; Guimarães et al., 2009).

A vivência da sexualidade é primordial no processo de reintegração psicossocial, pois implica em bem-estar, qualidade de vida, autoestima, autocuidado, prazer e fortalecimento das redes sociais de apoio (Branco et al., 2013). Ao mesmo tempo, no contexto assistencial, reflete o cuidado integral dos usuários dos serviços. Dessa maneira, se os atores envolvidos na atenção à saúde mental, de acordo com Brito e Oliveira (2009) e Quinn e Happell (2012), inobservarem a sexualidade estarão desconsiderando um aspecto significativo da subjetividade e, portanto, não estarão realizando o cuidado integral em saúde. Podendo assim comprometer a qualidade do tratamento. Trabalhar com saúde mental requer o manejo de aspectos subjetivos, pautado na construção de vínculo de acordo com a singularidade de cada indivíduo (Jorge et al., 2011).

No entanto, a literatura demonstra que, no que concerne à dimensão sexual, ainda há uma fragilidade técnica e teórica dos profissionais observada desde o processo de formação (Mann & Monteiro, 2018; Detomini, Rasera, & Peres, 2016). E considerando que as práticas empregadas são influenciadas pelas crenças dos trabalhadores, quando há essa dificuldade supracitada, emergem os seus juízos de valor que podem impactar negativamente na assistência (Mann & Monteiro, 2018). Por essa razão, torna-se necessário investigar como os profissionais de saúde mental compreendem as questões sexuais das pessoas com transtornos mentais severos para se promover um melhor enfrentamento da problemática.

No campo científico, observa-se que a interface entre saúde mental e sexualidade é explorada em algumas pesquisas. No entanto, é preponderante o estudo de questões sexuais que repercutem em condições psicopatológicas. Especificidades acerca da vivência e expressão da sexualidade desta população ainda são pouco exploradas. As produções acadêmicas ainda são incipientes e em sua maioria apresentam um enfoque biologicista (Detomini, Rasera, & Peres, 2016). Após a realização do processo de revisão sistemática da literatura publicada nos últimos anos, que consiste um dos estudos que compõem a presente dissertação, verificou-se que no cenário nacional há ausência de estudos quantitativos específicos sobre a sexualidade das pessoas diagnosticadas com transtornos mentais graves e persistentes. Além disso, não foi encontrado um instrumento com propriedades psicométricas que visasse a mensuração de questões relacionadas ao tema do presente trabalho.

A partir desse panorama, desenvolveu-se a presente pesquisa com o objetivo geral de investigar as crenças de profissionais, com nível superior que atuam nos serviços de saúde mental do estado de Sergipe, acerca da sexualidade das pessoas com transtornos mentais severos, bem como a vivência da sexualidade desses sujeitos a partir das narrativas de usuários dos CAPS III de Aracaju-SE. Para alcançá-lo foram realizados quatro estudos. É importante ressaltar que as questões éticas foram consideradas nesta pesquisa, em todas as suas etapas, de acordo com o que preconizam as resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/12 (Brasil, 2012) e 510/16 (Brasil, 2016). Portanto, o projeto foi submetido ao Comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Sergipe e aprovado (CAAE: 95282718.0.0000.5546). Todos os participantes informaram o consentimento através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou Termo de Anuência. Os estudos supracitados serão apresentados a seguir.

O primeiro teve o objetivo de apresentar uma revisão sistemática de literatura, dos artigos publicados entre 2013 e 2018 nas plataformas Medline/Pubmed, SciELO, LILACS e PEPsic. O segundo, o objetivo de criar uma escala psicométrica para averiguar as crenças de profissionais, que atuam nas redes de saúde mental pública e privada, sobre a sexualidade das pessoas com transtornos mentais severos. Assim como de encontrar evidências de validade no referido instrumento, o qual foi denominado de Escala de crenças acerca das pessoas com transtornos mentais severos (ECS-TMS). O terceiro estudo, quantitativo, visou investigar as crenças de profissionais, com nível superior que atuam nos serviços de saúde mental do estado de Sergipe, sobre a sexualidade das pessoas com

transtornos mentais graves e persistentes. Além disso, teve os objetivos específicos de: averiguar se as crenças dos profissionais supracitados acerca da sexualidade das pessoas com transtornos mentais severos são mais positivas ou negativas; verificar a influência do pensamento conservador, em relação à sexualidade, no preconceito contra a diversidade sexual, bem como nas crenças sobre a sexualidade das pessoas com transtornos mentais graves; e comparar os perfis de formação dos profissionais, quanto ao tempo e área de atuação, com as crenças sobre a sexualidade dessa população. Trata-se de um estudo quantitativo, tipo *survey*, realizado a partir da aplicação de questionários e escalas psicométricas em plataforma online. Por fim, o quarto estudo, qualitativo, teve o objetivo de investigar como usuários dos três CAPS III, voltados ao cuidado das pessoas com transtornos mentais de Aracaju-SE, vivenciam a sexualidade e o que pensam sobre esse tema.

Estudo 1:

Sexualidade das pessoas com transtornos mentais severos: uma revisão sistemática

Resumo

A presente revisão sistemática de literatura tem o objetivo de investigar como as pessoas com transtornos mentais graves e persistentes vivenciam a sexualidade de acordo com as publicações científicas nacionais e internacionais. Para viabilizar essa proposta foi realizada uma revisão sistemática de artigos publicados nas bases de dados nacionais e internacionais, SciELO, PePSIC, LILACS e MEDLINE/PUBMED, entre os anos 2013 e 2018. Foram selecionados 28 artigos que abordavam aspectos da vivência e expressão da sexualidade das pessoas com transtornos mentais severos. Diante dos resultados obtidos nesse estudo, percebeu-se que a assistência integral na saúde mental, incluindo a dimensão sexual, constitui historicamente um grande desafio. Os artigos que atenderam aos critérios de inclusão, previamente definidos, explicitaram que as pessoas com transtornos mentais severos não reconhecem a saúde sexual como direito. Isso se dá devido aos estigmas em torno das psicopatologias e do contexto social de exclusão que foram submetidos ao longo da história. Além disso, foi evidenciado o despreparo de profissionais de saúde mental em lidar com questões sexuais nos serviços que atuam. espera-se que essa revisão de literatura possa subsidiar estudos posteriores, bem como impulsionar outros pesquisadores e profissionais de saúde mental a se aprofundarem na temática.

Palavras-chave: Sexualidade; Saúde mental; Revisão sistemática.

Introdução

O presente estudo foi realizado a partir da necessidade de contribuir com a produção científica acerca da sexualidade das pessoas com transtornos mentais severos, dada a estigmatização dessa população que acarreta prejuízos à vivência, expressão e saúde sexual. Além disso, considerou-se as altas taxas de prevalência dos transtornos mentais ao mesmo tempo em que há lacunas na formação dos profissionais de saúde mental quanto à dimensão sexual.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta que os transtornos mentais têm sido vistos como um expressivo problema de saúde pública que pode acometer qualquer indivíduo em diferentes períodos do ciclo vital. Estima-se que mundialmente mais de 10% das pessoas têm algum transtorno mental, incluindo o uso abusivo de álcool e outras drogas, o que tem acarretado sofrimento a indivíduos, seus familiares e demais grupos sociais

(WHO, 2018a). Somente a esquizofrenia atinge cerca de 23 milhões de pessoas em todo o mundo, enquanto que o transtorno afetivo bipolar afeta 60 milhões (WHO, 2018b). Os transtornos mentais no ano 2013 já representavam 13% do total de todas as patologias do mundo (WHO, 2013). No Brasil, segundo o Ministério da Saúde, em 2008 os dados indicavam que 3% da população geral já era acometida por transtornos mentais graves e persistentes. Mais de 6% da população apresentavam transtornos psiquiátricos severos devido ao uso de álcool e outras drogas, enquanto que 12% da população demandavam algum tipo de assistência em saúde mental (Brasil, 2008).

Uma pesquisa desenvolvida pelo “projeto PESSOAS” identificou nessa população altas taxas de prevalência das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) que é causador da Síndrome da Imunodeficiência Humana (Aids). Os dados são muito maiores do que as taxas da população geral. Somado a essa problemática, os índices acerca do uso de preservativo nos contatos sexuais eram mínimos, chegando a 8%. No referido estudo realizaram entrevistas com 2.475 usuários de 26 serviços de saúde mental, hospitais psiquiátricos e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), de todas as regiões do Brasil. O percentual de histórico de acometimento por IST, relatado pelos participantes, chegou a 25,8% (Guimarães et al., 2009).

A vivência e expressão da sexualidade ainda é um assunto negligenciado ou reprimido, principalmente quando relacionado às pessoas com graves transtornos mentais. É válido explicitar que a nomenclatura “transtornos mentais severos” é uma das expressões utilizadas no âmbito da saúde, para abarcar os transtornos graves e persistentes que acometem pessoas com características e necessidades de saúde mental diversas. São consideradas severas, aquelas psicopatologias que acarretam um acentuado grau de sofrimento psíquico. Essa condição perdura na vida do indivíduo e compromete o desempenho das ações cotidianas inerentes aos seus papéis sociais (Wang, Demler, & Kessler, 2002).

O modo como a sociedade lida com a sexualidade dessas pessoas geralmente é reproduzido por profissionais de saúde mental, quando a questão que emerge é a sexualidade, pois muitas vezes os comportamentos sexuais dos indivíduos com transtornos mentais são vistos como aberrações que eliciam aversão ou estranhamento (Miranda & Furegato, 2002). Para Brito e Oliveira (2009) existe a negação do exercício da sexualidade no contexto da saúde mental e ainda é presente a dificuldade de lidar com as questões

sexuais dos usuários dos serviços de saúde. Essa negligência com a dimensão sexual é mais evidente com os indivíduos acometidos por transtornos mentais mais severos.

São considerados transtornos mentais maiores o conjunto de transtornos psicóticos, transtorno bipolar, transtorno de humor maior, transtornos de personalidade e o uso abusivo de substâncias (Whitley, Palmer & Gunn, 2015). O que vai diferenciar os transtornos severos dos “comuns” é o maior nível de comprometimento funcional (APA, 2013). Essa classificação é importante pois norteia a elaboração do projeto terapêutico singular e o encaminhamento para o serviço mais adequado para o tratamento (Ribeiro & Inglez-Dias, 2011).

Na contemporaneidade brasileira o modelo de atenção à saúde mental, a partir da reforma psiquiátrica, passou de hospitalocêntrico, marcado pelos manicômios, para psicossocial e trouxe muitos avanços no que se refere a assistência à saúde mental numa perspectiva inclusiva (Amarante, 2003). Entretanto, os rótulos oriundos dos longos períodos de isolamento e violência que os indivíduos considerados loucos foram submetidos persistem e ainda os tornam vítimas de preconceito e discriminação. Muitos aspectos da vida das pessoas com transtornos mentais são afetados pelo processo de estigmatização dos “loucos” e dentre eles está a sexualidade (Brito & Oliveira, 2009).

Esses estigmas que os diferenciam das pessoas consideradas normais provocam preconceitos em relação à sexualidade das pessoas com transtornos mentais até os dias atuais, fazendo com que socialmente os seus corpos e comportamentos sejam imaginados como desviantes não sendo reconhecidos como úteis e desejáveis, o que repercute na privação de uma vivência saudável da dimensão sexual (Miranda & Furegato, 2002).

Cabe ressaltar, que a sexualidade é aqui compreendida como fenômeno amplo, complexo, multifacetado e não apenas restrito ao sexo (Foucault, 2015). De acordo com a OMS a vivência da sexualidade é essencial para a saúde dos seres humanos, pois abrange desejos, crenças, emoções, valores, erotismo, sexo, identidade de gênero, relações íntimas e autocuidado. Além disso, possibilita a expressão da afetividade e obtenção de prazer (WHO, 2017).

Entretanto, quando as pessoas com transtornos mentais severos expressam desejo sexual é comum a consideração de tal experiência tipicamente humana como sintoma de determinadas psicopatologias (Branco et al., 2013; Miranda, Furegato & Azevedo, 2008; Mann, Oliveira & Oliveira, 2002). Foram encontradas quatro revisões de literatura que

abordam a compreensão científica sobre questões inerentes à vivência sexual das pessoas com transtornos graves.

Os autores Jarger e McCann (2017) realizaram uma revisão de literatura, publicada no Reino Unido, na qual foram analisados 56 artigos, publicados entre os anos de 2006 e 2016. Os textos abordaram questões referentes à sexualidade e intimidade de pessoas diagnosticadas com esquizofrenia ou outros tipos de psicose. Os achados mais expressivos indicaram que maior parte dos estudos enfatizavam riscos sexuais, como Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e dimensões biológicas inerentes à sexualidade e intimidade como efeitos de fármacos psicotrópicos. Os autores supracitados afirmam que pesquisas que enfoquem os aspectos psicossociais da sexualidade, voltadas para as pessoas com transtornos psicóticos, são necessárias para o desenvolvimento de estratégias para abordar necessidades no âmbito da sexualidade e intimidade entre a referida população.

Kopeykina et al. (2016) publicaram na Holanda uma revisão de literatura, que examinou um total de 27 artigos. De acordo com o cenário pesquisado, houve um aumento na incidência de comportamentos sexuais de risco entre pessoas com transtorno bipolar durante as fases maníacas em comparação com aquelas que são diagnosticadas com outras psicopatologias. Além disso, as produções científicas analisadas indicaram que as pessoas com transtorno bipolar estavam mais próximas da realidade das que não possuíam transtornos mentais, do que em relação a outros pacientes psiquiátricos, no que se refere à capacidade de manter relacionamentos amorosos. Contudo, os níveis de satisfação sexual são baixos, em decorrência da variação dos níveis de interesse sexual associadas às alterações de humor.

Outra revisão sistemática encontrada foi a que Pandor et al. (2015) publicaram no Reino Unido. Esse estudo visou avaliar a eficácia de intervenções de redução de riscos à saúde sexual para pessoas com transtornos mentais graves. Um total de 13 estudos estavam de acordo com os critérios de inclusão e foram analisados. Foi constatado que ainda não havia evidências científicas suficientes para aprovar ou abandonar as intervenções de redução de riscos de saúde sexual. Os referidos autores ressaltaram as graves consequências dos comportamentos sexuais de risco adotados por pessoas com transtornos mentais severos e a necessidade da produção de ensaios clínicos com essa temática, assim como de formação para profissionais que fazem intervenções voltadas para a saúde sexual.

Detomini, Rasera e Peres (2016) fizeram uma revisão sistemática, publicada no Brasil, com uma amostra de 38 artigos, dos anos de 2000 a 2013. Os principais resultados apontaram o despreparo de profissionais no que concerne ao manejo de questões sexuais dos usuários de serviços de saúde mental. Ademais, foram encontrados dados que evidenciaram preconceitos e negligência quanto à sexualidade das pessoas com transtornos mentais.

Apesar de terem sido encontrados os estudos mencionados acima, faz-se necessário abordar as produções científicas mais atuais acerca do tema. Além disso, considerou-se que o número de publicações sobre a temática do presente artigo ainda é incipiente, bem como a relevância de engendrar um maior delineamento das produções nacionais e internacionais em um mesmo estudo. Dessa maneira faz-se necessário fomentar a produção de conhecimento científico acerca da vivência da sexualidade das pessoas com transtornos mentais, de modo que possa contribuir no processo de formação, na educação permanente de profissionais de saúde e reverberar nos projetos terapêuticos dos usuários dos serviços.

Diante desse panorama, este estudo teve como objetivo apresentar uma revisão sistemática de literatura, dos artigos publicados entre 2013 e 2018 nas plataformas Medline/Pubmed, SciELO, LILACS e PEPsic. Realizou-se, portanto, a investigação de como as produções científicas atuais, em periódicos nacionais e internacionais, têm abordado a vivência e expressão da sexualidade das pessoas com transtornos mentais graves e persistentes.

Método

Delineamento do estudo

Trata-se de uma revisão sistemática de artigos publicados em periódicos indexados em bases de dados nacionais e internacionais. Revisão sistemática consiste na realização de buscas estratégicas de textos, de modo organizado, para posterior análise crítica que responda questões, teste hipóteses ou agrupe evidências (Koller, Couto, & Hohendorff, 2014).

Essa revisão visa responder à seguinte pergunta norteadora: Como as pessoas com transtornos mentais graves e persistentes vivenciam e expressam a sua sexualidade de acordo com a literatura científica?

Procedimento/ critérios de inclusão e exclusão

No presente estudo foi realizada busca de artigos nas bases de dados, do âmbito nacional e internacional, Scientific Eletronic Library Online- SciELO, Periódico Eletrônico de Psicologia- PEPsic, LILACS e Medline/Pubmed¹. O levantamento dos artigos ocorreu durante o mês de agosto de 2018. Na SciELO, PEPsic e LILACS foi feito a partir da utilização dos descritores “sexualidade *and* saúde mental” e na Medline/Pubmed, plataforma onde estão indexados periódicos internacionais “*sexuality and mental health*”. Vale salientar que os descritores “transtornos mentais” e “*mental disorders*” não foram utilizados, pois em uma tentativa de inseri-los, no processo inicial da busca, apareceram artigos que abordavam a relação de alguma dimensão da sexualidade como causa de psicopatologias, por exemplo, ansiedade e depressão como consequências de disfunções sexuais. O que não responderia à pergunta norteadora desta revisão.

Para filtrar a busca, foram selecionados os resumos de artigos publicados entre os anos de 2013 e 2018, nos idiomas inglês, espanhol e português, de qualquer área de conhecimento. Todos os resumos dos artigos encontrados foram lidos e em seguida retirados da amostra os textos que não atendiam aos critérios de inclusão supracitados, assim como os que não se referiam à vivência e expressão da sexualidade das pessoas com transtornos mentais severos. Além disso, foram removidas as duplicidades de resumos, os artigos sem texto completo disponível nas plataformas consultadas e aqueles que também

¹ SciELO – Scientific Electronic Library Online. São Paulo: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo/Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. Acesso: <http://www.scielo.br>

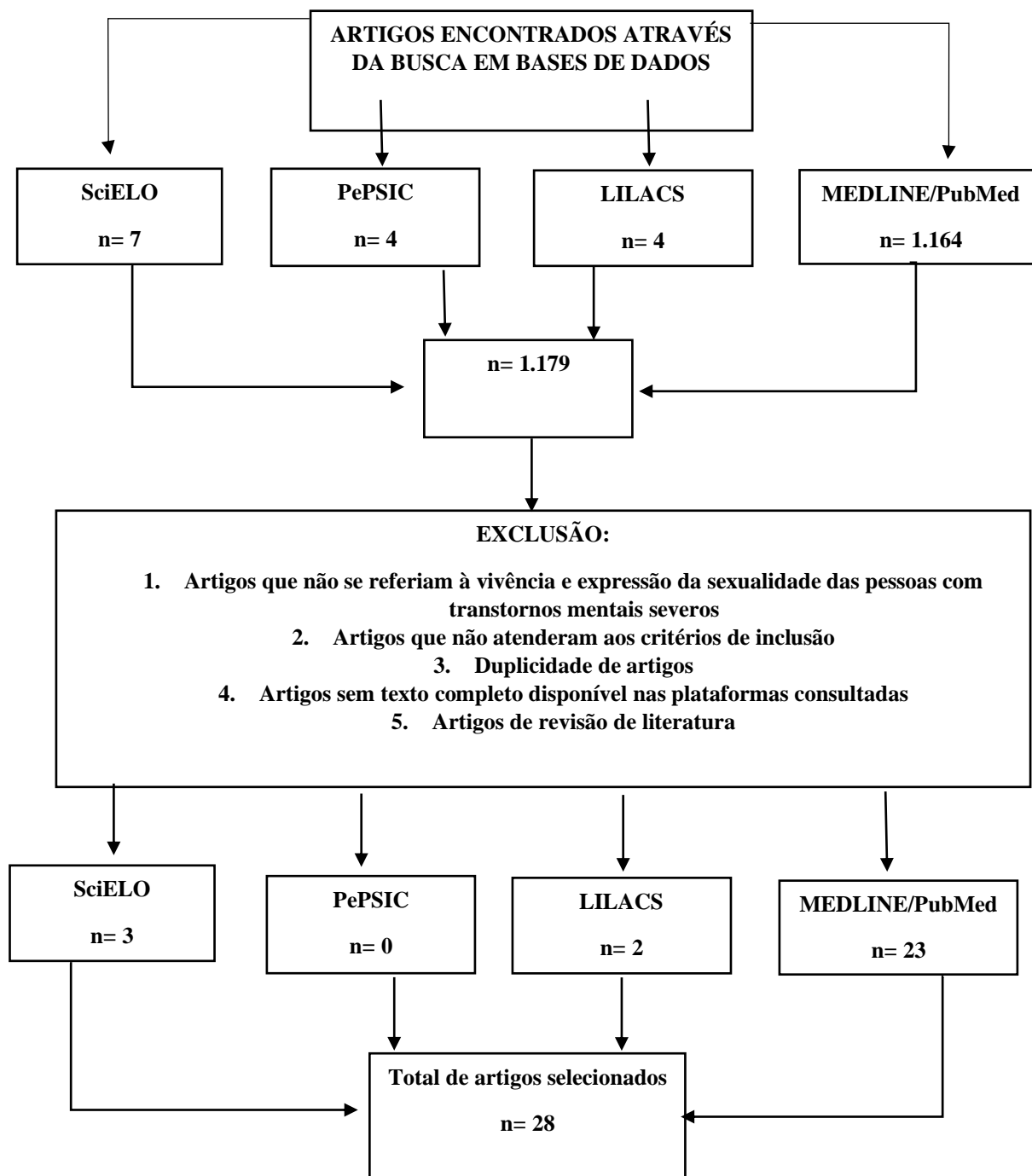
PePSIC – Periódicos Eletrônicos de Psicologia. São Paulo: Biblioteca Virtual em Saúde - Psicologia da União Latino-Americana de Entidades de Psicologia (BVS-Psi ULAPSI). Acesso: <http://portal.pepsic.bvsalud.org>

LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde. São Paulo: Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. Disponível na Biblioteca Virtual em Saúde – BIREME. Acesso: <http://www.bireme.br>

Medline/Pubmed – Medical Literature Analysis and Retrieval System Online. Acesso: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

eram revisões de literatura. Por fim, restou um total de 28 artigos que foram lidos na íntegra e analisados neste estudo (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma do processo de identificação e seleção de artigos



Resultados

Dados bibliométricos

A busca inicial nas bases de dados gerou um total de 1.179 artigos, 7 na SciELO, 4 na PePSIC, 4 na LILACS e 1.164 em Medline/PubMed. Após a leitura de todos esses resumos encontrados, na primeira triagem foram excluídos 4 revisões de literatura e 1 resumo duplicado entre as bases e em seguida foram excluídos 1.151 artigos que não atendiam aos demais critérios de inclusão. Desse modo, a amostra deste estudo é composta por 28 artigos (ver Figura 1).

Quanto ao ano de publicação dos estudos, considerando o intervalo de tempo pesquisado (janeiro de 2013 a agosto de 2018), 2013 foi o período com mais produções, total de 7. No ano de 2015 foram publicados 6 artigos, enquanto que em 2014 um total de 5. Em 2017 e 2018 publicaram-se 4 artigos em cada ano referido. Já no ano de 2016, apenas 2 estudos. No que concerne às bases de dados, 3 textos foram encontrados na Scielo, 2 na Lilacs e 23 na Medline/Pubmed.

No que concerne aos países em que os artigos foram produzidos, o Brasil apresenta o maior número (7), a Austrália (6), Reino Unido (5), Holanda (1), Suécia (2), Turquia (1), Estados Unidos (1), Israel (2), Índia (2) e Polônia (1). Contudo, a maior parte dos artigos foram publicados em periódicos de outros países. Dessa maneira, o Reino Unido teve o maior número de textos publicados (10), seguido dos Estados Unidos (8), Brasil (6), Holanda (2), Índia (1) e Nova Zelândia (1).

A maioria dos artigos (18) relatam estudos de método qualitativo, enquanto que os demais apresentam método quantitativo (9) e métodos mistos (1). Nas pesquisas qualitativas, de modo geral, foram realizadas entrevistas com os participantes e analisados os discursos. Já nos estudos quantitativos, algumas escalas foram aplicadas aos participantes. No Quadro 1 são apresentados dados bibliométricos e os detalhamentos quanto às estratégias e instrumentos utilizados em cada estudo.

Quadro 1. Dados dos artigos selecionados para a revisão de literatura.

Autores (as)/ ano	Base de dados	País em que foi produzido	País em que foi publicado	Método/ Estratégias e/ou instrumentos
Zanello, Fiuza e Costa (2015)	SciELO	Brasil	Brasil	Qualitativo/análise de conteúdo/ entrevista semiestruturada
Ziliotto e Marcolan (2013)	SciELO	Brasil	Brasil	Qualitativo/realizada por meio de entrevistas/questionário semiestruturado e duas análises de situações diárias
Mann e Monteiro (2018)	SciELO	Brasil	Brasil	Qualitativo/ grupos focais
Ziliotto e Marcolan (2014)	Lilacs	Brasil	Brasil	Qualitativo, descritivo-exploratória/ abordagem metodológica das representações sociais
Barbosa, Guimarães e Freitas (2013)	Lilacs	Brasil	Brasil	Qualitativo, fundamentado na Teoria das Representações Sociais/ Análise Estrutural de Narração
Quinn e Happell (2015)	Medline/PubMed	Austrália	Reino Unido	Qualitativo, exploratório/ entrevistas
Thompson et al. (2017)	Medline/PubMed	Austrália	Reino Unido	Quantitativo/ ASHR Health and Relationships Questionnaire
Brown, Reavey, Kanyeredzi e Batty (2014)	Medline/PubMed	Reino Unido	EUA	Qualitativo/ Análise temática/ Entrevistas semiestruturadas
Jager, Greevenbroek, Nugter e Os (2018)	Medline/PubMed	Holanda	EUA	Qualitativo/ Grounded Theory/ Entrevistas semiestruturadas
Quinn e Happell (2013)	Medline/PubMed	Austrália	EUA	Qualitativo, exploratório/ The five-step framework/ Entrevistas
Fernández, L. et al. (2013)	Medline/PubMed	Reino Unido	EUA	Quantitativo/ The Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (CYBOCS) and its accompanying symptom checklist (CY-BOCS-SC), The Children's Obsessive-Compulsive Inventory (ChOCI), The Family Accommodation Scale (FAS), The Beck Depression Inventory for Youth (BDI-Y) e Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)
Abé, C. et al. (2018)	Medline/PubMed	Suécia	EUA	Quantitativo/ Affective Disorder Evaluation (ADE), Mini International Neuropsychiatry Interview (M.I.N.I.), dados de imagem cerebral e Kinsey-type scale (itens sobre orientação sexual)
Ozcan, Boyacıoğlu, Enginkaya, Dinç e Bilgin (2014)	Medline/PubMed	Turquia	Reino Unido	Quantitativo/ Questionnaire on Determining Problems in Reproductive Health
Urry e Chur-Hansen (2018)	Medline/PubMed	Austrália	EUA	Qualitativo/ Thematic analysis to the data following Braun and Clarke's (2006, 2013) iterative six-step process/ Entrevistas semiestruturadas
Agénor e Collins (2013)	Medline/PubMed	EUA	Reino Unido	Qualitativo/ grounded theory (Charmaz, 2001; Strauss & Corbin, 1990)/ Entrevistas
Segalovich, Doron, Behrbalk, Kurs e Romem (2013)	Medline/PubMed	Israel	Reino Unido	Quantitativo/ Self-Esteem Scale, Internalized Stigma of Mental Illness Scale, Intimacy Attitude Scale-Revised e um questionário demográfico
Das e Agrawal (2017)	Medline/PubMed	Índia	Índia	Qualitativo/Estudo de caso
Nagendrappa, Mallanna, Raj G. e Dr (2017)	Medline/PubMed	Índia	Holanda	Quantitativo/Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) (Lecrubier et al., 1997), Arizona sexual experience questionnaire (ASEX) (McGahuey et al., 2000), Sexual Dysfunction Checklist (Arackal & Benegal, 2007), Severity of Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ) (Stockwell et al., 1983)

Klotzbaugh e Glover (2016)	Medline/PubMed	Reino Unido	Reino Unido	Quantitativo, descritivo correlacional/ estatística descritiva
Barbosa, Souza e Freitas (2015a)	Medline/PubMed	Brasil	EUA	Qualitativo/Análise estrutural da narração/ Entrevistas abertas
Hasson-Ohayon, Hertz, Vilchinsky e Kravetz (2014)	Medline/PubMed	Israel	EUA	Quantitativo/ Questionário sócio demográfico, semantic differential-based attitudes scale (Katz & Shurka, 1977; Kravetz et al., 1994) e apresentação de vinhetas com relacionamentos de pessoas com ou sem deficiências
Quinn, Happell e Welch (2013)	Medline/PubMed	Austrália	Reino Unido	Qualitativo/ Análise temática de cinco passos desenvolvida por Ritchie e Lewis (2003)
Dein et al. (2015)	Medline/PubMed	Reino Unido	Reino Unido	Qualitativo/ Análise temática (Patton, 1990; Braun & Clarke, 2006) / Entrevista semiestruturada
Barbosa, Souza e Freitas (2015b)	Medline/PubMed	Brasil	Brasil	Qualitativo/ Teoria das Representações Sociais/ Entrevistas, grupos focais
Corbett, Elsom, Sands e Prematunga (2017)	Medline/PubMed	Austrália	Reino Unido	Quantitativo/ Ferramenta de auditoria de 38 itens sobre saúde sexual/ Análises estatísticas
Tiwana, McDonald e Vollm (2016)	Medline/PubMed	Reino Unido	Reino Unido	Qualitativo/ formulário online (estruturado) e entrevista semi estruturada por telefone/ Análise temática
Östman (2014)	Medline/PubMed	Suécia	Holanda	Mistos/ Questionário sobre circunstâncias de vida (Nordström et al., 2009), Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA) (Priebe et al., 1999), entrevistas em profundidade
Just (2015)	Medline/PubMed	Polônia	Nova Zelândia	Qualitativo/Teórico

Categorias temáticas

A partir da leitura na íntegra dos artigos que compõem a amostra do presente estudo, os textos foram categorizados de acordo com as temáticas abordadas, possibilitando assim a análise temática. Sabe-se que um texto pode explorar conteúdos pertinentes a mais de uma categoria, contudo foram considerados os assuntos predominantes em cada estudo como critério para a inclusão em cada grupo categórico (ver Tabela 1).

Tabela 1. Número de artigos separados em categorias de acordo com o método.

Categoria	Artigos de método qualitativo	Artigos de método quantitativo	Artigos de métodos mistos
Sexualidade das pessoas com transtornos mentais	8	7	1
Percepção de profissionais sobre sexualidade das pessoas com transtornos mentais	7	—	—
Saúde sexual e condições de vulnerabilidade das pessoas com transtornos mentais	3	2	—
TOTAL	18	9	1

Sexualidade das pessoas com transtornos mentais

Os artigos incluídos nessa primeira categoria versam primordialmente sobre aspectos da vivência da sexualidade das pessoas diagnosticadas com transtornos mentais graves e persistentes. Dentre os temas abordados pelos autores estão: a expressão da sexualidade nos serviços de saúde mental, internalização de estigmas e preconceito, satisfação sexual, papéis de gênero e saúde mental e consequências do uso de psicofármacos.

Pessoas com transtornos mentais severos usualmente experimentam graves consequências da exclusão social que foram historicamente submetidas. A internalização do estigma social é uma variável significativa que afeta negativamente a autoestima e consequentemente a capacidade de constituir relacionamentos íntimos (Jager, Greevenbroek, Nugter & Os, 2018; Segalovich, Doron, Behrbalk, Kurs & Romem 2013).

Cada tipo de deficiência ou adoecimento, no caso das psicopatologias, suscita atitudes diferentes a depender do tipo de limitação do indivíduo. Quando se trata da vivência sexual dos sujeitos com deficiência, as atitudes são mais positivas quando se referem à pessoa com deficiência física e mais negativas quando a condição da pessoa em questão é psiquiátrica. Acredita-se que devido ao fato de as pessoas com transtornos mentais terem sido rotuladas como incapazes, incontroláveis, perigosas e serem consideradas com pouca possibilidade de reversão ou adaptação dos seus quadros, os fazem ser consideradas inaptas ao sexo e despertam atitudes mais negativas. No caso das deficiências físicas, sobre as quais existe a crença de que estão mais próximas da normalidade do que as mentais, assim como suas limitações são passíveis de adaptação, a vivência sexual é vista de forma mais positiva (Hasson-Ohayon, Hertz, Vilchinsky, & Kravetz, 2014).

A estigmatização é tão forte no meio social que pessoas com diagnóstico de esquizofrenia tendem a não se sentirem inferiorizadas apenas quando estão institucionalizadas, convivendo com indivíduos com a mesma condição. Estatisticamente há menor índice de internalização dos estigmas inerentes à “doença mental” entre os pacientes que se encontram hospitalizados do que aqueles diagnosticados com esquizofrenia que estão inseridos na comunidade. Os últimos experimentam sensações de não pertencimento à sociedade, situações de preconceitos, discriminação e solidão que

culminam em um declínio na capacidade de constituir relacionamentos íntimos (Segalovich, Doron, Behrbalk, Kurs, & Romem, 2013).

Relatos desses indivíduos sobre falta de apoio familiar e desamparo social são comuns. A baixa autoestima decorrente da rejeição de amigos e de contatos íntimos, das alterações corporais devido ao uso de medicamentos, comprometimentos na comunicação, experiências traumáticas de violência sexual, bem como a crença de desvalor, coloca esses indivíduos na condição de abstinência sexual e solidão (Jager, Greevenbroek, Nugter, & Os, 2018; Barbosa, Souza, & Freitas, 2015b; Segalovich, Doron, Behrbalk, Kurs, & Romem, 2013).

Mas, ao contrário da crença comum de que as pessoas com transtornos mentais têm o desejo sexual embotado, pacientes psiquiátricos percebem a vivência e expressão sexual como parte das suas necessidades básicas e algo muito importante (Jager, Greevenbroek, Nugter & Os, 2018; Östman, 2014). Entre as pessoas com esquizofrenia também existe o desejo de constituir relacionamentos íntimos, pautados não só em relações sexuais, como principalmente em confiança, afeto, vínculo, apoio e companheirismo (Segalovich, Doron, Behrbalk, Kurs & Romem, 2013).

No entanto, os desejos sexuais desses indivíduos permanecem em grande parte não realizados devido a alguns empecilhos, que incluem elevado índice de disfunção sexual, baixa frequência de relações sexuais, dificuldades na comunicação de sentimentos, necessidades sexuais e identidade sexual instável (Jager, Greevenbroek, Nugter & Os, 2018). Pessoas com esquizofrenia, participantes da pesquisa dos autores referidos anteriormente, relataram sentir vergonha devido à disfunção sexual ou mudanças corporais, bem como após episódios de surtos psicóticos em que experimentaram mudanças no desejo e identidade sexual. Esse sentimento de vergonha afetou negativamente a autoestima dos participantes.

Diante desse contexto, as relações íntimas e sexuais passam a ser concebidas comumente pelas pessoas com transtornos mentais severos como algo inalcançável ou secundário. A satisfação sexual é baixa e impacta diretamente na qualidade de vida (Östman, 2014). Aliado a isso, a prevalência de pessoas com esquizofrenia que apresentam disfunção sexual é alta, mas é difícil especificar se a disfunção é oriunda do transtorno mental ou do uso de fármacos antipsicóticos. Contudo, sabe-se que os medicamentos haloperidol e risperidona aumentam o nível do hormônio prolactina. A hiperprolactina

provoca a diminuição da produção de dopamina que pode causar disfunção sexual expressiva, enquanto que a clozapina acarreta menos efeitos colaterais na dimensão sexual (Just, 2015).

Entretanto, Das e Agrawal (2017) apresentaram o estudo de caso de um paciente de 32 anos, diagnosticado com esquizofrenia que após não se adaptar a dois antipsicóticos atípicos passou a fazer uso por sete meses de clozapina. Após esse tempo apresentou queixa de ejaculação retardada e disfunção erétil. Embora seja uma condição rara associada ao uso de clozapina e mais comum com o uso de antidepressivos. Por isso, profissionais de saúde mental devem estar atentos às queixas referentes à dimensão sexual visando a melhoria da qualidade de vida e minimização do risco de não adesão ao tratamento devido aos efeitos colaterais (Just, 2015)

Além disso, entre as mulheres com Síndrome de dependência alcoólica a disfunção sexual é altamente prevalente. Nessa população é possível observar problemas relacionados à excitação sexual, baixa lubrificação e dispareunia. Desse modo, fica evidente que o uso abusivo crônico de álcool está associado à disfunção sexual em diversas dimensões. O álcool interfere no equilíbrio que existe a nível fisiológico, hormonal e emocional, afetando a sensibilidade e a obtenção de prazer sexual. As substâncias alcoólicas são depressoras e amortecem os receptores sensoriais, o que provoca a diminuição do desejo, excitação sexual, da lubrificação vaginal e a ausência de orgasmo (Nagendrappa, Mallanna, Raj, & Dr, 2017).

Os papéis de gênero também estão imbricados ao sofrimento psíquico. Historicamente foram atribuídas funções e criadas expectativas de comportamentos desejáveis para homens e mulheres. De modo geral, para as mulheres é exigido que se enquadrem em um padrão de beleza estabelecido socialmente, bem como que se casem, sejam mães, boas cuidadoras do lar e recatadas quanto ao sexo. Para os homens é esperado que sejam produtivos e aptos para o mercado de trabalho, provedores da família e apresentem virilidade sexual e laborativa. Contudo, os pacientes com transtornos mentais severos têm esses aspectos da masculinidade ou feminilidade comprometidos. O fato de compreenderem os papéis sociais esperados para eles, que muitas vezes não são possíveis dadas as condições psicopatológicas e sociais, gera sofrimento psíquico (Zanello, Fiuza, & Costa, 2015).

Ainda no que se refere às questões de gênero, percebe-se que a incidência de transtornos mentais é maior na população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais ou Transgêneros (LGBT) em relação àqueles que se declaram heterossexuais. Esse fenômeno pode estar ligado a uma menor aceitação social, preconceito e discriminação devido ao padrão heteronormativo (Klotzbaugh & Glover, 2016; Abé et al., 2018). Por outro lado, Abé et al. (2018) identificaram uma maior prevalência de orientação não heterossexual em pacientes psiquiátricas adultas diagnosticadas com Transtorno Bipolar ou Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Foram encontradas também, diferenças neurobiológicas entre as pacientes heterossexuais e não-heterossexuais, pois os atributos neuroanatômicos das mulheres não heterossexuais foram mais semelhantes aos de pacientes homens heterossexuais. Esses achados abrem precedente para novos estudos de neuroimagem que visem buscar suas evidências de validade.

Ainda no que se refere ao público LGBT, em uma pesquisa desenvolvida com prontuários de pessoas atendidas em uma clínica psiquiátrica localizada na zona rural da Inglaterra, foi verificado que havia falta de informações nos registros dos usuários sobre questões referentes à orientação sexual e identidade de gênero. Averiguou-se também que muitos pacientes LGBT declaravam uma orientação sexual diferente no momento da admissão na instituição, sendo revelada em momento posterior. Ademais, identificou-se que os usuários que informaram serem heterossexuais foram mais propensos a consumir álcool e heroína do que os que se identificaram como LGBT, contrariando diversos estudos anteriores. Desse modo, a falta de informações precisas sobre as questões sexuais dos pacientes pode comprometer a compreensão das necessidades específicas do público LGBT em instituições de saúde mental. Ressalta-se que os cuidados contextualizados com a realidade dessa população podem auxiliar no desenvolvimento de estratégias para minimização dos riscos e melhoria da saúde da mesma (Klotzbaugh & Glover, 2016).

Outra especificidade das pessoas com transtornos mentais graves é uma maior vulnerabilidade à violência sexual se comparado à população geral (Barbosa, Souza & Freitas, 2015a; Barbosa, Souza & Freitas, 2015b). Um estudo com mulheres com transtornos mentais graves e persistentes demonstrou que as participantes vivenciavam a sexualidade de maneira semelhante às mulheres de modo geral. Havia uma tendência para uma vivência sexual passiva, na medida em que era preponderante garantir a satisfação do parceiro sexual ainda que fosse de modo desagradável para elas. Mas, se configurou como uma particularidade das mulheres com transtornos mentais, as maiores dificuldades para

se defenderem, protegerem e reagirem, somadas às condições de vulnerabilidade social e o agravante do uso de álcool e outras drogas (Barbosa, Souza, & Freitas, 2015a).

Mulheres jovens diagnosticadas com transtorno de personalidade borderline também são mais suscetíveis a se envolverem em comportamentos de risco à saúde sexual. Há nessa população uma maior propensão se envolverem em relacionamentos simultâneos e a dispensarem o uso de preservativos, tornando maior a incidência de IST (Thompson et al., 2017). Obsessões sexuais também são comuns em pessoas com Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), o que pode causar muita angústia para o indivíduo acometido pelo transtorno, ao mesmo tempo em que pode ser interpretado pelos outros como algo que lhes representa risco. As obsessões sexuais são identificadas comumente em crianças com TOC, mesmo naquelas muito pequenas (Fernández et al., 2013).

A relação entre sexualidade e saúde mental também emerge nas instituições forenses de saúde mental (hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico). Esses locais se destinam ao tratamento de pessoas que cometeram algum crime, mas são inimputáveis. Nesse contexto, tanto os internos quanto os profissionais dos serviços encontram desafios no que se refere ao manejo da vivência sexual no espaço institucional. Há uma grande preocupação com a segurança, bem como ações que visam a vigilância e controle do comportamento dos pacientes que se estendem à intimidade e sexualidade deles, não havendo a legitimação de práticas sexuais dentro da instituição, a exemplo da mais comum que é a masturbação, com local adequado que garanta privacidade (Quinn & Happell, 2015; Brown, Reavey, Kanyeredzi, & Batty, 2014).

A vivência sexual dos usuários dos serviços, sobretudo quando ocorrem relações sexuais uns com os outros, aumentam as preocupações e dúvidas dos profissionais. Há além da apreensão com a segurança, o medo quanto ao impacto disso na saúde e bem-estar dos internos, bem como quanto à consensualidade das relações (Brown, Reavey, Kanyeredzi & Batty, 2014). Os pacientes manifestam desejo sexual, mas queixam-se da inexistência de local apropriado para suas práticas sexuais, além da ausência de apoio e informações sobre o assunto. Sabe-se que a inibição ou sensação de ser punido ao manifestar seus desejos sexuais podem ter impacto negativo na vida dos usuários, promovendo, dentre outras coisas, uma maior tendência ao isolamento social e dificuldades no processo de ressocialização. Pessoas com transtornos mentais severos gostariam de receber suporte dos serviços sobre questões sexuais, bem como discutir o tema com as equipes profissionais (Östman, 2014).

Percepção de profissionais sobre sexualidade das pessoas com transtornos mentais

Na segunda categoria temática foram inseridos os estudos que abordam a maneira como os profissionais de saúde mental percebem a expressão da sexualidade das pessoas com transtornos mentais severos. Os artigos incluídos nessa seção versam, em sua maioria, sobre a perspectiva de profissionais de enfermagem atuantes no campo da saúde mental. Outros textos referem-se às compreensões dos demais especialistas que trabalham em alas psiquiátricas de hospitais, serviços comunitários e instituições forenses de saúde mental.

A formação dos trabalhadores de enfermagem, no que se refere à sexualidade humana, tem sido pautada na esfera biológica evidenciando uma lacuna quanto a discussões sobre as dimensões socioculturais imbricadas a esse fenômeno. Na atualidade, ainda é perceptível a dificuldade de muitos profissionais dessa área em discutir questões referentes à temática, assim como de abordá-la no cotidiano de trabalho. Nessa perspectiva, a sexualidade que se configura como um tabu na vida pessoal de muitos profissionais repercute no silenciamento ou negligência desta importante condição humana na assistência em saúde (Mann & Monteiro, 2018; Quinn & Happell, 2013; Quinn, Happell, & Welch, 2013).

A sexualidade é compreendida por esses profissionais como uma necessidade do ser humano. Contudo, quando se trata da vivência sexual das pessoas com transtornos mentais, passa a ser entendida como doença e suas manifestações como sintomas. A sexualidade é vista nos serviços de saúde mental a partir dos comportamentos e vestimentas dos usuários, da exibição do corpo ou a maneira como se relacionam com o outro. Mas, o ambiente hospitalar é considerado um lugar inapropriado para a expressão sexual, que só passa a ser relativamente aceita na instituição de saúde mental quando o diagnóstico do sujeito prediz que a libido será mais intensa. No entanto, é algo amplamente controlado, vigiado e punido, sobretudo com o uso de medicamentos para contenção química da manifestação do desejo sexual (Mann & Monteiro, 2018; Ziliotto & Marcolan, 2014).

Diante desse contexto, nota-se uma fragilidade técnica e teórica fomentada desde o processo de formação até os campos de trabalho. Pode-se observar que as questões sexuais dos usuários dos serviços não são incluídas nas discussões para planejamento e elaboração dos projetos terapêuticos. Ademais, é possível perceber o quanto crenças e juízos de valor,

que entram em cena quando não há competência técnica e referencial teórico, intervêm negativamente na assistência de enfermagem (Mann & Monteiro, 2018).

Autores apresentaram a experiência da implementação do modelo “BETTER” na assistência de enfermeiros psiquiátricos com o objetivo de auxiliá-los a trabalhar aspectos da sexualidade com os pacientes. Esse método permite que os profissionais discutam sobre o tema, ofertem explicações sobre a relação entre sexualidade e qualidade de vida, ofereçam suporte para a saúde sexual ou encaminhem para outros serviços especializados, se necessário, promovam educação em saúde e por fim, registrem as suas intervenções e análises. A avaliação após a implementação do modelo “BETTER” na saúde mental demonstrou um maior empoderamento dos enfermeiros na inclusão do tema na sua prática profissional, assim como resultados muito positivos para os usuários (Quinn & Happell, 2013; Quinn, Happell, & Welch, 2013).

Entretanto, o número de pesquisas sobre como é realizado o cuidado com a saúde sexual nos serviços de saúde mental ainda é pequeno. Em sua maioria explanam a realidade da enfermagem em ambientes hospitalares. No entanto, também existem muitos empecilhos para profissionais de outras áreas que atuam na saúde mental, como constrangimento ou inaptidão para abordar as questões sexuais, por exemplo (Urry & Chur-Hansen, 2018).

O estudo desenvolvido pelos autores supracitados, com médicos psiquiatras, psicólogos e enfermeiros trabalhadores de saúde mental na Austrália, explanou que havia a compreensão de que a sexualidade é uma necessidade humana primordial. Mas, se referiam às pessoas com transtornos mentais como sujeitos sexualmente ameaçadores. Além disso, houve reconhecimento da importância da educação sexual para que os sujeitos não transmitissem IST. Notou-se que trabalhadores não atuantes em hospitais acreditavam que o processo de educação sexual se dava de maneira mais ativa. Nessa perspectiva, caberia aos profissionais assumirem o papel de educadores que informariam sobre riscos e estratégias para minimização dos riscos, com a preservação da autonomia dos indivíduos de fazerem as suas escolhas. Já os especialistas que trabalhavam em hospitais, se posicionavam como responsáveis por controlar a “sexualidade perigosa”, pois para eles a pessoa com transtorno mental não tem capacidade de exercer o controle sexual e o autocuidado, representando riscos para eles mesmos e para os outros.

As condutas de proteção adotadas no contexto hospitalar se caracterizavam principalmente pela proibição de que os pacientes tivessem contato sexual entre eles ou com os parceiros em visitas, além da contracepção de longo prazo em mulheres. Vale salientar, que embora essas práticas de cuidado tenham a boa intenção de proteger, os discursos proibicionistas que as sustentam estão repletos de preconceitos que reforçam e perpetuam a estigmatização da sexualidade da pessoa com transtorno mental como algo patológico e perigoso (Urry & Chur-Hansen, 2018).

No caso das instituições de saúde mental forense, a sexualidade também é raramente discutida pelos profissionais de saúde mental. Quando abordada é geralmente considerada como algo problemático. A ausência da consideração da dimensão sexual é algo regularizado e quando ela emerge no cotidiano da instituição, é patologizada (Dein et al., 2015; Tiwana, McDonald & Vollm, 2016). Profissionais tendem a conceber os homens como “predadores” sexuais e as mulheres como vítimas deles em potencial ou algumas vezes como promíscuas. O que provoca um grande medo de que alguma usuária engravide dentro do serviço. Esse panorama suscita intervenções proibicionistas quanto à expressão sexual, no sentido de resguardar as usuárias. A partir dessa perspectiva, é como se a sexualidade masculina fosse violenta e incontrolável, competindo ao trabalhador a manutenção da ordem e controle (Dein et al., 2015).

Na pesquisa feita pelos autores mencionados acima, em uma instituição no Reino Unido, os participantes compunham o corpo clínico (psiquiatras e psicólogos) e não achavam correto que os internos fizessem sexo na ala hospitalar. Havia, nesse sentido, uma preocupação com outros pacientes e funcionários. Foi considerado pelos participantes um limite aceitável para a expressão sexual dentro do hospital de acordo com os valores dos profissionais, coincidindo com o que eles achavam correto presenciar em ambientes públicos fora da instituição. Foi verificado que a separação em alas de acordo com o sexo auxiliava os profissionais a minimizarem a ocorrência de relações sexuais entre os internos. Com relação ao público LGBT, houve atitudes discriminatórias dentro da instituição, sendo apontadas pelo corpo clínico como algo feito pela equipe de enfermagem. Essa questão concretizou conflitos existentes devido a divergências entre as equipes. Por não existir uma política clara sobre questões sexuais dos pacientes, muitos profissionais usavam suas próprias crenças para legitimar, ou não, as práticas dos internos. Isso dava margem a posicionamentos diferentes entre equipes, bem como à negação de direitos dos usuários.

O Reino Unido, dentre os países europeus, é o mais proibitivo quanto à sexualidade. Os protocolos dos serviços forenses de saúde mental enfatizam riscos e desconsideram as necessidades dos pacientes. A investigação que encontrou esse dado visava compreender os modos como as expressões sexuais nessas instituições eram conduzidas no continente europeu. Participaram especialistas de 14 países europeus, membros da União-Europeia. Não existiam políticas nacionais nos países supraditos, mas possuíam políticas e compartilhamento de práticas a nível local. Em 9 países representados no estudo foram identificadas concepções progressistas sobre a temática, pois era permitido que os pacientes tivessem relações sexuais entre eles ou com parceiro visitante. Cabe ressaltar que havia uma maior tendência para liberação do contato sexual com os parceiros externos do que entre os internos, desde que os primeiros passassem por um processo rigoroso de triagem para prevenção de IST ou identificação vulnerabilidade psicológica (Tiwana, Mcdonald, & Vollm, 2016).

No serviço psiquiátrico forense a sexualidade tende a ser abordada de modo restritivo e a sua negação se apresenta como parte do caráter punitivo do sistema de detenção. Ademais, ficou evidente que para muitos profissionais ela é um tabu, então é difícil manejá-la no dia a dia. Contraditoriamente, peritos de países mais liberais que participaram desse estudo evidenciaram benefícios decorrentes de atitudes positivas na instituição em relação à expressão sexual para a reabilitação dos pacientes (Tiwana, Mcdonald & Vollm, 2016).

Saúde sexual e condições de vulnerabilidade das pessoas com transtornos mentais severos

Apesar dos dados que indicam uma maior vulnerabilidade dos usuários de serviços de saúde mental à violência sexual e acometimento por IST, conforme apresentado na primeira categoria temática, existe uma resistência dos profissionais de saúde mental em incentivar os usuários dos serviços a realizarem testes para IST. De modo ideal, eles deveriam ser submetidos a exames relacionados à saúde sexual desde o início do tratamento. Contudo, esses procedimentos não são ofertados para grande parte das pessoas com transtornos mentais severos, não havendo interrupção na cadeia de transmissão ou a adoção de medidas preventivas e de encaminhamento para tratamento. Essa negligência se configura como algo grave, considerando os achados científicos que apontam a maior suscetibilidade aos comportamentos de risco dessa população (Corbett, Elsom, Sands, & Prematunga, 2017).

Além disso, sabe-se que problemas referentes à saúde sexual podem ser identificados de maneira inadequada pelas equipes de saúde mental, pois há uma subnotificação dos mesmos nos registros institucionais ou até mesmo não são investigados nas avaliações dos usuários. Dessa maneira, além de não se conhecer a incidência de IST, são desconhecidos os casos de disfunção sexual em decorrência do uso de medicamentos, que pode culminar na não adesão ao tratamento, ou aspectos do comportamento sexual, como a não utilização de preservativos. São perdidas assim, as oportunidades de se reduzir os riscos relacionados às vivências sexuais (Corbett, Elsom, Sands & Prematunga, 2017).

Usuários de serviços de saúde mental compreendem pouco e apresentam equívocos sobre IST e as práticas preventivas. A sexualidade se configura, nesse contexto, como um tabu, não sendo discutida entre os pares e nem mesmo pelas equipes que compõem as instituições em que são assistidas (Corbett, Elsom, Sands & Prematunga, 2017). Esses temas não surgem no cotidiano de trabalho devido à fragilidade da formação profissional e de diretrizes norteadoras das condutas que abranjam a prevenção das IST (Ziliotto & Marcolan, 2013).

Um estudo com profissionais de saúde mental, atuantes em clínicas comunitárias dos Estados Unidos, investigou a compreensão dos mesmos acerca da prevenção da contaminação pelo HIV entre mulheres negras com transtornos mentais. Nesse processo foram identificadas algumas dificuldades entre os profissionais de falarem sobre sexualidade, sexo e HIV com os usuários. Mas, vale ressaltar que alguns participantes (minorias) demonstraram que se sentiam à vontade para intervir quanto à dimensão sexual. Foram relatadas estratégias utilizadas, sobretudo o ensino de como se colocar limites e realizar o autocuidado nas atividades sexuais. Além disso, afirmaram utilizar medicamentos que controlam a “hipersexualidade” e, portanto, previnem que os usuários se envolvam em comportamentos perigosos. Os pesquisadores indicaram a relevância da consideração dos aspectos socioculturais inerentes à vida das mulheres negras acometidas por transtornos mentais graves no tratamento. Trata-se de um público excluído duplamente da sociedade, pois além da psicopatologia existe a condição de pobreza e discriminação de cunho étnico (Agénor & Collins, 2013).

Quanto à saúde reprodutiva, a literatura evidencia que pacientes psicóticos apresentam mais problemas se comparados à população em geral. Os aspectos relacionados a essa problemática são o envolvimento em relações sexuais sem uso de preservativo, maior número de parceiros, aumento dos índices de violência sexual, baixa adesão ao uso

contínuo de métodos contraceptivos, taxas de fertilidade reduzidas, pouco acesso à assistência pré-natal, maior exposição à violência física (mesmo durante a gravidez), baixo índice de casamentos, sobretudo entre as pessoas diagnosticadas com esquizofrenia (Ozcan, Boyacıoğlu, Enginkaya, Dinç, & Bilgin, 2014).

Pessoas com transtornos mentais severos têm sua maior vulnerabilidade a prejuízos na saúde sexual potencializada pela condição de exclusão social, violência, pobreza, exploração sexual, uso de drogas e autoestima baixa. Diante disso, torna-se imperativo oferta-los o cuidado integral em saúde que contemple a promoção da saúde sexual e prevenção de agravos relativos à prática sexual (Barbosa, Guimarães & Freitas, 2013).

Discussão

Os estudos que compõem a primeira categoria temática abordam especificidades da vivência sexual das pessoas com transtornos mentais graves. Os discursos que associam a condição psicopatológica com a sexualidade apontam para aspectos negativos, sobretudo devido ao processo de estigmatização. Um dos artigos evidencia que os indivíduos que se encontravam em situação de hospitalização psiquiátrica experimentavam menos internalização de estigmas do que aqueles que eram tratados na comunidade (Segalovich, Doron, Behrbalk, Kurs, & Romem, 2013).

Entretanto, vale lembrar que a vida em isolamento nas instituições hospitalares cronifica os transtornos mentais. O ideal é que seja feita a inclusão dessa minoria social a partir dos serviços de saúde mental. Para tanto, é preciso contribuir com informações que fortaleçam essa população. Além disso, promover ações que mostrem à sociedade as potencialidades das pessoas com transtornos mentais severos. Dessa maneira, é possível colaborar com a ruptura de estigmas e a aproximação dessa população ao meio social, admitindo-a no mesmo nível de igualdade de direitos e de deveres civis.

Além disso, foi explicitada nos artigos a relação existente entre sexualidade e saúde e os efeitos benéficos da vivência sexual. Desse modo, faz-se necessária a criação de estratégias que habilitem as pessoas com transtornos mentais graves para a atividade sexual do modo mais saudável e autônomo possível. Não é um processo fácil e depende muito de mudanças na formação e capacitação dos profissionais que atendem esses indivíduos.

Nesse sentido, torna-se imperativa a inclusão da temática na formação dos profissionais que atuam no campo da saúde. Ademais, é preciso haver a potencialização da educação permanente no contexto do trabalho que vise o suporte aos trabalhadores de saúde mental na condução das questões sexuais nos serviços.

Dois estudos relatam o sucesso da implementação do modelo “BETTER” na saúde mental e o apresentam como um instrumento possível para qualificar a prática de enfermeiros psiquiátricos (Quinn & Happell, 2013; Quinn, Happell, & Welch, 2013). Essa experiência relatada nos artigos supracitados foi a única que denotava uma estratégia para auxiliar na superação das limitações dos profissionais quanto às suas dificuldades em abordar a sexualidade. Esse panorama indica um déficit no campo de produções científicas acerca da temática.

Foi possível perceber, a partir da análise dos artigos, que a visão dos profissionais de saúde mental acerca da sexualidade das pessoas com transtornos mentais severos é negativa. Os textos incluídos na segunda categoria evidenciam o impacto das crenças dos especialistas na prática profissional, caracterizada primordialmente pela negação ou silenciamento da sexualidade. Enquanto que paradoxalmente, os profissionais reconhecem a importância da dimensão sexual para a saúde do ser humano.

A negligência da dimensão sexual nos serviços de saúde mental potencializa os riscos à saúde. Pois, conforme foi observado os estudos que compuseram a terceira categoria, o contexto onde as expressões sexuais das pessoas com transtornos mentais graves emergem os coloca em uma expressiva condição de vulnerabilidade. Os textos apontaram que as ações de prevenção de IST/HIV e violência sexual ainda são incipientes. Portanto, fica comprometido o direito humano à saúde sexual e à integralidade do cuidado em saúde.

Considerações finais

A presente revisão sistemática evidenciou como a literatura, nacional e internacional, aborda a vivência da sexualidade das pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Diante dos resultados obtidos nesse estudo, percebeu-se que a assistência integral na saúde mental, incluindo a dimensão sexual, constitui historicamente um grande

desafio. Os artigos que atenderam aos critérios de inclusão, previamente definidos, explicitaram que as pessoas com transtornos mentais severos não reconhecem a saúde sexual como direito. Isso se dá devido aos estigmas em torno das psicopatologias e do contexto social de exclusão que foram submetidos ao longo da história.

Os preconceitos em torno da sexualidade das pessoas com transtornos mentais graves provocam baixa autoestima, maior tendência ao isolamento e dificuldade na constituição de relacionamentos íntimos. As produções científicas indicam ainda que a falta de sexo ou a insatisfação com as práticas sexuais comprometem a qualidade de vida. Além do mais, pode aumentar o sofrimento psíquico e representar uma barreira para a reintegração social. Ficou evidente também, a falta de preparo dos profissionais de saúde mental para lidar com as expressões sexuais dos usuários dos serviços. Mais gravemente, que ao tratar as questões sexuais como tabu, as ações de promoção da saúde e prevenção de IST/HIV não são realizadas. O que permite a manutenção da alta prevalência de agravos como IST e violência sexual.

Nesse panorama, é imperativa a ampliação do debate acerca do tema, na academia e nos dispositivos de atenção psicossocial, pois a maneira como o profissional compreende a vivência da sexualidade desses indivíduos influencia diretamente nas práticas de cuidado que lhes serão ofertadas. É urgente a necessidade de se investir na formação de especialistas que estejam aptos a garantirem o direito humano básico da vivência sexual saudável, segura e autônoma.

A grande maioria dos estudos apresentou experiências negativas das pessoas com transtornos mentais, no que se refere à sexualidade. Sobretudo, quanto à negligência dos serviços de saúde mental. Foi incipiente o número de publicações que apresentam experiências bem-sucedidas quanto ao manejo das questões sexuais no campo da saúde mental. Esse tipo de publicação se faz necessário para servir se referencial teórico e auxiliar no processo de educação permanente dos profissionais. Por fim, espera-se que essa revisão de literatura possa subsidiar estudos posteriores, bem como impulsionar outros pesquisadores e profissionais de saúde mental a se aprofundarem na temática.

Referências

- Abé, C., Rahman, Q., Långström, N., Rydén, E., Ingvar, M., & Landén, M. (2018). Cortical brain structure and sexual orientation in adult females with bipolar disorder or attention deficit hyperactivity disorder. *Brain and Behavior*, 8(7), e00998. doi: 10.1002/brb3.998
- Agénor, M., & Collins, P. Y. (2013). Preventing HIV among U.S. women of color with severe mental illness: perceptions of mental health care providers working in urban community clinics. *Health care for women international*, 34(3-4), 281-302. doi: 10.1080/07399332.2012.755983
- Amarante, P. (2003). *Saúde Mental, políticas e instituições: programa de educação à distância*. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/ FIOCRUZ.
- American Psychiatry Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5*. 5ª ed. Washington: American Psychiatric Association.
- Barbosa, J. A. G., Souza, M. C. M. R., & Freitas, M. I. F. (2015a). Violência sexual: narrativas de mulheres com transtornos mentais no Brasil. *Revista panamericana de salud publica*, 37(4-5), 273-8. Recuperado de: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v37n4-5/273-278/pt>
- Barbosa, J. A. G., Souza, M. C. M. R., & Freitas, M. I. F. (2015b). A abordagem da sexualidade como aspecto essencial da atenção integral de pessoas com transtornos mentais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20 (7), 2165-2172. doi: 10.1590/1413-81232015207.01792014
- Barbosa, J. A. G., Guimarães, M. D. C., & Freitas, M. I. F. (2013). Sexualidade e vulnerabilidade social em face das infecções sexualmente transmissíveis em pessoas com transtornos mentais. *Rev Med Minas Gerais*, 23(4) 455-461. doi: 10.5935/2238-3182.20130071
- Branco, F.M.F.C., Sales, J. C. S., Trindade, F. R., Pessoa, M. D., Freitas, C. M. P. A & Silva, M.M. (2013). A percepção do portador de esquizofrenia sobre sua sexualidade. *Revista Interdisciplinar*, 6 (2), 26-32. Recuperado de <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/44>
- Brasil. (2008). Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). *Diretrizes Assistenciais para a Saúde Mental na Saúde Suplementar*. Rio de Janeiro: ANS.
- Brito, F. P., & Oliveira, C. C. (2009). A sexualidade negada ao doente mental: percepções da sexualidade do portador de doença mental por profissionais de saúde. *Ciências e Cognição*, 14 (1), 246-254. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1806-58212009000100016&lng=pt&nrm=iso
- Brown, S. D., Reavey, P., Kanyeredzi, A., & Batty, R. (2014). Transformations of self and sexuality: Psychologically modified experiences in the context of forensic mental health. *Health*, 18(3), 240-260. doi: 10.1177/1363459313497606

- Corbett, R., Elsom, S., Sands, N., & Prematunga, R. (2017). An exploratory investigation of sexual health screening in the first 12 weeks of case management in populations with severe mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(2), 160-169. doi: 10.1111/inm.12257
- Das, S., & Agrawal, A. (2017). Clozapine-induced delayed ejaculation. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 39(6), 828-828. Recuperado de <http://www.ijpm.info/text.asp?2017/39/6/828/219641>
- Dein, K. E., Williams, P. S., Volkonskaia, I., Kanyeredzi, A., Reavey, P., & Leavey, G. (2015). Examining professionals' perspectives on sexuality for service users of a forensic psychiatry unit. *International Journal of Law and Psychiatry*.44, 15-23. doi: 10.1016/j.ijlp.2015.08.027
- Detomini, V. C., Rasera, E. F., & Peres, R. S. (2016). Sexualidade e saúde mental: vivências, serviços e estigmas. *Revista da SPAGESP – Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*,17(2), 81-95. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702016000200007
- Fernández, L. C., Barrow, F., Bolhuis, K., Krebs, G., Volz, C., Nakatani, E., Heyman, I., & Mataix-Cols, D. (2013). Sexual obsessions in pediatric obsessive-compulsive disorder: clinical characteristics and treatment outcomes. *Depression and Anxiety*, 30(8), 732-740. doi: 10.1002/da.22097
- Foucault, M. (2015). *História da sexualidade 1: a vontade de saber*. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 2ª ed. São Paulo: Paz e terra.
- Guimarães, M.D.C., Campos, L. N., Melo, A. P. S., Carmo, R. A., Machado, C. J., & Acurcio, F. A. (2009). Prevalence of HIV, syphilis, hepatitis B and C among adults with mental illness: a multicenter study in Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo, 31(1), 43-47. doi: 10.1590/S1516-44462009000100011
- Hasson-Ohayon, I., Hertz, I., Vilchinsky, N., & Kravetz, S. (2014). Attitudes toward the sexuality of persons with physical versus psychiatric disabilities. *Rehabilitation psychology*, 59(2), 236-41. doi: 10.1037/a0035916
- Jager, J., Greevenbroek, R. V., Nugter, A., & Os, J. V. (2018). Sexual Expression and It's Determinants, in People Diagnosed with Psychotic Disorders. *Community Mental Health Journal*, doi: 10.1007/s10597-018-0285-1.
- Jager, J., & Mccann, E. (2017). Psychosis as a Barrier to the Expression of Sexuality and Intimacy: An Environmental Risk? *Schizophrenia Bulletin*, 43 (2), 236-239. doi: 10.1093/schbul/sbw172
- Just, M. J. (2015). The influence of atypical antipsychotic drugs on sexual function. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11 (7), p.1655. doi: 10.2147/NDT.S84528.
- Klotzbaugh, R., & Glover, E. (2016). A lesbian, gay, bisexual and transgender dedicated inpatient psychiatric unit in rural New England: a descriptive analysis in demographics,

- service utilisation and needs. *Journal of clinical nursing*, 25(23-24), 3570-3576. doi: 10.1111/jocn.13253
- Koller, S. H., Couto, M. C. P. P., & Hohendorff, J. V. (2014). *Manual de produção científica*. Porto Alegre: Penso.
- Kopeykina, I. et al. (2016). Hypersexuality and couple relationships in bipolar disorder: A review. *Journal of Affective Disorders*, 195, 1-14. doi: 10.1016/j.jad.2016.01.035
- Mann, C. G., Monteiro, S. (2018). Sexualidade e prevenção das IST/aids no cuidado em saúde mental: o olhar e a prática de profissionais no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(7), e00081217. doi: 10.1590/0102-311X00081217
- Mann, C.G., Oliveira, S.B., & Oliveira, C.S.S. (2002). *Guia para profissionais de saúde mental/sexualidade e DST/AIDS: discutindo o subjetivo de forma objetiva*. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia.
- Miranda, F. A. N., Furegato, A. R. F., & Azevedo, D. M. (2008). Práticas discursivas e o silenciamento do doente mental: sexualidade negada? *Escola Anna Nery*. Rio de Janeiro, 12 (1), 136-142. doi: 10.1590/S1414-81452008000100021
- Miranda, F. A. N., & Furegato, A. R. F. (2002). Percepções da sexualidade do doente mental pelo enfermeiro. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 10 (2), 207-213. doi: 10.1590/S0104-11692002000200013
- Nagendrappa, A. K. B., Mallanna, S., Raj G. S., & DR, P. (2017). Sexual dysfunction in women with alcohol dependence syndrome: A study from India. *Asian Journal of Psychiatry*, 28, 9-14. doi: 10.1016/j.ajp.2017.03.007
- Östman, M. (2014). Low satisfaction with sex life among people with severe mental illness living in a community. *Psychiatry Research*, 216(3), 340-345. doi: 10.1016/j.psychres.2014.02.009.
- Ozcan, N. K., Boyacıoğlu, N., Enginkaya, S., Dinç, H., & Bilgin, H. (2014). Reproductive health in women with serious mental illnesses. *Journal of clinical nursing*, 23(9-10), 1283-1291. doi: 10.1111/jocn.12332
- Pandor, A. et al. (2015). Sexual health risk reduction interventions for people with severe mental illness: a systematic review. *BMC Public Health*, 15:138. doi: 10.1186/s12889-015-1448-4
- Quinn, C., & Happell, B. (2015). Sex on show. Issues of privacy and dignity in a Forensic mental health hospital: Nurse and patient views. *Journal Of Clinical Nursing*, 24(15-16), 2268-2276. doi: 10.1111/jocn.12860
- Quinn, C., & Happell, B. (2013). Talking About Sexuality With Consumers of Mental Health Services. *Perspectives in Psychiatric Care*, 49(1), 13-20. doi: 10.1111/j.1744-6163.2012.00334.x
- Quinn, C., Happell, B., & Welch, A. (2013). Talking about sex as part of our role: Making and sustaining practice change. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(3), 231-240. doi: 10.1111/j.1447-0349.2012.00865.x

- Ribeiro, J. M., & Inglez-Dias, A. (2011). Políticas e inovação em atenção à saúde mental: limites ao descolamento do desempenho do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12):4623-4633. doi: 10.1590/S1413-81232011001300011
- Segalovich, J., Doron, A., Behrbalk, P., Kurs, R., & Romem, P. (2013). Internalization of stigma and self-esteem as it affects the capacity for intimacy among patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27 (5), 231–234. doi: 10.1016/j.apnu.2013.05.002
- Tiwana, R., McDonald, S., & Vollm, B. (2016). Policies on sexual expression in forensic psychiatric settings in different European countries. *International Journal of Mental Health Systems*, 10(5). doi: 10.1186/s13033-016-0037-y
- Thompson, K. N., Betts, J., Jovev, M., Nyathi, Y., McDougall, E., & Chanen, A. M. (2017). Sexuality and sexual health among female youth with borderline personality disorder pathology. *Early Intervention in Psychiatry*, 1-7. doi: 10.1111/eip.12510
- Urry, K., & Chur-Hansen, A. (2018). Who decides when people can have sex? Australian mental health clinicians' perceptions of sexuality and autonomy. *Journal of health psychology*, 00(0), 1-12. doi: 10.1177/1359105318790026
- Wang, P. S., Demler, O., & Kessler, R. C. (2002). Adequacy of treatment for serious mental illness in the United States. *Am J Public Health*, 92 (1): 92-98. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447396/>
- Whitley, R., Palmer, V., & Gunn, J. (2015). Recovery from severe mental illness. *CMAJ*, 187(13): 951–952. doi: 10.1503/cmaj.141558
- WHO- World Health Organization. (2018b). Mental disorders. Recuperado em 15 janeiro, 2019, de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- WHO- World Health Organization. (2013). Mental health action plan 2013-2020. Genebra: WHO. Recuperado em 13 outubro, 2018, de https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/en/
- WHO- World Health Organization. (2017). Sexual health [Internet]. Genebra: WHO. Recuperado em 13 outubro, 2018, de http://www.who.int/topics/sexual_health/en/
- WHO- World Health Organization. Mental Health Atlas 2017. (2018a). Recuperado em 13 outubro, 2018, de https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2017/en/
- Zanello, V., Fiuza, G., & Costa, H. S. (2015). Saúde mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico. *Revista de Psicologia*, 27 (3), 238-246. doi: 10.1590/1984-0292/1483
- Ziliotto, G. C., & Marcolan, J. F. (2013). Percepção de trabalhadores de enfermagem sobre sexualidade de portadores de transtornos mentais. *Acta Paul Enfermagem*, 26(1), 86-92.
- Ziliotto, G. C., & Marcolan, J. F. (2014). Representações sociais da enfermagem: a sexualidade de portadores de transtornos mentais. *Rev Min Enferm*, 18(4), 966-972. doi: 10.5935/1415-2762.20140071

Estudo 2:

Construção da Escala de crenças sobre a sexualidade das pessoas com transtornos mentais severos (ECS- TMS)

Resumo

A compreensão da sexualidade como algo patológico, descontrolado ou hostil pode culminar em repressão ou silenciamento da dimensão sexual do indivíduo com transtornos mentais severos. Isso implica na negligência desse importante aspecto do desenvolvimento humano e acarreta sérias consequências para a saúde dessa população. Sabe-se que as crenças que se tem influenciam as práticas de cuidado ofertadas pelos profissionais. Deste modo, para avançar no campo da saúde mental com práticas que contemplem as questões sexuais dos usuários dos serviços, se faz necessário o conhecimento das crenças dos profissionais acerca da sexualidade das pessoas com transtornos mentais maiores. Entretanto, existe uma lacuna na literatura, na medida em que não foram encontrados instrumentos psicométricos no cenário nacional e internacional que visassem a investigação das crenças sobre sexualidade das pessoas com transtornos mentais. Diante disso, o presente estudo tem o objetivo de descrever o processo de criação de uma escala psicométrica desenvolvida para averiguar as crenças de profissionais, que atuam nas redes de saúde mental pública e privada do estado de Sergipe, sobre a sexualidade das pessoas com transtornos mentais severos. Além disso, encontrar evidências de validade nesse instrumento, o qual foi denominado de Escala de crenças acerca das pessoas com transtornos mentais severos (ECS-TMS). Essa escala é tipo Likert com 7 pontos. Para a sua construção foram seguidas as etapas que compreendem procedimentos teóricos para construção dos itens, experimentais, incluindo a análise de juízes e aplicação do instrumento piloto, que tinha inicialmente 26 itens. E por fim, os procedimentos analíticos que compreenderam dentre as análises estatísticas a Análise Fatorial Exploratória. Realizou-se o teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o de Bartlett para testar a consistência geral do instrumento e as comunalidades também foram observadas. Para averiguar a consistência interna da escala foi utilizado o alfa de Cronbach. Os resultados evidenciaram a adequação da escala e suas propriedades psicométricas. O pacote estatístico do software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) na versão 25 foi utilizado para as análises. Após todo o processo, a versão final da ECS-TMS é bi-fatorial e composta de 14 itens, com cargas fatoriais acima de 0,300.

Palavras-chave: Sexualidade; Saúde mental; Psicometria.

Introdução

A sexualidade humana ainda é considerada um tabu na contemporaneidade. Por isso, esse assunto é negligenciado em diversos âmbitos no meio social, sobretudo, quando relacionado às vivências das pessoas com transtornos mentais severos. Quando a questão é a sexualidade dessa população, ela é permeada de preconceitos, práticas e discursos repressivos, além de inobservância (Brito & Oliveira, 2009; Detomini, Raser, & Peres, 2016). Os estigmas e preconceitos em relação à sexualidade das pessoas com transtornos mentais, para Goffman (2007), são considerados resquícios do modelo hospitalocêntrico. O isolamento histórico nas instituições asilares e a precariedade das estruturas e condutas profissionais naqueles contextos, desumanizavam os indivíduos e tornavam crônicas as condições psicopatológicas dos mesmos. O que repercutia em comportamentos agressivos e bizarros em decorrência das violências sofridas nos manicômios. De acordo com Foucault (2009), as pessoas em sofrimento psíquico passaram a ser concebidas como desprovidas da razão, impulsivas e descontroladas. A partir disso, supõe-se que a sexualidade das pessoas com transtornos mentais passou ser considerada como algo agressivo, patológico e animalesco.

As crenças mencionadas acima são difundidas na sociedade, inclusive no âmbito da formação acadêmica, bem como de atuação profissional nos serviços de saúde, e acarretam sérias implicações para a saúde desse grupo populacional (Mann & Monteiro, 2018, Ziliotto & Marcolan, 2013). Sabe-se que as crenças que se tem acerca de determinada questão influenciam o comportamento dos indivíduos. As crenças, podem ser centrais, na medida em que constituem compreensões consolidadas ao longo do desenvolvimento que explicam como as coisas são e chegam a ser consideradas como verdades absolutas pelo indivíduo. Assim como podem ser intermediárias, que influenciadas pelas crenças centrais, compõem atitudes, regras e pressupostos. A partir das crenças as pessoas interpretam a vida e o mundo (Beck, 2014). Dessa maneira, o modo como o profissional de saúde compreende a sexualidade das pessoas com transtornos mentais influencia nas práticas assistenciais que irá ofertar.

A compreensão da sexualidade como algo patológico, descontrolado ou hostil pode culminar em repressão ou silenciamento da dimensão sexual do indivíduo com transtornos mentais severos. Isso implica na negligência desse importante aspecto do desenvolvimento

humano (Barbosa, Souza & Freitas, 2015). A nível individual, as pessoas são privadas do direito à vivência sexual. Enquanto que nos serviços, deixam de ser realizadas práticas de promoção da saúde sexual e prevenção de agravos e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Nesse sentido, Melo et al. (2007) avaliaram 26 serviços de saúde mental de todas as regiões brasileiras, sendo 11 hospitais psiquiátricos e 15 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e verificaram que pouco serviços ofertavam programas de educação sexual. Além disso, não havia distribuição de preservativos, mesmo quando se sabia que existiam alguns usuários com IST/HIV. Outros autores, em estudos mais recentes, enfatizaram que ainda é comum a dificuldade dos profissionais que atuam nas instituições voltadas ao cuidado em saúde mental em abordar aspectos ligados à sexualidade no cotidiano de trabalho (Mann & Monteiro, 2018; Quinn & Happell, 2013; Quinn, Happell, & Welch, 2013).

Somadas a essas condições dos serviços de saúde mental, Guimarães et al. (2009) evidenciam que as IST são altamente prevalentes entre as pessoas com transtornos mentais severos. Os autores citados anteriormente realizaram um estudo com uma amostra representativa de mais de 2.000 usuários de serviços de saúde mental em todo o Brasil nos anos 2006 e 2007. Já naquela época concluíram que essa população tem relações sexuais, no entanto negligenciam, em sua grande maioria, o uso de preservativos. Ademais, pessoas com esquizofrenia, por exemplo, desenvolvem disfunção sexual com uma prevalência que varia de 45% a 80% em pessoas do sexo masculino e 30% a 80% do sexo feminino em todo o mundo (Park, Kim, & Lee, 2012).

Esse panorama apresentado acima evidencia que as questões da sexualidade para as pessoas com transtornos mentais graves constituem uma problemática a ser enfrentada no contexto assistencial e das políticas públicas de saúde. É necessário promover avanços no cuidado em saúde mental, de modo que a sexualidade também seja contemplada (Corbett, Elsom, Sands & Prematunga, 2017). Para tanto, um dos aspectos que se faz necessário é o conhecimento das crenças dos profissionais que atuam junto a esse público, acerca da sexualidade das pessoas com transtornos mentais maiores. Pois, elas são indicativas da maneira como se comportam diante de tais demandas que se apresentam no cotidiano. A partir disso, é possível empreender trabalhos estratégicos, mediante a educação permanente em saúde, que visem mudanças em níveis comportamentais.

Entretanto, existe uma lacuna na literatura, na medida em que não foram encontrados, conforme revisão de literatura mencionada acima (estudo 1), instrumentos psicométricos que visassem a investigação das crenças sobre sexualidade das pessoas com

transtornos mentais graves e persistentes. Cabe ressaltar, que as escalas psicométricas objetivam designar a relação existente entre estímulos do ambiente, que podem ser físicos ou sociais, por exemplo, com aspectos do comportamento humano (Pasquali et al. 2010). A partir disso, o presente estudo tem o objetivo de criar uma escala psicométrica para averiguar as crenças de profissionais, que atuam nas redes de saúde mental pública e privada, sobre a sexualidade das pessoas com transtornos mentais severos. Além disso, encontrar evidências de validade nesse instrumento, o qual foi denominado de Escala de crenças acerca da sexualidade das pessoas com transtornos mentais severos (ECS-TMS).

O processo de elaboração de um instrumento psicométrico pode ser categorizado em três etapas: procedimentos teóricos, empíricos e analíticos/ estatísticos. No que se refere aos procedimentos teóricos, consistem na exposição da teoria que dá embasamento ao construto, bem como na operacionalização do mesmo em itens. Quanto aos empíricos, compreendem as fases de aplicação do instrumento piloto. Na etapa analítica são verificadas evidências de qualidade psicométrica do instrumento (Pasquali et al., 2010). Além disso, visando analisar a dimensionalidade do instrumento, deve-se proceder com a análise fatorial exploratória (AFE) e a confirmatória (AFC). Esse tipo de análise possibilita determinar quantos fatores, aspectos implícitos, o instrumento está de fato mensurando (Dancey & Reidy, 2013). Neste estudo será apresentado o percurso metodológico adotado para a construção e busca por evidências de validade da ECS-TMS.

Método

O presente estudo trata-se do desenvolvimento de uma escala tipo Likert, que consiste na disposição de várias afirmações (itens) que expressam apreciações acerca de determinado construto. Aos respondentes da escala cabe classificar qual o grau de concordância ou não com cada item (Pasquali et al., 2010). As etapas de construção e busca por evidências de validade do instrumento serão descritas a seguir.

Etapa 1: Construção dos itens da escala

Local e participantes

Participaram dessa etapa de construção dos itens, 20 pessoas com diferentes idades (a partir de 18 anos), gêneros e níveis de escolaridade. O local escolhido para o desenvolvimento dessa etapa foi o Serviço de Psicologia de uma Universidade de Aracaju, pois é um local acessível à pesquisadora responsável por este estudo. Na instituição supracitada existe um grande fluxo de usuários, acompanhantes, professores e estudantes universitários.

Situação e procedimento

Para elaboração dos itens da escala inicialmente foi realizado um grupo focal. Segundo Romero (2008) consiste na promoção de uma interação em grupo que objetive a discussão de tópicos envolvidos em uma mesma temática pesquisada. O grupo ocorreu em apenas um encontro, com duração de cerca de trinta minutos.

Com o objetivo de levantar as crenças compartilhadas socialmente sobre a sexualidade das pessoas diagnosticadas com transtornos mentais, foi solicitado aos participantes supracitados que completassem a seguinte frase: “Sobre a sexualidade das pessoas com transtornos mentais penso que...”. A mesma estava escrita em papéis distribuídos individualmente aos componentes do grupo. Além disso, houve gravação de áudio para registrar os diálogos existentes durante a atividade que inspiraram a construção de alguns itens. Em momento posterior, realizou-se leitura atenta do conteúdo escrito pelos membros do grupo e os conteúdos foram transformados em frases afirmativas curtas e objetivas que compuseram os itens da primeira versão da escala (Apêndice A).

Vale salientar, que além dos dados que foram obtidos no grupo focal, a revisão de literatura e o aporte teórico consultado, bem como experiências profissionais da pesquisadora no campo da saúde mental enquanto psicóloga de CAPS e residente em Saúde Coletiva, no âmbito da gestão e assistência na Rede de Atenção Psicossocial de Aracaju (REAPS) também possibilitaram a extração de itens para a escala. Desse modo, a partir das frases construídas pelos participantes do grupo focal, da revisão de literatura e das experiências profissionais da pesquisadora no campo da saúde mental foram elaborados um total de 25 itens. Essa escala tipo Likert, possui sete pontos, variando de discordo fortemente (1) a concordo fortemente (7).

Etapa 2: Análise dos juízes e semântica

Participantes

Participaram 03 juízes, dois deles com formação e prática profissional no campo da saúde mental e outro que é expert em psicometria.

Situação e procedimento

Nessa etapa, para averiguar as evidências de validade quanto ao conteúdo do instrumento, foram consultados os juízes. Para esses profissionais, após o aceite do convite para serem avaliadores da dimensão teórica da escala, foi enviado por e-mail um roteiro para auxiliar e padronizar o procedimento de análise dos itens (Apêndice B). No roteiro foram apresentados os itens elaborados, as instruções para os respondentes da escala, bem como perguntas norteadoras para o processo de avaliação dos juízes.

Dessa maneira, os peritos consideraram se os itens eram apropriados teoricamente, se havia problemas com a redação, se existia algum fator com pouca representação ou amplamente abordado no instrumento em detrimento de outros, assim como se havia algum aspecto inerente ao construto que não aparecia na escala. Foram consideradas e acatadas todas as sugestões dos juízes.

Etapa 3: Análise exploratória

Participantes

O instrumento piloto foi aplicado em uma amostra de 59 profissionais de nível superior que atuam em serviços de saúde mental, da rede pública e privada, do município de Aracaju-SE. A amostra foi composta por 44 mulheres (74, 6%) e 15 homens (25,4%). A idade média é de 35 anos e o tempo médio de atuação no campo da saúde mental declarado foi de 7 anos. Inicialmente pretendia-se seguir o critério item-sujeito, proposto

por Paquali et al. (2010), de 05 participantes para cada item da escala. Contudo, foram encontradas dificuldades quanto à adesão dos profissionais para responder a pesquisa. O instrumento foi disponibilizado durante um mês em meio eletrônico através de formulário online disponibilizado na plataforma *google* e divulgado através de redes sociais, como *facebook* e aplicativo *whatsapp*. Além disso, pessoalmente em contato com profissionais de saúde mental do referido estado.

Situação e procedimento

Objetivando analisar a dimensionalidade do instrumento, procedeu-se com a análise fatorial. Foram analisadas nessa etapa a consistência interna do instrumento e a sua validade fatorial, para isso realizou-se inicialmente a AFE. O processo foi parcimonioso, conforme recomendam Dancey & Reidy (2013), seguindo etapas até que foi possível atender ao objetivo da análise de fatores de expressar um número significativo de variáveis em um número mínimo de fatores. O método de extração foi o de Máxima Verossimilhança e o Oblimin direto foi o método de rotação adotado.

Nesta etapa foi analisado o padrão de correlações existentes entre as variáveis e utilizados esses padrões de correlações para agrupar os itens em fatores, os quais são variáveis implícitas que se pretende mensurar a partir das variáveis observadas. No processo de análises foram consideradas as cargas fatoriais acima de 0,300 e retirados do instrumento os itens com cargas de menor valor (positivo ou negativo). Realizou-se o teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o de Bartlett para testar a consistência geral da análise. As comunalidades também foram observadas. Para averiguar a consistência interna da escala foi utilizado o alfa de *Cronbach*. O pacote estatístico do *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) na versão 25 foi utilizado para as análises.

Resultados e discussão

A primeira versão da Escala de Crenças Sobre a Sexualidade das Pessoas com Transtornos Mentais Severos (ECS-TMS) foi enviada para os juízes e todas as sugestões ofertadas por eles foram acatadas. De modo geral, foram propostas pequenas alterações nas frases que compõem os itens e foi sugerida a inclusão de um item que abordasse a transexualidade e bissexualidade, pois foram dimensões não contempladas na primeira

formulação da escala. Além disso, um dos juízes advertiu que o último item mencionava a homossexualidade, e considerando que anteriormente ela não tinha sido citada, pareceu para o referido perito uma inclusão do tema por “esquecimento” de abordá-lo ao longo dos demais itens. Diante disso, o até então item y (O adoecimento mental pode tornar uma pessoa homossexual) passou a ser o item q e ter a bissexualidade também abordada nele, a saber: O adoecimento mental pode influenciar a orientação sexual do indivíduo o tornando bissexual ou homossexual. Ademais, foi inserido na escala um novo item, o z (A transexualidade pode ser resultado do acometimento por transtorno mental severo). Dessa maneira, conforme o processo descrito acima, a análise dos juízes já inclui também uma análise semântica dos itens (Pasquali, 1999).

O instrumento piloto (Apêndice C), composto de 26 itens, definido após a análise criteriosa dos juízes foi apresentado em meio eletrônico para a amostra de profissionais de saúde mental do estado de Sergipe citada no método. Os dados obtidos a partir da aplicação compuseram um banco de dados elaborado no programa SPSS. Vale ressaltar, que antes de iniciar as análises estatísticas a pontuação de alguns itens (b, e, k, p, r, s, t, y) teve que ser invertida. Foram recodificados de modo que uma resposta assinalada como: discordo fortemente (score 1) foi transformada em concordo fortemente (score 7), discordo (score 2) em concordo um pouco (score 4). A resposta nem discordo e nem concordo (score 3) não foi modificada, enquanto que concordo um pouco (score 4) foi convertida em discordo (score 2) e as respostas assinaladas como concordo fortemente (score 5) foram recodificadas em discordo fortemente (score 1). Esse processo de inversão dos itens e reordenação na codificação das respostas permitiu que as respostas a todos os itens indicassem que quanto menor o score mais positivas eram as crenças acerca da sexualidade das pessoas com transtornos mentais permitindo uma padronização para as análises consequentes. Por exemplo, o respondente ao escolher o score 7 “concordo fortemente” para o item k antes da inversão (Pessoas diagnosticadas com transtornos mentais têm o direito de viver plenamente sua sexualidade) indica que pensa algo positivo acerca da sexualidade do público supracitado. Ao passo que se esse mesmo participante hipotético escolher o score 7 para o item c (As pessoas com transtornos mentais não sentem desejo sexual) denota uma crença negativa.

Em seguida, no SPSS foi gerada uma matriz de correlações, inicialmente sem método de rotação. Utilizando-se a verossimilhança como método de extração, considerando-se os 26 itens inicialmente propostos, emergiram 10 fatores distintos. Após

esse processo foi verificado quais itens tinham valor significativo, ou seja, carga fatorial maior que 0,300 (positiva ou negativa) e a quais fatores pertenciam. Foi possível averiguar que os fatores 1 e 2 agregavam o maior número de itens respectivamente. Sendo significativos no fator 1 os seguintes itens: a, b, d, f, g, h, i, j, k, m, n, o, p, q, r, s, t, v, w, x, y. Foi feita então uma análise fatorial exploratória somente com os itens significativos no fator 1.

O item a (As pessoas com transtornos mentais têm a sexualidade mais “aflorada”) apresenta baixa correlação com os demais. Na correlação com outros itens ora era negativo, ora era positivo. Somado a isso, pode ser considerado ambíguo pois, no que se refere à sexualidade das pessoas com transtornos mentais severos, embora exista a crença difundida no imaginário social de que a sexualidade desses indivíduos é algo mais “aflorado” ou exacerbado, a intensidade das manifestações e desejos sexuais poderão ser influenciadas por condições psicopatológicas, como em quadros depressivos que podem provocar diminuição da libido (Dalgalarondo, 2018). Então o item a é dúbio, pois concordar ou discordar dele pode ter mais relação com o fato de a depender do momento em que o sujeito esteja (fase maníaca ou depressiva, por exemplo) ou dos psicofármacos que faça uso sua sexualidade pode estar mais “aflorada” ou não, do que o respondente assumir uma crença mais positiva ou negativa sobre a sexualidade dessa população.

Dessa maneira, inicialmente o item a foi retirado e o i (Os desejos sexuais dos indivíduos com transtornos mentais severos são demasiados) se comportou da mesma maneira que o primeiro e também foi excluído. As correlações do item p (As práticas sexuais dos indivíduos com transtornos mentais severos são diferentes do que as pessoas pensam) com os demais também variaram muito entre positivas e negativas, demonstrando mais uma afirmativa confusa e por isso, foi retirado. Em seguida, foi feita novamente a análise fatorial, a partir da verossimilhança sem os itens a, i e p. Após esse processo, os itens f, g, n e q que variavam muito em correlações positivas e negativas. Em seguida, encontrou-se uma maior organização entre os itens.

Foi adotado, então, o método de rotação Oblimin com Normalização de Kaiser. Verificou-se que a escala estava organizada em dois fatores e foram feitos os testes de adequação da amostra. O resultado do teste de KMO foi de 0,653, mostrando boa adequação, já que Kaiser (1974) apud Field (2009) aponta que só poderão ser aceitos valores acima de 0,5. O teste de esfericidade de Bartlett apresentou valor significativo, sendo $p < 0,001$, o que evidencia que as correlações entre os itens são suficientes para a

efetivação da análise. Em sequência, as comunalidades foram observadas, e consideradas apropriadas aquelas em que os valores foram maiores que 0,5. A variância explicada foi de 36%.

A ECS-TMS está organizada em dois fatores (Ver Tabela 2). O primeiro fator versa sobre as crenças acerca do julgamento social da sexualidade das pessoas com transtornos mentais graves. Ele compreende os itens s, b, r, k, y e t. O segundo fator alude as crenças sobre como as pessoas com transtornos mentais vivenciam a sexualidade. Esse fator abarca os itens v, m, d, w, x, j, o e h. Os dois fatores da ECS-TMS retratam a complexidade que envolve a compreensão da sexualidade das pessoas com transtornos mentais severos.

Tabela 2. Cargas fatoriais dos itens (versão final da ECS-TMS)

Item	Fator 1	Fator 2
A sexualidade de quem tem transtornos mentais é um assunto pouco explorado.	0,852	
A sociedade reprime a vivência da sexualidade.	0,737	
As pessoas não sabem lidar com as manifestações da sexualidade de alguém que tem transtorno mental.	0,593	
Pessoas diagnosticadas com transtornos mentais têm o direito de viver plenamente sua sexualidade.	0,564	
É possível ter transtorno mental e engravidar de maneira saudável.	0,540	
Existe uma imagem negativa sobre a sexualidade desses sujeitos.	0,537	
As pessoas com transtornos mentais se masturbam mais do que o restante da população.		0,742
Existem comportamentos sexuais agressivos nos relacionamentos com pessoas que possuem transtornos mentais.		0,622
O uso de medicamento para diminuir a libido deve fazer parte do tratamento em saúde mental.		0,564
As pessoas com transtornos mentais não seguem as normas e padrões da sociedade quanto à privacidade.		0,564
É pouco provável que alguém que tenha transtorno mental se case.		0,490
Para a pessoa com transtorno mental a vivência da sexualidade é algo muito difícil.		0,456
As pessoas com transtornos mentais não entendem o que é sexualidade.		0,446
Os transtornos mentais fazem com que a pessoa tenha dificuldade de expressar os seus sentimentos.		0,361

As pesquisas sobre o tema de modo geral enfatizam como questões imbricadas ao sofrimento psíquico duas perspectivas, uma referente à maneira como a sociedade lida com a sexualidade dos indivíduos acometidos, possíveis resquícios de como foram tratados ao longo da história, e a outra sobre como cada pessoa vivencia sua sexualidade considerando as influências da própria condição psicopatológica. Além disso, as repercussões dessas dimensões para a saúde desse grupo populacional (Jarger & McCann, 2017; Kopeykina et al., 2016; Detomini, Raser, & Peres, 2016; Pandor et al., 2015). Dessa maneira, acredita-se que um instrumento que vise a mensuração de crenças acerca desse construto deve compreender essas duas facetas.

Seguidamente, dando continuidade ao processo de busca por evidências de validade, ao passo que foi garantida a legitimidade do construto, procedeu-se com o teste de fidedignidade através do alfa de Cronbach, que avalia a consistência interna, para os dois fatores (separadamente) extraídos da AFE. No fator 1 o valor do alfa foi igual a 0,807 e no fator 2 o alfa foi de 0,761, o que indica bons níveis de consistência interna do instrumento em ambos fatores.

Os participantes que responderam ao instrumento piloto alcançaram a média de 13,4 pontos (DP= 6,97) no fator 1 da ECS-TMS e 26,9 (DP=8,04) no fator 2 do instrumento. Esses achados representam que essa amostra apresentou mais crenças negativas acerca de como as pessoas com transtornos mentais severos vivenciam a sexualidade, do que sobre como a sociedade julga a sexualidade dessa população. Isso denota um possível desconhecimento de alguns profissionais sobre como a sociedade concebe com a sexualidade das pessoas com transtornos graves, bem como a reprodução de algumas crenças negativas difundidas no cotidiano. Cabe explicitar que esses dados podem repercutir na atuação profissional, tornando difícil ou inadequado o manejo de questões sexuais que irão emergir nos serviços de saúde mental.

Considerações finais

O presente trabalho apresentou o processo de desenvolvimento de uma escala psicométrica, bem como da busca por evidências de validade do instrumento. Foram realizados os procedimentos teóricos para construção dos itens, os experimentais, incluindo a análise de juízes e aplicação do instrumento piloto, que tinha inicialmente 26 itens. E por

fim, os procedimentos analíticos que compreenderam a AFE. Após todo o processo, a versão final da ECS-TMS ficou com 14 itens, com carga fatorial acima de 0,300, e é bifatorial. O fator 1 compreende 6 itens e o 2 o total de 8 itens. Ademais, os resultados alcançados demonstraram índices adequados de consistência interna e evidenciaram as propriedades psicométricas da escala.

Vale ressaltar, que a opção pela realização da análise exploratória se deu pela não existência de outras análises empíricas sobre o mesmo construto. No que se refere às limitações encontradas para a realização desta pesquisa, apesar de toda a destreza no processo de busca por evidências de validade da ECS-TMS, pode-se citar o tamanho da amostra na etapa de aplicação do estudo piloto. A amostra composta de 59 profissionais de saúde mental inviabilizou a realização de Análise Fatorial Confirmatória, a qual pressupõe a divisão dos participantes em dois grupos para que seja realizada e que, portanto, reduziria ainda mais um grupo já pequeno. Isso suscita a necessidade de pesquisas em que a referida escala seja aplicada em populações maiores, principalmente em estudos para validação do instrumento.

No entanto, diante da escassez de instrumentos que abordem crenças acerca da sexualidade das pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, o presente estudo além de colaborar com a produção de conhecimento acerca da sexualidade desses indivíduos, contribuiu didaticamente quanto à apresentação do processo de elaboração de instrumentos psicológicos. Além disso, disponibiliza uma escala com propriedades psicométricas como recurso metodológico para que outros pesquisadores possam avaliar as crenças sobre a sexualidade dos indivíduos que possuem transtornos mentais severos.

Referências

- Barbosa, J. A. G., Souza, M. C. M. R., & Freitas, M. I. F. (2015). A abordagem da sexualidade como aspecto essencial da atenção integral de pessoas com transtornos mentais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20 (7), 2165-2172. doi: 10.1590/1413-81232015207.01792014
- Beck, J. S. (2014). *Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática* [recurso eletrônico]. Tradução: Sandra Mallmann da Rosa; revisão técnica: Paulo Knapp, Elisabeth Meyer. – 2. ed. – Porto Alegre: Artmed.
- Brito, F. P., & Oliveira, C. C. (2009). A sexualidade negada ao doente mental: percepções da sexualidade do portador de doença mental por profissionais de saúde. *Ciências e Cognição*,

14 (1), 246-254. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1806-58212009000100016&lng=pt&nrm=iso

- Corbett, R., Elsom, S., Sands, N., & Prematunga, R. (2017). An exploratory investigation of sexual health screening in the first 12 weeks of case management in populations with severe mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(2), 160-169. doi: 10.1111/inm.12257
- Dalgalarrondo, P. (2018). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Dancey, C. P., Reidy, J. (2013). *Estatística sem matemática para psicologia*. Tradução: Lorí Viali. 5ª ed. Porto alegre: Penso.
- Detomini, V. C., Rasera, E. F., & Peres, R. S. (2016). Sexualidade e saúde mental: vivências, serviços e estigmas. *Revista da SPAGESP – Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*, 17(2), 81-95. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702016000200007
- Field, A. (2009). *Descobrendo a estatística usando o SPSS*. Tradução: Lorí Viali. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed.
- Foucault, M. (2009). *História da loucura: na Idade clássica*. (Trad. José T. C. Neto). São Paulo: Perspectiva.
- Goffman, E. (2007). *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva.
- Guimarães, M.D.C., Campos, L. N., Melo, A. P. S., Carmo, R. A., Machado, C. J., & Acurcio, F. A. (2009). Prevalence of HIV, syphilis, hepatitis B and C among adults with mental illness: a multicenter study in Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo, 31(1), 43-47. doi: 10.1590/S1516-44462009000100011
- Mann, C. G., Monteiro, S. (2018). Sexualidade e prevenção das IST/aids no cuidado em saúde mental: o olhar e a prática de profissionais no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(7), e00081217. doi: 10.1590/0102-311X00081217
- Melo, A. P. S. et al. (2007). Avaliação de serviços de saúde mental: assistência e prevenção às doenças sexualmente transmissíveis no contexto do projeto PESSOAS. *Rev. Med. Minas Gerais*, 17 (1/2 Suppl. 4), 240-248.
- Park, Y. W., Kim, Y., Lee, J. H. (2012). Antipsychotic-Induced Sexual Dysfunction and Its Management. *World J Mens Health*, 30(3): 153-159. doi: 10.5534/wjmh.2012.30.3.153
- Pasquali, L. (1999). *Instrumentos psicológicos: Manual prático de elaboração*. Brasília: LabPAM & IBAPP.
- Pasquali, L. et al. (2010). *Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas*. Porto Alegre: Artmed.

- Romero, S.M. (2008). *A utilização da metodologia dos grupos focais na pesquisa em psicologia*. In: Scarparo, H. (Org.). *Psicologia e pesquisa*. 2 ed. Porto Alegre: Sulina.
- Quinn, C., & Happell, B. (2013). Talking About Sexuality With Consumers of Mental Health Services. *Perspectives in Psychiatric Care*, 49(1), 13-20. doi: 10.1111/j.1744-6163.2012.00334.x
- Quinn, C., Happell, B., & Welch, A. (2013). Talking about sex as part of our role: Making and sustaining practice change. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(3), 231-240. doi: 10.1111/j.1447-0349.2012.00865.x
- Ziliotto, G. C., & Marcolan, J. F. (2013). Percepção de trabalhadores de enfermagem sobre sexualidade de portadores de transtornos mentais. *Acta Paul Enfermagem*, 26(1), 86-92. doi: 10.1590/S0103-21002013000100014

Estudo 3:

Crenças de profissionais de saúde mental sobre a sexualidade das pessoas com transtornos mentais severos

Resumo

Ser acometido por transtorno mental severo é uma condição que em algum nível vai influenciar na dimensão sexual do indivíduo. Contudo, mesmo com os grandes avanços alcançados na saúde mental nos últimos anos, a questão da sexualidade ainda é de modo geral negligenciada. Por isso, é necessário conhecer como os trabalhadores de saúde mental concebem as questões sexuais das pessoas com transtornos mentais para um melhor enfrentamento da problemática. Nessa perspectiva, a presente pesquisa teve o objetivo geral de investigar as crenças de profissionais, com nível superior que atuam nos serviços de saúde mental do estado de Sergipe, acerca da sexualidade das pessoas com transtornos mentais graves. Trata-se de um estudo quantitativo, tipo *survey*, realizado a partir da aplicação de questionários e escalas psicométricas em plataforma *online*. Participaram 59 profissionais de nível superior. Os dados foram analisados a partir do programa estatístico SPSS. Foram realizadas estatísticas descritivas, teste t e correlação de Pearson. Os principais resultados demonstraram que a sexualidade quando relacionada aos indivíduos que têm alguma psicopatologia grave apresenta problemáticas inerentes à essa condição. Não foram observadas correlações significativas entre o conservadorismo, bem como entre o preconceito contra a diversidade sexual e de gênero com o escore da Escala de crenças sobre a sexualidade das pessoas com transtornos mentais severos (ECS-TMS). Entretanto, o grupo de profissionais que atua há mais tempo na saúde mental apresentou crenças mais negativas sobre a sexualidade dos indivíduos acometidos por transtornos mentais. Acredita-se que esses trabalhadores tragam resquícios do modelo hospitalocêntrico que vivenciaram antes da reforma psiquiátrica. Esse panorama indica a necessidade de investimento constante em educação permanente no contexto assistencial, contemplando os desafios relacionados à sexualidade e a garantia do cuidado integral em saúde.

Palavras-chave: Sexualidade; Saúde mental; Transtornos mentais.

Introdução

Vivenciar e expressar a sexualidade é um direito, assim como a saúde sexual deve ser assegurada a todos (WHO, 2006). No entanto, sabe-se que a sexualidade humana é um fenômeno amplo e, portanto, variáveis psicológicas, biológicas, culturais e sociais podem afetar a sua expressão (Foucault, 2015). Ser acometido por transtorno mental severo, por

exemplo, é uma condição que em algum nível vai influenciar na dimensão sexual do indivíduo (Jager, Greevenbroek, Nugter, & Os, 2018; Ostman, 2014). Cabendo assim, aos atores no processo de cuidado em saúde atentarem a essa dimensão.

Pesquisas apontam que usuários de serviços de saúde mental relatam baixos índices de satisfação sexual, retraimento social e dificuldades na constituição de relacionamentos íntimos. Conseqüentemente existem oportunidades reduzidas para se ter relações sexuais, sobretudo em contextos seguros, em decorrência do preconceito e estigma (Jager, Greevenbroek, Nugter, & Os, 2018; Ostman, 2014; Segalovich, Doron, Behrbalk, Kurs, & Romem, 2013). Somado a isso, essa população é mais vulnerável a situações de violência sexual, pois com frequência podem apresentar a capacidade de julgamento e de autocuidado prejudicados devido a sintomas psicopatológicos (Ozcan, Boyacıoğlu, Enginkaya, Dinç & Bilgin, 2014; Barbosa, Souza, & Freitas, 2015a; Barbosa, Souza, & Freitas, 2015b). As taxas de prevalência de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) também são maiores para esse público e há pouca ou inexistente promoção de ações que visem a prevenção de IST nas instituições de cuidado para saúde mental (Mann & Monteiro, 2018; Guimarães et al., 2009). Ademais, os psicofármacos de modo geral apresentam efeitos colaterais que afetam as experiências sexuais. A não satisfação com tais implicações do uso medicamentoso constitui, inclusive, um dos principais motivos que provocam a não adesão ao tratamento psiquiátrico (Das & Agrawal, 2017; Just, 2015).

Os aspectos da vivência sexual comuns a muitas pessoas com transtornos mentais graves apresentados acima denotam uma série de demandas a serem cuidadas por profissionais de saúde mental. Quinn & Happell (2013) evidenciam que há disponibilidade e desejo dos usuários dos serviços de saúde mental de terem espaços para abordar junto às equipes as suas questões sexuais. No entanto, para as referidas pesquisadoras, há evitação de muitos profissionais em falar sobre o tema, assim como na perspectiva dos usuários, como consequência disso, pode existir medo de não serem compreendidos, assim como sentimentos de vergonha.

Estudos brasileiros apontam que mesmo com os grandes avanços alcançados a partir da reforma psiquiátrica no Brasil, a questão da sexualidade ainda é de modo geral negligenciada (Detomini, Rasesa, & Peres, 2016). De acordo com os autores supracitados, os profissionais de saúde mental ainda não estão preparados para o manejo das questões sexuais que emergem no cotidiano dos serviços de saúde mental. Assim como, esses

pesquisadores encontraram registros nas referidas pesquisas que demonstraram preconceitos e descuido quanto à sexualidade dos usuários.

Sabe-se que as atitudes e práticas adotadas pelos profissionais perpassam suas crenças. A comum fragilidade técnica e teórica observada desde o processo de formação, no que concerne à sexualidade, faz com que juízos de valor sejam preponderantes e afetem negativamente a assistência (Mann & Monteiro, 2018). Por isso, é necessário conhecer como os trabalhadores de saúde mental concebem as questões sexuais das pessoas com transtornos mentais para um melhor enfrentamento da problemática. Ademais, autores demonstraram que são eficazes as intervenções junto a profissionais que atuam em contextos psiquiátricos. Na medida em que os instrumentalizam a trabalharem aspectos da sexualidade dos usuários, o que repercute positivamente na saúde deles (Pandor et al., 2015; Quinn & Happell, 2013; Quinn, Happell, & Welch, 2013).

Diante do exposto, pode-se notar que as questões relativas à sexualidade no contexto da saúde mental são mobilizadoras, difíceis de manejar e quando abordadas, se não houver uma preparação teórica e técnica dos profissionais, estão sujeitas a uma perspectiva repressiva no contexto assistencial. Compreende-se que as crenças são norteadoras dos comportamentos e atitudes dos indivíduos, e, portanto, podem gerar preconceitos e discriminação (Maciel, Pereira, Lima, & Souza, 2015). Da mesma maneira que o conhecimento delas pode facilitar discussões e trabalhos de educação permanente em saúde, bem como a elaboração de intervenções que visem avanços na assistência quanto à sexualidade dos usuários dos serviços.

Nessa perspectiva, a presente pesquisa teve o objetivo geral de investigar as crenças de profissionais, com nível superior que atuam nos serviços de saúde mental do estado de Sergipe, acerca da sexualidade das pessoas com transtornos mentais severos. Assim como, os específicos de: averiguar se as crenças dos profissionais supracitados acerca da sexualidade das pessoas com transtornos mentais graves são mais positivas ou negativas; verificar a influência do pensamento conservador quanto às questões da sexualidade no preconceito contra a diversidade sexual, bem como nas crenças sobre a sexualidade das pessoas com transtornos mentais graves; e comparar os perfis de formação dos profissionais, quanto ao tempo e área de atuação, com as crenças sobre a sexualidade dessa população. Trata-se de um estudo quantitativo, tipo *survey*, realizado a partir da aplicação de questionários e escalas psicométricas em plataforma *online*.

Método

Participantes e cenário da pesquisa

Foram convidados a participarem voluntariamente deste estudo, profissionais de nível superior que trabalham nos serviços de saúde mental do estado de Sergipe. A escolha pelos trabalhadores que ocupam cargos de nível superior se deu pelo perfil de atuação desse grupo nas instituições, sobretudo no que concerne ao papel preponderante na construção dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). Compuseram a amostra 59 profissionais que atuam há pelo menos um ano no campo da saúde mental na rede pública e/ou privada. Participaram 44 mulheres (74, 6%) e 15 homens (25,4%). A idade média é de 35 anos e o tempo médio de atuação no campo da saúde mental declarado foi de 7 anos. A descrição mais detalhada dos participantes será apresentada no tópico de resultados.

Compreendem a rede assistencial, do Sistema Único de Saúde (SUS) ou convênio de co-gestão entre SUS e iniciativa privada, do estado supracitado os seguintes serviços: 42 Centros de Atenção Psicossocial, 16 Serviços Residenciais Terapêuticos, 3 Unidades de acolhimento, 2 hospitais de urgência psiquiátrica (um deles denominado “Clínica de repouso”), 1 Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e leitos psiquiátricos em hospitais gerais da capital e municípios do interior (Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde [CNES], 2018). Além de serviços ambulatoriais da rede privada de assistência.

Estratégias e instrumentos

Foi utilizado um formulário estruturado *online*, especialmente desenvolvido para este estudo. O mesmo foi composto inicialmente do Termo de Consentimento Esclarecido (TCLE), seguido de um questionário sociodemográfico, que visou a coleta de informações que caracterizaram os participantes de acordo com os objetivos da pesquisa (sexo, idade, profissão, tempo de atuação no campo da saúde mental, dentre outras perguntas). Em seguida, foi solicitado aos respondentes que registrassem as três primeiras palavras que surgiram à mente deles ao pensarem sobre o termo “sexualidade”. Na página seguinte, foi questionado quais as três primeiras palavras foram evocadas ao pensar sobre sexualidade das pessoas com transtornos mentais.

Posteriormente, foram apresentadas afirmativas adaptadas da “Escala de Crenças e Crenças Sobre Sexualidade Humana” de Jablonski (1998) e da “Escala de atitude diante da sexualidade” de Paquali, Souza e Tanizaki (1985) (Apêndice D). Vale ressaltar, que esses instrumentos não foram utilizados na íntegra no presente trabalho, pois a linguagem, algumas nomenclaturas e tabus sexuais presentes neles já não condizem mais com a realidade atual. O total de 17 frases escolhidas para esta versão adaptada aborda questões ligadas à sexualidade de modo geral, como homossexualidade, aborto, masturbação e prostituição, por exemplo, por serem considerados assuntos polêmicos e dividirem opiniões entre as pessoas mais ou menos conservadoras. Esses itens foram apresentados para dois juízes peritos em avaliação psicológica e em sexualidade humana para a análise semântica. Além disso, optou-se por adotar a variação de escores de 1 a 7 (discorda totalmente” a “concorda totalmente). As afirmativas 3, 11, 14 e 17 foram consideradas “neutras” pelos juízes, pois não indicavam posicionamentos conservadores ou liberais, então, foram retirados antes da realização das análises. Ademais, os itens 1, 4, 6, 13 e 15 tiveram a pontuação invertida, de modo que os maiores escores indicassem posicionamentos mais conservadores.

É pertinente salientar que a inclusão desses itens no formulário *online* se deu com o intuito de averiguar possíveis posicionamentos mais conservadores ou menos. Afinal, a literatura explícita que a concordância com expressões de gênero mais “tradicionais” (padrão binário de acordo com o sexo masculino ou feminino), bem como a oposição ao direito de abortar e a defesa das famílias “tradicionais” com valores heteronormativos e religiosos refletem conservadorismo no Brasil (Machado & Oliveira, 2018; Arisi, Ávila, & Sala, 2016). Sugere-se que pesquisas posteriores façam novos estudos de validação das escalas supracitadas na íntegra.

Seguidamente, utilizou-se a Escala de preconceito contra a diversidade sexual e de gênero (Costa, Bandeira & Nardi, 2015). Trata-se de um instrumento, tipo Likert variando de “discorda totalmente” a “concorda totalmente”, que visa avaliar os níveis de preconceito contra a diversidade sexual e de gênero. O item 15 dessa escala foi invertido para que todos pudessem indicar maior nível de preconceito proporcionalmente ao maior escore marcado pelo respondente. Por fim, foi solicitado aos participantes respostas aos itens da Escala de crenças sobre a sexualidade das pessoas com transtornos mentais severos (ECS-TMS), desenvolvida em no estudo 2 pelos autores da presente pesquisa (Apêndice C). Essa escala é do tipo Likert, mas com 7 pontos, que varia de discordo fortemente (1) a concordo

fortemente (7). Vale ressaltar, que antes de iniciar as análises estatísticas a pontuação de alguns itens (b, e, k, p, r, s, t, y) teve que ser invertida de modo que as respostas a todos os itens indicassem que quanto menor o escore mais positivas eram as crenças acerca da sexualidade das pessoas com transtornos mentais.

Procedimentos para produção dos dados

O formulário *online* disponibilizado na plataforma *google* teve o *link* divulgado através de redes sociais, como *facebook* e aplicativo *whatsapp*. Foi possível assim o compartilhamento do texto convite em grupos profissionais de saúde de Sergipe. Além disso, pessoalmente em contato com profissionais de saúde mental do referido estado. O formulário ficou disponível durante o período de 30 dias que foi definido anteriormente de acordo com o calendário previsto para realização da pesquisa.

Análise de dados

Os dados produzidos a partir do questionário *online* foram tabulados e para a realização das análises foi utilizado o *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) na versão 25. Esse programa estatístico possibilitou o cálculo de média, moda, mediana, desvio padrão (DP), variância e frequências, assim como a correlação entre variáveis.

Foram realizadas análises estatísticas descritivas (levantamento das frequências de respostas, médias e desvios padrões) e inferenciais, na medida em que foram comparados de forma bivariada os grupos por perfis, quanto à formação (tempo e área de atuação) e outros dados sociodemográficos com as crenças acerca da sexualidade das pessoas acometidas por transtornos mentais. Além disso, foi feita comparação dos grupos quanto ao conservadorismo nas respostas das questões sobre sexualidade e do preconceito contra a diversidade sexual e de gênero com as crenças, mais positivas ou negativas, sobre a sexualidade das pessoas com transtornos mentais, apontadas na escala. Para isso, foram realizados teste t e correlações de Pearson. Os resultados dessas análises serão apresentados a seguir.

Resultados e discussão

Dentre os 59 profissionais que participaram, 44 são do sexo feminino (74,6%) e 15 do sexo masculino (25,4%). A idade média é de 35,7 anos DP= 8,846 (Mínimo = 23 e Máximo = 71). Quanto ao estado civil, 32 se declararam solteiros (54,2 %), 20 casados (33,9 %) e 7 em união estável (11,9%). No que concerne à religião 17 pessoas afirmaram não possuir (28,8%), 2 protestantes/evangélicos (3,4 %), 20 católicos (33,9 %) e 20 participantes (33,9 %) relataram outras crenças religiosas. Em relação ao nível de formação, 6 possuíam nível superior completo (10,2%), 10 respondentes informaram pós-graduação em andamento (16,9 %), 28 deles tinham pós-graduação lato sensu completa (47,5%), 2 afirmaram que estavam com mestrado em andamento (3,4 %) e 13 declararam mestrado completo (22%).

No que se refere ao curso de formação dos profissionais, 33 são graduados em psicologia, sendo que um deles mencionou que também cursou pedagogia. Além disso, 10 participantes cursaram enfermagem, 5 fizeram o curso de serviço social, 4 de medicina, 3 de terapia ocupacional, 2 de farmácia, 1 de educação física e 1 de fisioterapia. Observou-se que 27 respondentes, 45,8% da amostra, trabalham em CAPS (tipos mencionados CAPS III adulto, CAPS III e I ad, CAPS I adulto, CAPS I infantil). Sendo que 1 desses participantes também atua em um Serviço Residencial Terapêutico (SRT). Um total de 7 pessoas (11,9%) mencionou que trabalhava em Urgência hospitalar e Serviço Hospitalar de Referência (SHR) em Saúde Mental. Enquanto que 2 profissionais (3,4%) referiram atuar somente em SRT. Um dos participantes atua em um Hospital de Custódia e Tratamento (HCTP), 1 em Unidade de Acolhimento Adulto (UAA), 1 em um Centro de reabilitação, 1 na coordenação estadual de atenção psicossocial. Outras 2 pessoas mencionaram que trabalham em ambulatório de saúde mental. Compreendendo a rede privada, 15 profissionais, 25,4 %, relataram que atuam somente em consultório particular e 2 deles em Serviço-escola de Psicologia. Sendo que 41 participantes atuam na cidade de Aracaju, compreendendo 69,5% da amostra, e 18 (30,5 %) no interior do estado. Ademais, 20 profissionais (33,9%) relataram que trabalham na saúde mental há menos de 36 meses, enquanto que 39 (66,1 %) afirmaram que atuam há mais de 37 meses nesse campo. Esses dados podem ser melhor visualizados no Quadro 2 exibido abaixo.

Quadro 2. Dados Sociodemográficos

Variáveis	Dados sociodemográficos	N	%
Sexo	Feminino	44	74,6%
	Masculino	15	25,4%
Estado 69ivil	Solteiro (a)	32	54,2 %
	Casado (a)	20	33,9 %
	União estável	7	11,9%
Religião	Não possui	17	28,8%
	Protestantes/ evangélicos	2	3,4%
	Católicos	20	33,9%
	Outras religiões e crenças religiosas	20	33,9%
Nível de formação	Superior completo	6	10,2%
	Pós-graduação em andamento (<i>lato sensu</i>)	10	16,9%
	Pós-graduação completa (<i>lato sensu</i>)	28	47,5%
	Mestrado em andamento	2	3,4%
	Mestrado completo	13	22%
Curso de formação	Psicologia	33	55,9%
	Enfermagem	10	16,9%
	Serviço social	5	8,5%
	Medicina	4	6,8%
	Terapia ocupacional	3	5,1%
	Farmácia	2	3,4%
	Educação física	1	1,7%
	Fisioterapia	1	1,7%
Serviço em que atua	CAPS (III adulto, III e I ad, I adulto e I infantil)	27	45,8%
	Urgência hospitalar e Serviço Hospitalar de Referência (SHR)	7	11,9%
	Serviço Residencial Terapêutico (SRT)	2	3,4%
	Hospital de Custódia e Tratamento (HCTP)	1	1,7%
	Unidade de Acolhimento Adulto (UAA)	1	1,7%
	Centro de reabilitação	1	1,7%
	Coordenação estadual de atenção psicossocial	1	1,7%
	Ambulatório de saúde mental	2	3,4%
	Somente em consultório particular	15	25,4%
	Serviço-escola de psicologia	2	3,4%
	Local que atua	Capital do estado (Aracaju)	41
Interior do estado		18	30,5%
Tempo de atuação na Saúde Mental	Menos que 36 meses	20	33,9%
	Mais que 37 meses	39	66,1%

No que tange ao contato com assuntos referentes à sexualidade durante o processo de formação, 46 participantes (78 %) afirmaram que estudaram sobre sexualidade, enquanto que 13 (22 %) informaram que não tiveram contato com a temática supracitada. Quanto a conteúdos referentes à sexualidade das pessoas com transtornos mentais, 18 (30, 5 %) apontaram que estudaram esse tema, ao passo que 41 (69, 5%) revelaram que durante sua formação profissional não viram esse conteúdo. Foi possível observar que a maioria das pessoas relatou que teve acesso a conhecimento referente à sexualidade, sobretudo oriundo de disciplinas de psicologia. Já em relação às questões específicas da sexualidade das pessoas com transtornos mentais, a grande maioria não teve contato com esse assunto. Dentre os que mencionaram que tiveram aproximação com a referida temática, houve

relatos de busca autônoma por informações. Além disso, foram preponderantes menções de obtenção de conhecimento a partir das experiências práticas de atuação e em disciplinas de psicopatologia.

Esses achados corroboram o que a literatura aponta sobre as lacunas existentes na formação dos profissionais de saúde mental. Pois, estudos indicam a ausência de componentes curriculares que visem a discussão da vivência da sexualidade, bem como da saúde sexual das pessoas com transtornos mentais (Mann & Monteiro, 2018; Detomini, Raserá, & Peres, 2016; Souza, 2014; Quinn & Happell, 2013; Quinn, Happell, & Welch, 2013). Somado a isso, a aquisição de conhecimento sobre a sexualidade dos indivíduos acometidos por transtornos mentais apenas em disciplinas de psicopatologia, pode levar à crença de que as manifestações sexuais dessa população são resultantes de alterações psicopatológicas. O que dificulta a preparação dos profissionais para uma atuação que vise o cuidado integral, incluindo a sexualidade (Mann & Monteiro, 2018).

No que se refere à solicitação feita aos participantes, de que registrassem as 3 primeiras palavras evocadas ao pensarem sobre sexualidade, assim como, na página seguinte do formulário, as 3 que vieram à mente ao pensarem sobre sexualidade das pessoas com transtornos mentais graves, os respondentes lembraram mais vezes, na primeira pergunta, da palavra “prazer”, enquanto na segunda recordaram-se mais vezes do termo “libido”. O Quadro 3, apresentado abaixo, mostra todas as palavras que foram evocadas por pelo menos 3 vezes. Na coluna à esquerda do Quadro supracitado estão os termos referentes à sexualidade, enquanto que do lado direito a especificidade das pessoas acometidas por psicopatologias.

Pode-se perceber na primeira coluna que não aparecem expressões negativas ou relacionadas a condições de vulnerabilidade, diferentemente da segunda coluna. Além disso, estão incluídos termos positivos como “amor”, “respeito”, “liberdade” e “saúde”. Já na coluna à direita emergiram alguns termos ligados à obtenção de prazer e afeto. No entanto, a maioria das palavras que surgiram não apareceram no lado esquerdo e remetiam a aspectos negativos. A saber: “preconceito”, “abuso”, “descontrole”, “dificuldades”, “repressão” e “violência”. Essas locuções fazem alusão a contextos discriminatórios, vulneráveis e patológicos. É importante evidenciar que o uso da estratégia das palavras de evocação é válido para acessar rapidamente características associadas no meio social ao conteúdo pesquisado. Por isso, o fato de os participantes lembrarem dos vocábulos mencionados aqui não significa que eles concordam com as palavras, e sim que elas

refletem representações existentes ligadas aos temas apresentados (ver Quadro 3). Neste caso, pode-se perceber que a sexualidade quando relacionada aos indivíduos que apresentam alguma psicopatologia grave apresenta problemáticas inerentes à essa condição.

Quadro 3. Palavras evocadas por pelo menos três vezes

Sexualidade	Frequência	Sexualidade das pessoas com transtornos mentais	Frequência
Prazer	16	Libido	9
Sexo	13	Prazer	8
Gênero	9	Preconceito	5
Desejo	8	Tabu	4
Libido	6	Sexo	4
Tabu	6	Desejo	4
Afetividade/ afetos	5	Abuso	3
Amor	5	Afetividade/ afeto	3
Identidade	4	Corpo	3
Liberdade	4	Descontrole	3
Vida	4	Dificuldades	3
Natural/ naturalidade	3	Repressão	3
Respeito	3	Necessidade	3
Saúde	3	Violência	3

Quanto aos resultados das pontuações nas escalas, os participantes alcançaram a média de 13, 4 pontos (DP= 6,97) no fator 1 da ECS-TMS e 26, 9 (DP=8,04) no fator 2 do instrumento (Ver Apêndice E). Cabe ressaltar que o primeiro fator mensura as crenças acerca do julgamento social da sexualidade das pessoas com transtornos mentais graves, enquanto o segundo fator faz alusão às crenças sobre como as pessoas com transtornos mentais vivenciam a sexualidade. Desse modo, as médias de respostas dos participantes representam que essa amostra tem mais crenças negativas acerca de como as pessoas com transtornos mentais severos vivenciam a sexualidade, do que sobre como a sociedade julga a sexualidade dessa população. Supõem-se que isso se deva ao fato de que os profissionais também podem reproduzir algumas crenças negativas difundidas na sociedade em geral.

Na escala de preconceito contra a diversidade sexual, pontuaram 22,5 de média (DP= 8,57) e a média das respostas aos itens sobre questões da sexualidade foi de 23,1 (DP= 6,92). A Tabela 3 expõe os dados supracitados a seguir.

Tabela 3. Estatísticas descritivas das escalas

Escala	Média	DP	Mínimo	Máximo
Fator 1 ECS-TMS	13,4	6,97	6	42
Fator 2 ECS-TMS	26,9	8,04	8	43
Preconceito (diversidade sexual)	22,5	8,57	16	52
Sexualidade	23,1	6,92	13	43

Os perfis dos grupos categorizados para as referidas análises visavam confirmar ou não as hipóteses levantadas neste estudo. Foram comparadas as médias das respostas às escalas psicométricas aplicadas na presente pesquisa entre o grupo de profissionais que fizeram pós-graduação, *lato e stricto sensu*, e dos que não cursaram. Assim como, os participantes foram divididos em um grupo que estudou sexualidade durante a formação e outro que declarou não ter acesso a esse tema no seu ciclo formativo. Ademais, foram agrupados aqueles que tiveram contato com conteúdos referentes à sexualidade das pessoas com transtornos mentais e os que não tiveram. E por fim, o grupo considerado conservador e o liberal em relação à sexualidade humana. O processo de divisão desses últimos grupos implicou em uma verificação prévia de que a mediana da soma das repostas aos itens sobre sexualidade era 22, nesse caso, 29 participantes pontuaram menos que a mediana e foram considerados mais liberais, enquanto 30 pessoas apresentaram médias maiores que a mediana e foram consideradas mais conservadoras.

Os testes t (ver Tabela 4) não evidenciaram diferenças significativas na comparação entre os grupos e variáveis supracitados. Nesse sentido, para os participantes deste estudo, fatores ligados à formação, bem como ao conservadorismo e preconceito não influenciaram as crenças existentes acerca da sexualidade das pessoas com transtornos mentais graves. Contudo, vale lembrar que apesar de essas variáveis não terem influenciado significativamente as crenças desses profissionais, outros estudos demonstram repercussões positivas no campo assistencial a partir da implementação de espaços de formação que abordam a sexualidade dessa população, assim como há a diminuição da emissão de julgamentos e juízos de valor na prática profissional (Quinn & Happell, 2013; Quinn, Happell, & Welch, 2013).

Sabe-se que a cidade de Aracaju, onde maior parte dos participantes desta pesquisa atua, conta com um modelo de gestão colegiada que adota práticas de educação permanente com o objetivo de suprir possíveis fragilidades do processo de formação (Brasil, 2015). Entende-se por educação permanente o processo educativo multiprofissional contínuo em que parte-se da experiência dos profissionais e usuários dos serviços de saúde envolvidos em determinados problemas e centra-se na resolução dos mesmos. A noção de educação permanente torna o processo de aprender e ensinar parte do cotidiano dos atores envolvidos na produção de saúde. Diferente das tradicionais capacitações, consiste na aprendizagem significativa, pois é feita mediante a ocorrência de problemas encarados no dia-a-dia. Ademais, preconiza que as questões de saúde sejam problematizadas pelos profissionais e a formação deles seja compatível à necessidade do público com o qual trabalham (Brasil, 2007). Ademais, há registro de práticas inovadoras de assistência em saúde mental referentes ao manejo da sexualidade no referido município, especificamente nos serviços residenciais terapêuticos (Figueiredo & Barros, no prelo). Desse modo, acredita-se que esse tipo de iniciativa e oportunidade ofertada aos trabalhadores possa minimizar as diferenças entre os grupos de acordo com os perfis de formação ou de valores pessoais.

No entanto, foram encontradas diferenças significativas estatisticamente para a variável “tempo de atuação na saúde mental”. Os respondentes foram separados em dois grupos, quanto ao tempo em que atuam no campo da saúde mental. Um grupo compreendeu os 20 profissionais que trabalham há menos de 36 meses. O outro grupo, abrange os 39 que estão há mais de 37 meses atuando nessa área. O resultado do teste t (ver Tabela 4) indicou que o grupo de pessoas que atuam há mais tempo na saúde mental apresentou maior média de respostas ao fator 2 da ECS-TMS ($t(57) = -2,850; p < 0,05$). Ressalta-se que o segundo fator se refere às crenças sobre como as pessoas com transtornos mentais vivenciam a sexualidade e quanto maiores as pontuações, mais negativas as crenças acerca da sexualidade das pessoas com transtornos mentais graves.

Acredita-se que a maioria desses profissionais que possivelmente vivenciaram o modelo hospitalocêntrico, anterior à reforma psiquiátrica, ainda trazem em suas crenças sobre as manifestações sexuais dos usuários resquícios do que viam nos hospitais psiquiátricos. Supõe-se que as violências e violações de direitos que as pessoas viviam nos manicômios provocavam, naquele contexto, a expressão da sexualidade como algo agressivo, descontrolado e patológico. Um estudo de revisão da literatura evidenciou que a prática dos trabalhadores da saúde mental, após a transição para o modelo psicossocial,

ainda está repleta de características do saber psiquiátrico tradicional. Com uma ênfase na compreensão do adoecimento a partir da dimensão biológica, sendo preponderante a busca por uma assistência pautada nas intervenções farmacológicas (Simões, Fernandes, & Aiello- Vaisberg, 2013). Nessa perspectiva, presume-se que os profissionais com menor tempo de atuação na saúde mental já têm o modelo psicossocial como referência. A partir disso, também já visualizam o perfil de usuários com maior autonomia e inserção no meio social. Essa realidade pode repercutir em crenças mais positivas sobre como as pessoas com transtornos mentais vivenciam sua sexualidade.

Tabela 4. Teste t: comparação de grupos com escores das escalas

Grupos	Fator 1 ECS-TMS			Fator 2 ECS-TMS			Preconceito contra a diversidade sexual			Sexualidade		
	<i>M</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>M</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>M</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>M</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Fizeram pós-graduação	13,12			27,00			21,66			23,02		
Não fizeram pós-graduação		0,442	0,660		-0,97	0,923		1,129	0,264		0,044	0,965
	14,00			26,77			24,39			23,11		
Estudaram sobre sexualidade	12,98			27,80			22,09		0,500	22,93		
Não estudaram sobre sexualidade		-0,569	0,579		1,587	0,118		-0,678			-0,197	0,846
	14,85			23,85			23,92			23,46		
Estudaram sobre sexualidade das pessoas com TMS	14,11			28,11			22,11			24,17		
Não estudaram sobre sexualidade das pessoas com TMS		0,523	0,603		0,743	0,460		-0,224	0,824		0,818	0,417
	13,07			26,41			22,66			22,56		
Perfil mais liberal	13,34			25,79			18,52			17,62		
Perfil mais conservador		-0,48	0,962		-1,071	0,289		-3,953	0,000		-9,434	0,000
	13,43			28,03			26,33			28,30		

Atuam na SM < 36 meses	13,75		23,00		21,20		23,20		
		0,282	0,779		-2,850	0,006	-0,826	0,416	0,117 0,907
Atuam na SM > 37 meses	13,21		28,95		23,15		22,97		

M= média, TMS= Transtornos mentais severos e SM= Saúde mental; gl= 57

Considerando o relacionamento linear entre as variáveis, bem como a distribuição normal da amostra, procedeu-se com a correlação de Pearson. A Tabela 5 demonstra que existe uma correlação positiva com coeficiente significativo ($r= 0,526$, $p< 0,001$) entre o escore dos itens sobre sexualidade e o da escala de preconceito contra a diversidade sexual e de gênero. Cabe evidenciar que não é um objetivo desse teste estatístico a determinação da direção de causalidade. Dessa maneira, não é possível afirmar se é o conservadorismo quanto à sexualidade que leva ao preconceito contra a diversidade sexual e de gênero ou vice-versa. No entanto, esses dados evidenciam que quanto mais conservador, mais preconceituoso contra a diversidade se é, assim como quanto mais preconceituoso, menos liberal se é no que se refere às questões da sexualidade.

Tabela 5. Correlação de Pearson entre as escalas utilizadas

		Sexualidade	Preconceito contra a diversidade sexual e de gênero	ECS-TMS (fator 1)	ECS-TMS (fator 2)
	r	1	0,526**	0,220	0,118
Sexualidade	p	-	0,000	0,094	0,373
	n	59	59	59	59
	r	0,526**	1	0,051	0,145
Preconceito contra a diversidade sexual e de gênero	p	0,000	-	0,702	0,273
	n	59	59	59	59
	r	0,220	0,051	1	-0,193
ECS-TMS (fator 1)	p	0,094	0,702	-	0,142
	n	59	59	59	59
	r	0,118	0,145	-0,193	1
ECS-TMS (fator 2)	p	0,373	0,273	0,142	-
	n	59	59	59	59

Legenda: ** $p< 0,001$

Não foram observadas correlações significativas entre o conservadorismo, bem como entre o preconceito contra a diversidade sexual e de gênero com o escore da ECS-TMS. Esse achado indica que a hipótese postulada inicialmente no presente estudo, de que essas seriam variáveis que influenciariam nas crenças sobre a sexualidade das pessoas com transtornos mentais severos, não reflete o perfil dos profissionais de saúde mental que participaram desta pesquisa.

Considerações Finais

Esta pesquisa visou a investigação das crenças de profissionais de saúde mental do estado de Sergipe sobre a sexualidade das pessoas com transtornos mentais severos. Os principais resultados indicaram haver uma representação de que a dimensão sexual dessa população perpassa condições de vulnerabilidades, preconceitos e processos patológicos. Além disso, as análises estatísticas demonstraram haver uma correlação significativa entre o tempo de atuação no campo da saúde mental e as crenças desses trabalhadores. Destarte, aqueles que trabalhavam há mais tempo na saúde mental apresentaram mais crenças negativas. O que acredita-se que seja resquício do modelo hospitalocêntrico que possivelmente vivenciaram e das repercussões dos manicômios nas manifestações sexuais das pessoas em sofrimento psíquico naquele contexto.

Diante disso, fica evidente a relevância do movimento antimanicomial, que deve ser constante, na busca por novas alternativas mais adequadas, técnica e politicamente, para a atenção às pessoas com transtornos mentais a partir de práticas humanizadoras (Brasil, 2005). Tendo a educação permanente como estratégia para esse fim. Cabe ressaltar, que embora nesta amostra os perfis de formação/ qualificação profissional não tenham representado alterações significativas em relação às crenças dos trabalhadores, os dados evidenciaram que a formação acadêmica ainda é precária no que se refere a conhecimentos acerca da sexualidade dos indivíduos com transtornos mentais. Fazendo-se necessária a inserção desses conteúdos nos currículos universitários, bem como um maior número de publicações sobre a temática. Afinal, compreende-se que as lacunas na formação tornam ainda mais desafiadoras as práticas cotidianas.

Como limitação deste estudo, pode-se apontar a dificuldade para conseguir a adesão dos profissionais. Apesar de todo o empenho na divulgação do formulário *online* em meios

estratégicos, esperava-se uma amostra maior. Somado a isso, não foi encontrado um instrumento para mensuração de conservadorismo em relação à sexualidade, sendo preciso, conforme explicitado anteriormente, realizar adaptações em itens de instrumentos mais antigos. Ademais, já existe uma versão mais atual do que a utilizada nesta pesquisa da escala de preconceito contra a diversidade sexual e de gênero (Costa, Machado, Bandeira, & Nardi, 2016), que só foi identificada após a etapa de produção de dados da presente investigação científica. Esse instrumento sofreu algumas modificações que possibilitaram a mensuração do preconceito mais sutil, diferente da primeira versão em que apreendia o preconceito mais evidente, que devido à desejabilidade social pode ser mais facilmente identificado e velado pelos respondentes. Considerando essas limitações, sabe-se que estudos futuros poderão resolvê-las. Apesar disso, a presente pesquisa contribui, mediante uma abordagem metodológica quantitativa, com conhecimento acerca das crenças de profissionais de saúde mental sobre a sexualidade das pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, dada a carência desse tipo de produção no âmbito nacional.

Por fim, é pertinente explicitar que conhecer as crenças dos profissionais de saúde mental visa contribuir com informações que possam auxiliar no enfrentamento de problemáticas como as apontadas nesta pesquisa. Não se trata de culpabilizar os trabalhadores que se dedicam diariamente ao cuidado dos usuários de serviços de saúde mental. Sabe-se que os entraves na assistência quanto aos aspectos sexuais constituem um problema complexo construído historicamente e, portanto, demandam intervenções amplas que envolvam as coletividades implicadas com a saúde mental.

Referências

- Arisi, B. M., Ávila, S., Sala, A. (2016). Sexualidade no interior conservador brasileiro: uma experiência de educação para a diversidade sexual e de gênero em Foz do Iguaçu. *Revista Antropologia (Online)* 8 (2), 480 - 495. Recuperado de: <https://periodicos.ufpa.br/index.php/amazonica/article/view/5053>
- Barbosa, J. A. G., Souza, M. C. M. R., & Freitas, M. I. F. (2015a). Violência sexual: narrativas de mulheres com transtornos mentais no Brasil. *Revista panamericana de salud publica*, 37(4-5), 273-8. Recuperado de: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v37n4-5/273-278/pt>
- Barbosa, J. A. G., Souza, M. C. M. R., & Freitas, M. I. F. (2015b). A abordagem da sexualidade como aspecto essencial da atenção integral de pessoas com transtornos mentais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20 (7), 2165-2172. doi: 10.1590/1413-81232015207.01792014

- Brasil. (2005). Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. DAPE. Coordenação geral de saúde mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à conferência regional de reforma dos serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas*. Brasília: OPAS.
- Brasil. (2007). Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1996 de 20 de agosto de 2007 Política de Educação Permanente.
- Brasil (2015). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental. Caderno HumanizaSUS*, 5. Brasília: Ministério da Saúde.
- CNES- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Recuperado de: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/cadastros-nacionais/cnes>
- Costa, A. B., Bandeira, D. R., & Nardi, H. C. (2015). Avaliação do preconceito contra diversidade sexual e de gênero: construção de um instrumento. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 32(2), 163-172. doi: 10.1590/0103-166X2015000200002
- Costa, A. B., de Lara Machado, W., Ruschel Bandeira, D., & Nardi, H. C. (2016). Validation study of the revised version of the Scale of Prejudice Against Sexual and Gender Diversity in Brazil. *Journal of homosexuality*, 63(11), 1446-1463. doi: [10.1080/00918369.2016.1222829](https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1222829)
- Das, S., & Agrawal, A. (2017). Clozapine-induced delayed ejaculation. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 39(6), 828-828. Recuperado de <http://www.ijpm.info/text.asp?2017/39/6/828/219641>
- Detomini, V. C., Rasesa, E. F., & Peres, R. S. (2016). Sexualidade e saúde mental: vivências, serviços e estigmas. *Revista da SPAGESP – Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*, 17(2), 81-95. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702016000200007
- Figueiredo, J. M. A., & Barros, L. M. (no prelo). A sexualidade como parte do cuidado integral à saúde dos moradores das residências terapêuticas de Aracaju-SE. *Tempus actas de Saúde Coletiva*.
- Foucault, M. (2015). *História da sexualidade 1: a vontade de saber*. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 2ª ed. São Paulo: Paz e terra.
- Guimarães, M.D.C., Campos, L. N., Melo, A. P. S., Carmo, R. A., Machado, C. J., & Acurcio, F. A. (2009). Prevalence of HIV, syphilis, hepatitis B and C among adults with mental illness: a multicenter study in Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo, 31(1), 43-47. doi: 10.1590/S1516-44462009000100011
- Jablonski, B. (1998). Crenças e Crençices Sobre Sexualidade Humana. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 14 (3), 209-218. Recuperado de: <https://www.revistaptp.unb.br/index.php/ptp/article/download/1506/467>
- Jager, J., Greevenbroek, R. V., Nugter, A., & Os, J. V. (2018). Sexual Expression and It's Determinants, in People Diagnosed with Psychotic Disorders. *Community Mental Health Journal*, doi: 10.1007/s10597-018-0285-1.

- Just, M. J. (2015). The influence of atypical antipsychotic drugs on sexual function. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11 (7), 1655. doi: 10.2147/NDT.S84528.
- Maciel, S. C., Pereira, C. R., Lima, T. J. S. & Souza, L. E. C. (2015). Desenvolvimento e Validação da Escala de Crenças sobre a Doença Mental. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 28 (3), 463-473. doi: 10.1590/1678-7153.201528305
- Mann, C. G., Monteiro, S. (2018). Sexualidade e prevenção das IST/aids no cuidado em saúde mental: o olhar e a prática de profissionais no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(7), e00081217 . doi: 10.1590/0102-311X00081217
- Östman, M. (2014). Low satisfaction with sex life among people with severe mental illness living in a community. *Psychiatry Research*, 216(3), 340-345. doi: 10.1016/j.psychres.2014.02.009
- Ozcan, N. K., Boyacıoğlu, N., Enginkaya, S., Dinç, H., & Bilgin, H. (2014). Reproductive health in women with serious mental illnesses. *Journal of clinical nursing*, 23(9-10), 1283-1291. doi: 10.1111/jocn.12332
- Pasquali, L., Souza, M. S. C. & Tanizaki, T. Y. (1985). Escala de atitude diante da sexualidade. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 1 (2), 175-194. Recuperado de: www.revistaptp.unb.br/index.php/ptp/article/view/1156

Estudo 4:

Histórias sobre sexualidade: a perspectiva de usuários de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

Resumo

A sexualidade está entre as dimensões da vida humana que são importantes no processo de integração psicossocial. Não há cuidado integral em saúde se ela não for contemplada. Contudo, apesar de ser um aspecto típico humano, historicamente foram construídos muitos tabus e um silenciamento em torno da sexualidade em muitos contextos. Mesmo após a mudança para o modelo psicossocial e os avanços alcançados com a desinstitucionalização, a sexualidade continua não sendo abordada ou de modo geral, sendo reprimida nos serviços de saúde mental. Diante disso, é preciso contribuir com conhecimento no âmbito acadêmico a partir do relato dos próprios usuários dos serviços sobre as suas vivências e singularidades. Pois, os avanços na ciência repercutem em avanços na formação e consequentemente na assistência. A partir dessas premissas foi realizado o presente estudo com o objetivo de investigar como usuários dos três CAPS III, voltados ao cuidado das pessoas com transtornos mentais de Aracaju-SE, vivenciam a sexualidade e o que pensam sobre esse tema. O método empregado foi o qualitativo e como estratégia para produção de dados foram desenvolvidas oficinas de histórias sobre questões sexuais. Os textos elaborados nas oficinas foram analisados mediante a técnica de análise de dados denominada análise textual discursiva. Emergiram as seguintes categorias temáticas: condição psiquiátrica e sexualidade; gênero, conjugalidade e relacionamento e corpo e sexualidade. Através dos relatos dos 62 participantes identificou-se que ao associarem a vivência da sexualidade com a condição psicopatológica, os discursos revelavam aspectos negativos. As experiências narradas refletem contextos de exclusão social, preconceitos e vulnerabilidades. É importante salientar que os desejos, afetos e necessidades sexuais desse público não diferem das pessoas consideradas, de acordo com padrões sociais, normais. Contudo, a exclusão social as impede muitas vezes de constituírem relacionamentos íntimos. Nesse cenário, faz-se necessária a criação e potencialização de estratégias que possibilitem para as pessoas com transtornos mentais severos o exercício saudável da sexualidade.

Palavras-chave: Sexualidade; Transtornos mentais; Narrativas pessoais.

Introdução

Os transtornos mentais têm se configurado como graves problemas de saúde pública, sendo cada vez mais prevalentes na população mundial. Estudos epidemiológicos têm evidenciado que o número de indivíduos acometidos por transtornos mentais vem aumentando progressivamente. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que cerca de 300 milhões de pessoas no mundo sofrem de depressão, enquanto que outras 60 milhões são diagnosticadas com Transtorno Afetivo Bipolar e 23 milhões com esquizofrenia e outras psicoses (WHO, 2018a).

Em contrapartida, ao analisar a cobertura da assistência em saúde mental de 97 % da população mundial, a OMS aponta que ainda há uma insuficiência em todo o mundo de profissionais aptos a atuarem nesse campo. Ademais, faltam investimentos em instituições de atenção psicossocial (WHO, 2018b). Nesse sentido, conforme afirmam Pitta (2011) e Amarante (2003) a luta antimanicomial, movimento que preza pela integração social das pessoas com transtornos mentais severos com assistência no território, deve ser permanente e compreender, sobretudo um processo ético de desinstitucionalização produzindo novos direitos e novos sujeitos de direitos. Diante disso, são necessários discursos e práticas inovadores a serem difundidos na academia e no cotidiano, bem como maior investimento do poder público em políticas que visem a reintegração psicossocial dos sujeitos.

Dentre as dimensões da vida humana que são importantes no processo de integração psicossocial, está a sexualidade. De acordo com a OMS a dimensão sexual é central na vida do ser humano ao longo de todo o seu desenvolvimento, abarca o sexo, identidade de gênero, orientação sexual, intimidade, obtenção de prazer e reprodução (WHO, 2006). Destarte, não há cuidado integral em saúde se a sexualidade não for contemplada (Barbosa, Souza & Freitas, 2015a). Contudo, apesar de ser um aspecto típico humano, historicamente foram construídos muitos tabus e um silenciamento em torno da sexualidade em muitos contextos (Foucault, 2015). Mesmo após a mudança para o modelo psicossocial e os avanços alcançados com a desinstitucionalização, a sexualidade continua não sendo abordada ou de modo geral, sendo reprimida nos serviços de saúde mental (Mann & Monteiro, 2018; Detomini, Rasera, & Peres, 2016; Quinn & Happell, 2015; Brown, Reavey, Kanyeredzi & Batty, 2014, Quinn & Happell, 2013).

Quando a questão emergente nos serviços é a sexualidade das pessoas com transtornos mentais, sobretudo os severos, ainda são presentes muitos tabus e preconceitos (Brito & Oliveira, 2009). Essas instituições ainda reproduzem a maneira como a sociedade lida com a sexualidade daqueles que são considerados “doentes mentais”. É comum a crença de que a expressão do desejo sexual dessas pessoas é uma manifestação de quadros psicopatológicos ou de “surto”, desconsiderando que é antes de tudo, uma experiência humana (Branco et al., 2013; Miranda, Furegato, & Azevedo, 2008; Mann, Oliveira, & Oliveira, 2002).

Vale ressaltar, que não devem ser desconsideradas as possíveis influências de psicopatologias na sexualidade. Sabe-se que episódios maníacos podem provocar aumento da libido, bem como os depressivos uma diminuição (Dalgarrondo, 2018; APA, 2013). Mas, as alterações libidinais, embora sejam parte dos sintomas de determinadas psicopatologias, são expressões da dimensão sexual. Desse modo, precisam estar incluídas nas estratégias de cuidado dos serviços de saúde mental cotidianamente, visando a promoção de saúde (Barbosa, Souza, & Freitas, 2015a). Contudo, frequentemente a dimensão sexual da pessoa com transtorno mental severo e persistente só é vista nas instituições em momentos de crise, quando geralmente é reprimida (Brito & Oliveira, 2009).

Ademais, embora haja influências de processos fisiológicos, hormonais e psicológicos, conforme explicitado acima, as alterações da libido geralmente resultam de uma escassa ou inexistente socialização. O histórico de longos períodos de internação, que cronificaram os transtornos e deixaram sequelas em muitos desses usuários dos serviços de saúde mental, assim como a existência de preconceitos e estigmas em torno dos transtornos mentais restringem as suas possibilidades de constituírem relacionamentos afetivos e contatos íntimos com relações sexuais (Dein et al., 2015; Soares, Silveira, & Reinaldo, 2010). Essa privação pode culminar em momentos de manifestação do desejo sexual exacerbada e de autoerotismo no contexto das instituições (Orita & Maio, 2013).

Nessa perspectiva, é possível notar que a sexualidade perpassa as relações de poder no contexto assistencial em saúde mental. Pois, pode existir a prática de dominação dos corpos, explícita pela censura que estabelece um limite para assuntos referentes à dimensão sexual. Além disso, o silenciamento desse importante aspecto da subjetividade, evidenciado pelo uso de intervenções medicamentosas que visam o controle da comumente

chamada “sexualidade aflorada” e privam o outro da satisfação sexual (Miranda & Furegato, 2002; Brito & Oliveira, 2009).

Quando as expressões sexuais são negligenciadas, reprimidas ou consideradas como patológicas, não há espaço nos serviços para a oferta de ações de educação em saúde. Temáticas como identidade de gênero, preconceitos e prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) deixam de ser abordadas justamente com uma população vulnerável que apresenta altas taxas de incidência e prevalência de IST. Esse perfil epidemiológico é possivelmente influenciado pela ausência de informações sobre comportamentos de risco e prevenção das infecções, vulnerabilidade social, experiências de abusos e violência sexuais (Dein et al., 2015; Agénor & Collins, 2013; Quinn & Hapell, 2012; Stewart, Oklota, Hadley, & Brown, 2012; Guimarães et al., 2009).

Dessa maneira, faz-se necessária a construção de estratégias assistenciais nos serviços de saúde mental que reconheçam a sexualidade como parte importante na oferta do cuidado. Os usuários das instituições precisam ser ouvidos, quanto às suas experiências sexuais, em espaços que promovam a desconstrução dos preconceitos e os preparem para o autocuidado. No campo científico, observa-se que a maioria dos estudos sobre a sexualidade das pessoas com transtornos mentais graves e persistentes tiveram profissionais de saúde mental como participantes. Foram encontrados, dentre os artigos produzidos no Brasil, entre os anos de 2013 e 2018, sobre como as pessoas com transtornos mentais severos vivenciam a sexualidade e em que estas eram as participantes, apenas 4 artigos (Barbosa, Souza, & Freitas, 2015a; Barbosa, Souza, & Freitas, 2015b; Zanello, Fiuza, & Costa, 2015; Barbosa, Guimarães, & Freitas, 2013).

Nesse sentido, também é preciso contribuir com conhecimento no âmbito acadêmico a partir do relato dos próprios usuários dos serviços sobre as suas vivências e singularidades. Pois, os avanços na ciência repercutem em avanços na formação e consequentemente na assistência. A partir dessas premissas foi realizado o presente estudo, de método qualitativo, com o objetivo de investigar como usuários dos três CAPS III, voltados ao cuidado das pessoas com transtornos mentais de Aracaju-SE, vivenciam a sexualidade e o que pensam sobre esse tema.

Método

O presente estudo é transversal e do tipo exploratório. O método empregado foi o qualitativo, na medida em que não havia o objetivo de testar hipóteses e sim de analisar as singularidades e experiências dos participantes (Creswell, 2016).

Cenário

A pesquisa foi desenvolvida em salas de oficinas de três CAPS III da cidade de Aracaju-SE. Nesses serviços são ofertados, para adultos com transtornos mentais severos, atendimentos individuais e coletivos, consultas médicas, oficinas terapêuticas e atividades lúdicas no interior ou fora dos muros das instituições em articulação com outros equipamentos sociais. Seus usuários podem ser assistidos na modalidade de atendimento intensivo, ofertado quando necessitam de atenção diária e contínua na instituição em decorrência da gravidade do quadro psicopatológico ou de problemas no contexto social/familiar. Semi-intensivo, podendo ser atendido em até 12 dias por mês, quando o sofrimento e desorganização psíquica foram diminuídos, mas ainda se faz necessário o suporte da equipe de saúde mental. Outra possibilidade é o tratamento não-intensivo, quando é dispensável a atenção cotidiana da equipe do CAPS, mas ainda requer um acompanhamento, para isso são ofertados até três atendimentos por mês (Brasil, 2004).

Os CAPS escolhidos como cenários desta pesquisa são amplos e dispõem de consultórios, quartos para acolhimento noturnos (separados para homens e mulheres), refeitório, área de convivência, farmácia e sala de observação, salas para reuniões de equipe, recepção e salas de oficinas. As últimas foram elegidas como os locais mais apropriados para o processo de produção de dados. Nos três CAPS os espaços destinados para a realização de oficinas possuem estrutura adequada. São ambientes limpos e confortáveis, possuem quantidade apropriada de cadeiras, mesas e ar-condicionado. Além disso, era possível fechar a porta das salas e assim garantir a privacidade aos usuários participantes.

Participantes

Participaram 62 usuários dos três CAPS citados acima. Vale ressaltar que não fizeram parte do estudo os usuários que não verbalizaram o desejo de participar ou que estavam em processo de crise, e, portanto, foram indicados pelas equipes dos serviços como

impossibilitados de se inserirem na atividade proposta para produção dos dados naquele momento.

Estratégias e instrumentos

Como estratégia para produção dos dados foram realizadas oficinas de histórias, em dois encontros por CAPS, com duração de uma hora e trinta minutos cada. Para viabilizar essa proposta, inicialmente era feito um convite aos usuários no momento da assembleia semanal, tendo em vista que é o momento com maior presença de usuários nos serviços. Os primeiros encontros das oficinas em cada CAPS ocorreram após a assembleia. Já os segundos encontros ocorreram em outros momentos conforme a disponibilidade dos serviços.

Os usuários que desejaram participar, compuseram um grupo aberto, pois no segundo encontro novos membros puderam entrar. No início de cada encontro eram explicitados os objetivos da pesquisa e as questões éticas inerentes a ela, mediante a leitura, explicação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Subsequentemente eram perguntados os dados sociodemográficos e quando algum usuário não sabia responder algum dado sobre ele, ao final da oficina era solicitada a informação a algum membro da equipe técnica do CAPS. Em seguida, os participantes já dispostos em círculo na sala de oficinas, recebiam a instrução de que deveriam construir coletivamente uma história que completasse a frase: “Sexualidade é...”.

Para a viabilização dessa construção coletiva, era explicado para eles que um participante ditaria um texto que complementasse a frase disparadora supracitada. Em seguida, o usuário que estava sentado ao seu lado daria continuidade ao relato anterior e assim sucessivamente até que todos os presentes pudessem falar. Cada discurso era escrito manualmente pela pesquisadora, concomitantemente ao momento das falas, exatamente como foram ditos pelos usuários.

É pertinente ressaltar, que a opção por escrever as histórias ao invés de gravá-las ou digitá-las auxiliou na elaboração de textos não muito grandes e com uma maior organização, pois os usuários entenderam que era preciso falar um pouco mais devagar para que a pesquisadora pudesse acompanhar e registrar as suas narrativas. Além disso, eles compreenderam que era necessário expressar os conteúdos que eles consideravam mais importantes para compor um texto e a maioria evitou fugas do tema proposto. Cada um falou o tempo que considerou necessário, respeitando a vez dos demais membros do

grupo. Dessa maneira, ao final de cada encontro as falas constituíam uma história sobre sexualidade, totalizando 6 textos (Anexo A).

A opção por analisar histórias construídas pelos usuários, em detrimento de entrevistá-los individualmente, por exemplo, se deu a partir do objetivo de garantir a possibilidade de participação de um maior número de usuários que quisessem contribuir com o estudo, numa perspectiva inclusiva, sem precisar limitar a quantidade de participantes. Destarte, cada história representa uma impressão geral dos usuários sobre a temática. Considera-se ainda, que a produção coletiva dispara mais conteúdos, na medida em que as ideias apresentadas em grupo suscitam lembranças de eventos inerentes à história de cada um.

Além disso, a escolha da estratégia de investigação deveu-se às experiências anteriores da pesquisadora enquanto residente em saúde coletiva, com atuação na Rede de Atenção Psicossocial de Aracaju (REAPS) durante 5 meses, no ano de 2015. Na ocasião, foi realizada, nos mesmos moldes descritos aqui, pela referida profissional, oficina de histórias sobre temas escolhidos pelos usuários. Foi uma experiência exitosa, com ampla participação, que culminou na produção de dois livros. Dessa maneira, foi considerada a efetividade e sensibilidade dessa técnica, bem como a noção de que a pesquisa qualitativa deve agregar métodos mais “interativos e humanísticos” (Creswell, 2016, p. 186).

Análise de dados

A análise teve início logo após a produção dos dados através da leitura exaustiva das narrativas construídas nas oficinas, mediante a análise textual discursiva. Esse método de análise de dados se insere entre a análise de conteúdo e a análise do discurso. Visa a produção de novas compreensões acerca de textos ou discursos através de uma sequência cíclica, composta pela desconstrução dos textos e unitarização dos seus elementos constitutivos, a categorização dos dados a partir do estabelecimento de relações entre esses elementos e a apreensão de novos conhecimentos e sentidos em relação aos fenômenos pesquisados (Moraes & Galiazzi, 2011).

De acordo com os autores citados anteriormente, na etapa inicial de unitarização foi realizado o exame detalhado dos dados coletados, a partir de leituras para compreensões aprofundadas e envolvimento intenso com as informações. Assim, foi possível evidenciar sentidos com base em pressupostos teóricos pré-definidos. A partir disso, teve início a desintegração dos textos para destacar e codificar as suas unidades de análise. Essas

unidades foram definidas em função de sentidos referentes aos propósitos do presente estudo. Após o levantamento das unidades de análise ocorreu o processo de categorização das mesmas. Elas foram comparadas para gerar o agrupamento de elementos semelhantes que formaram as categorias analíticas. Posteriormente foram construídos metatextos analíticos referentes às classes resultantes da fase anterior. Foram descrições e interpretações e representaram a compreensão e teorização para a explicitação do fenômeno estudado.

Após esse processo, com a finalidade de atestar a confiabilidade empregada neste estudo, os textos produzidos nas oficinas foram enviados para uma juíza, pesquisadora no campo da psicologia, para que ela procedesse com a apreciação e identificação das categorias emergentes. Em seguida, a devolutiva da juíza foi comparada à análise anterior executada pela pesquisadora e seu orientador. Os resultados foram compatíveis e por essa razão, as categorias temáticas que emergiram no momento inicial foram mantidas e serão apresentadas abaixo.

Resultados e discussão

Participaram desta pesquisa, 62 usuários dos três CAPS mencionados anteriormente (22 no primeiro, 18 no segundo e 22 no terceiro CAPS). Totalizaram 34 mulheres (54,8%) e 28 homens (45,2%), com a média de idade de 43 anos. Quanto ao estado civil, 38 se declararam solteiros (61,3%), 9 divorciados (14,5%), 5 casados (8,1%), 5 em união estável (8,1%) e 5 viúvos (8,1%). Um total de 58 participantes afirmaram que eram heterossexuais (93,6%), 3 homossexuais (4,8%) e 1 bissexual (1,6%). No que se refere à religião ou crença, 27 disseram que eram evangélicos (43,6%), 25 católicos (40,3%), 8 que não tinham religião, mas acreditavam em Deus (12,9%), 1 candomblecista (1,6%) e 1 protestante (1,6%). No tocante ao nível de escolaridade, 4 mencionaram que não foram alfabetizados (6,4%), 20 que tinham ensino fundamental incompleto (32,3%), 7 o ensino fundamental completo (11,3%), 15 o médio incompleto (24,2%), 15 o médio completo (24,2%) e 1 o superior completo (1,6%). A renda média mensal era de 708 reais.

No que concerne aos discursos presentes nas histórias produzidas pelos participantes, foram agrupados nas seguintes categorias temáticas emergentes: Condição psiquiátrica e sexualidade; Gênero, conjugalidade e relacionamento e Corpo e sexualidade. As quais serão apresentadas a seguir.

Condição psiquiátrica e sexualidade

Ao se expressarem sobre sexualidade e as implicações decorrentes dos transtornos mentais severos, os participantes emitiram discursos caracterizados por aspectos amplamente negativos. Diferente de outras condições em que podem ser observados ganhos secundários ao adoecimento (Straub, 2005). É possível perceber nos textos produzidos que a vivência sexual desses indivíduos é permeada de preconceitos, dificuldades, solidão e vulnerabilidades, conforme aponta o trecho seguinte:

Eu acho que tudo é preconceito, porque nós, por causa desse preconceito que é criado dentro da gente, a gente tem medo de arrumar alguém que não tem transtorno mental porque ele vai oprimir a gente. Sei que mesmo tomando remédio a gente tem o momento que fica isolada e sente falta de amar, o sexo é só complemento, a gente só precisa de uma pessoa [...] A pessoa precisa de alguém. Por qual motivo na sociedade nós somos isolados e as pessoas se recusam a se relacionar com a gente? Quando a gente vai para uma festa as pessoas se recusam e gostam de mangar. (História 3).

É comum que as pessoas com transtornos mentais, sobretudo psicóticos, experimentem sensações de não pertencimento à sociedade, preconceitos e discriminação que implicam na diminuição da possibilidade de construir relacionamentos íntimos e, portanto, no isolamento desses indivíduos (Segalovich, Doron, Behrbalk, Kurs, & Romem, 2013). Os participantes desta pesquisa, evidenciaram o sentimento de solidão, embora não compreendam ao certo os motivos da exclusão social a que foram submetidos, conforme mostra o seguinte trecho: “[...]sou viúva e tem 9 anos que eu estou sem ninguém, sou viúva, não acho ninguém[...] Os homens não me vê, não sei porque”. (História 1). Em outros relatos, foi possível observar além da solidão experimentada, o sofrimento inerente a ela: “Eu fico triste, ninguém me quer [...]eu já tentei namorar com algumas meninas, mas nenhuma me queria, não sei porquê”. (História 1).

Sexualidade é uma solidão que a pessoa sofre. Meu tio disse que eu era donzelo e não namorava ninguém não, não varria a casa. [...]Sinto falta de ter uma pessoa. Penso que a sexualidade é uma coisa boa, acordar de manhã e o boy dizer “te amo, bom dia meu bebê”. (História 3).

A minha companheira sempre foi a solidão, por não encontrar mulher. Eu tô procurando um amor que eu me entregue corpo e alma na paixão

[...]. A solidão no momento é minha paixão. Ela me acompanha principalmente à noite. Tomo meus remédios, vem as alucinações e eu queria ter uma mulher ao meu lado. Tem mais de um ano que eu não conheço uma mulher, tô enferrujado e adormecido [...]. O sexo pra mim é uma coisa importante que Deus deixou entre os homens e até entre os animais, mas pra mim não existe, é a coisa que eu mais queria, mas infelizmente não me acompanha (História 5).

A partir dos textos elaborados pelos participantes nota-se que o fato de frequentar o CAPS também faz com que eles sejam discriminados e não aceitos como corpos desejáveis para uma relação amorosa, o que pode ser verificado na reflexão a seguir:

Existe uma certa dificuldade porque as pessoas discriminam quem frequenta CAPS então fica mais difícil ter um relacionamento porque as pessoas acham que quem frequenta CAPS é louco. A pessoa que namora percebe quem tem transtorno pelo corpo e se afasta. Então quem tem transtorno tem dificuldade de ter um relacionamento sexual, por isso a gente tem que mentir e já começa um relacionamento com mentira. (História 3).

A vida em comunidade coloca para as pessoas com transtornos mentais graves o desafio de desenvolver a sua inclusão social. Esse processo é desafiador para esses indivíduos, na medida em que durante séculos a psiquiatria isolou as pessoas consideradas loucas, difundindo no senso comum a crença de que quem tem transtornos mentais é perigoso (Salles & Barros, 2013). Diante dos tratamentos cruéis e isolamento a que foram submetidos nos manicômios, os comportamentos agressivos ou desumanizados foram algumas das consequências do modelo hospitalocêntrico. Esses indivíduos então passaram a ser vistos como seres descontrolados, desprovidos da razão e de caráter (Foucault, 2009). Certamente esse contexto suscitou a crença de que a atividade sexual dessa população seria bizarra e animalesca. No entanto a associação entre sexo e agressividade no âmbito da saúde mental é um mito (Miranda & Furegato, 2002).

Os estigmas em torno da sexualidade da pessoa com transtornos mentais graves e persistentes resultaram em uma negação histórica do direito à vivência sexual para esses indivíduos que persiste até os dias atuais (Detomini, Rasera, & Peres, 2016). Os discursos apresentados em seguida reiteram essa afirmação: “Hoje tem uma geração que até faz filho, quem tem problema mental, porque antes vivia amarrado. [...] Também existe preconceito com as pessoas com transtornos mentais, como se não tivesse esse direito”. (História 2). De acordo com o relato de usuários que participaram desta pesquisa, a constituição de um

relacionamento pode ser inclusive um fator protetivo e facilitar a adesão ao tratamento, conforme o fragmento apresentado abaixo:

Sabe o que eu mais sinto falta em um relacionamento, a companhia. Aí sinto falta de ter alguém para contar como foi o dia. Se tivesse uma pessoa ia contar como foi o dia no CAPS ou ter uma pessoa para dividir os problemas, então eu acabo me isolando. (História 3).

A perspectiva apresentada pelos usuários concorda com Branco, et al. (2013), pois esses autores explicitam que pessoas com transtornos mentais percebem a exclusão que sofrem, o que impacta negativamente no tratamento. Provoca o isolamento social e fragilização das redes sociais de apoio. Dessa maneira, a permeabilidade social proporcionada pelo cuidado no território é crucial, a partir do movimento da reforma psiquiátrica, pois permite que os usuários dos CAPS tenham maiores condições de sair do lugar de segregado social para assumir maiores agenciamentos de possibilidades ao longo da existência (Souza, 2006). O processo de permeabilização social permite que as pessoas consideradas “normais” pela nossa sociedade entrem em contato com aquelas acometidas por psicopatologias e assim, possam conhecer as suas potencialidades e desconstruir ideias preconceituosas. Participantes desta pesquisa apontaram a necessidade de informar a população sobre quem são as pessoas com transtornos mentais enquanto estratégia para ampliar as possibilidades de relacionamentos interpessoais.

O que deveria ser feito para que o relacionamento das pessoas com transtornos mentais melhorasse era que a saúde e a mídia divulgasse como são as pessoas com transtornos, para que as pessoas tivessem mais informações e somos honrados e não nos excluir, e não ter medo da gente, é o que está faltando para que a vida das pessoas com transtornos mentais melhore. (História 3)

Outro aspecto importante a ser considerado no tratamento em saúde mental, visando a melhoria dos relacionamentos interpessoais dos usuários, é a influência dos medicamentos na sexualidade. Sabe-se que fármacos antidepressivos ou antipsicóticos podem alterar a função sexual. Nem sempre é fácil distinguir quando a disfunção sexual é influenciada pelo transtorno ou pelo uso dos fármacos. Entretanto, estudos comprovam que antipsicóticos aumentam a produção do hormônio prolactina, o que provoca a diminuição da produção de dopamina que poderá causar disfunção sexual (Das & Agrawal, 2017; Just, 2015,). Dentre os efeitos colaterais dos remédios utilizados no tratamento de

psicopatologias, citados pelos participantes da presente pesquisa, estão a ejaculação retardada e diminuição da libido, a saber:

A pessoa que toma medicamento fica fraca para fazer sexo perde o tesão. Eu tomo remédio para ansiedade e esquecimento e quando eu vou fazer sexo eu fico muito tempo dentro da mulher para conseguir gozar. Mas, é muito tempo! Aí que é bom! Eu gosto de homem que demora. (História 1).

No trecho apresentado acima um dos usuários relatou aspectos disfuncionais da atividade sexual e atribuiu ao uso dos psicofármacos. Em seguida, a participante que deu seguimento à história apontou o efeito da ejaculação retardada como algo positivo para ela na hora do sexo, permitindo ao grupo, no momento da elaboração do texto, uma perspectiva diferente acerca do sintoma relatado pelo primeiro. Essa passagem inclusive é a única em todas as histórias em que associa uma consequência do transtorno mental com um aspecto positivo da sexualidade. Embora o retardo no processo de ejaculação tenha sido narrado pelo primeiro como um grande incômodo e dificuldade.

Nesse sentido, compreende-se que o comportamento sexual ocorre em fases de excitação, orgasmo e resolução. Durante essas etapas ocorrem alterações fisiológicas, como por exemplo, a produção de neurotransmissores que aumentam ou diminuem a libido, contração muscular e as frequências cardíacas e respiratórias (Silverthorn, 2010). Mas, esse processo fisiológico pode ser alterado por algumas condições psicopatológicas, assim como pelos psicofármacos, de modo que não sejam atingidas todas as fases. A ejaculação retardada, pode representar o não alcance da resolução e, portanto, provocar irritabilidade. Esse fenômeno é comum em pessoas que fazem uso de medicamentos que ocasionam a diminuição do desejo sexual, que muitas vezes são administrados em instituições voltadas à assistência em saúde mental justamente com o objetivo de inibir as expressões sexuais naquele cenário (Orita & Maio, 2013).

Outros extratos das histórias evidenciam efeitos colaterais de medicamentos na atividade sexual. O que pode ser observado a seguir: “Sobre sexualidade é requinte, parece ser um distúrbio mental na cabeça, as pernas ficam fracas dopada de remédio, o remédio é forte, dá sono e eu fico com essas quedas com os remédios”. (História 4). No relato subsequente é explanada a indisposição para o sexo influenciando na vida conjugal. “Tem horas que eu não sinto vontade de fazer sexo, minhas carnes vivem mortas aqui desse CAPS e aí não sinto vontade de fazer sexo com o marido”. (História 1). No fragmento apresentado

abaixo é possível verificar mais uma vez o uso de medicamentos sendo associados por participantes à condição de abstinência sexual.

Eu tomo remédio há 12 anos, nunca fiquei bom não, tem tempo que eu baixo hospital quando endoido, tem a prova aí no computador. Só uma vez que fui pro hospital tomei 4 *injeção*. Problema de nervos é a vida toda. Remédio corta esse negócio, quem toma direito, corta! Em 2007 tomei Diazepam o tempo todo. Não corta em você! Mas, no homem corta! Tenho força para caminhar, pra tudo, só não tenho força para fazer sexo mais. Não é por idade, na idade tenho 53 anos. Sou virgem ainda. (História 5).

Cabe salientar, que a fala destacada acima coloca a inibição da libido como consequência de se fazer o uso correto e contínuo da medicação prescrita. Essa afirmação explica o porquê de a disfunção sexual ser responsável por muitos casos de não adesão ao tratamento (Corbett, Elsom, Sands, & Prematunga, 2017). Além disso, a abstinência sexual apontada pelos participantes desconstrói a crença compartilhada no imaginário social de que a sexualidade da pessoa com transtorno mental severo é sempre exacerbada (Brito & Oliveira, 2009). A seguintes afirmações denotam isso: “Meu tio disse, quando sua tia estiver em crise você mostre uma revista de homem pelado a ela, porque ela não namora direito. A pessoa fica sem saber nem que dia é hoje, quanto mais transar”. (História 3).

Todo ser humano que tem esquizofrenia tem dificuldade com o sexo, o homem só bate sua vontade se tiver a prática do sexo, um homem isolado não existe, já tem 3 anos que não tenho um relacionamento. Para viver nas melhores condições, na solidão, sofrendo ou não, tem que viver assim porque uma mulher para ele é bicho. A mulher dá um parecer que quer tá com o homem, mas o homem esquizofrênico não tem a mente aberta, a mente é cega. Não sabe identificar o prazer e o gosto. (História 3).

Entretanto, também houve relatos sobre hipersexualidade ou exacerbção da sexualidade. Essa característica também foi associada por uma participante aos efeitos colaterais de medicamentos. “[...] tem remédio que inibe a libido e tem um que ativa demais, aí tem cara que não dá conta, aí é babado”. (História 2). Já outra usuária relatou que tem o desejo sexual aumentado sem especificar uma causa para isso no trecho subsequente: “Já eu quando faço quero muito e meu marido corre de mim”. (História 1). Para essas usuárias, os psicotrpicos podem funcionar também como estimulantes sexuais.

Posteriormente, outro participante enfatizou que não encontra espaço durante a consulta psiquiátrica para abordar sintomas referentes às alterações no desempenho sexual, como é possível observar no seguinte discurso: “Tem remédio psiquiátrico, ansiolítico, psicotrópico, não dá vontade de ejacular, o principal que é o esperma que não sai. O psiquiatra não deixa eu falar nada do que eu sinto”. (História 1). Vale ressaltar, que profissionais de saúde mental devem observar as queixas referentes à sexualidade, visando a melhoria da qualidade de vida e a adesão aos tratamentos, incluindo o medicamentoso, bem como diminuir o risco da descontinuação do uso dos fármacos. A manutenção da função sexual normal pode aumentar a autoestima, melhorar o humor e auxiliar na atribuição de uma valoração positiva acerca dos medicamentos e das terapias (Just, 2015).

Diante disso, a equipe de saúde mental deve estar preparada para o manejo de questões referentes à sexualidade que provavelmente irão surgir nas instituições. O trecho apresentado a seguir exemplifica esse contexto.

Eu observo, porque eu já me internei 7 vezes, eu acho que falta respeito entre os usuários, até porque já foi comprovado cientificamente que essas pessoas que têm essa patologia, têm uma sexualidade aguçada e dizem que é o remédio, mas não é, é tão reprimido que se torna à flor da pele e aflora. É tão preso, é tão reprimido que chega uma hora que a sexualidade quer explodir. Eu já me internei no CAPS e vi ele vendo tv e se masturbando indo de encontro aos limites do outro. É falta de respeito, não pode. Eu fui e falei com o técnico. Os médicos dizem que quer ter relação que vá pra fora. CAPS não é lugar de encontro e de tratamento. Quem quiser que vá para os terrenos. (História 4).

A reflexão presente na história 4, evidenciada acima, explicita que as manifestações do desejo sexual a partir de verbalizações, gestos que remetam ao sexo e masturbação frequente em local público estão relacionadas em maior grau à ausência de socialização dos indivíduos e possibilidades restritas de praticar sexo, devido à exclusão social, do que a processos psicopatológicos (Soares, Silveira, & Reinaldo, 2010). Dessa maneira, diferente do que foi apresentado no relato acima, cabe aos profissionais de saúde mental ensinarem sobre a necessidade de se preservar a intimidade durante a autoerotização. Se a masturbação ocorrer em local público consistirá em um ato libidinoso e poderá reforçar estigmas atribuídos às pessoas com transtornos mentais já citados no presente estudo.

Outros relatos correlacionaram a condição psiquiátrica a uma maior exposição à violência sexual. Essas falas reiteraram a literatura científica produzida sobre o tema, uma

vez que estudos apontam as pessoas com transtornos mentais graves como mais vulneráveis à violência sexual se comparadas à população geral (Guimarães et al., 2009, Barbosa, Souza & Freitas, 2015a; Barbosa, Souza & Freitas, 2015b). Duas usuárias compartilharam suas experiências nestas narrativas: “No meu caso, minhas depressões são recorrentes, perdi pai, namorado, tio e um primeiro trauma que eu sofri, quando um homem pega uma mulher a pulso, por isso que eu vim parar aqui e desencadeou transtorno depressivo e borderline [...] Parei um ano e dois meses de me cortar, porque uma namorada me pediu e quando eu fui abusada de novo, voltei a me cortar”. (História 3).

Eu não tenho namorado e nem amigo homem e nem amante, não é porque não tenho vontade de fazer sexo, é porque sexo é o complemento, mas esse alguém não aparece, porque eu tenho medo de falar com os homens, de tanto ser estuprada, porque eu já fui estuprada tantas vezes que eu perdi as contas. Aí tenho medo de falar com os homens. Eu sou oprimida e essa opressão faz com que eu tema. Eu quero uma pessoa, mas eu tenho muito medo. [...] Somos estupradas até pelos nossos maridos. (História 3).

Essa maior exposição à violência sexual das pessoas com transtornos mentais, sobretudo das mulheres, ocorre, pois apresentam maiores dificuldades para se defenderem, protegerem e reagirem, somadas às condições de vulnerabilidade social, uso do sexo como “moeda de troca” e o consumo de álcool e outras drogas (Barbosa, Souza, & Freitas, 2015a). O contexto de pobreza e baixos níveis de escolaridade encontrado entre os participantes deste estudo corrobora as condições sociais de vulnerabilidade desse público. As autoras supracitadas mencionaram ainda a ocorrência de violência sexual dentro de instituições de saúde mental, que inclusive permaneceram silenciadas pelas equipes de profissionais. Uma participante relatou o ocorrido com ela, a saber:

Eu já sofri tentativa de abuso, por isso que eu não gosto de homem. Eu tinha medo de dormir no CAPS porque eu tinha medo de outros doentes tentarem fazer algo comigo. Você tá tomando remédio, como uma criança inocente e com medo de algum doido vir para cima de mim, porque acontece. Tenho medo de uma violação do meu corpo. [...] Eu estava aqui e via muito abuso, por que não fazem pavilhões separados? Homem e mulher? (História 2).

Nessa perspectiva, cabe salientar que a negligência do cuidado com as questões sexuais nos serviços de atenção psicossocial aumenta os riscos à saúde. Quando há o

silenciamento das demandas relacionadas à sexualidade a vulnerabilidade social é aumentada, no que se refere ao risco de sofrer violência e se envolver em comportamentos de risco como o não uso de preservativos nas relações sexuais. Um participante citou no texto que nunca fez uso de preservativo. “Eu acho que nunca usei camisinha, eu tenho impressão que no tempo que eu convivi foi esse todos os anos na minha vida”. (História 4). Essa fala, bem como as anteriores representam a necessidade da implementação nos serviços de saúde mental de ações que visem a promoção da saúde sexual, prevenção de IST/HIV e situações de violência. Para que assim seja garantido o direito humano à vivência sexual saudável e ao cuidado integral em saúde dentro dos CAPS.

Gênero, conjugalidade e relacionamento

Essa categoria temática abrange os trechos das histórias produzidas pelos participantes desta pesquisa que versam sobre questões de gênero, conjugalidade e constituição de relacionamentos. No que se refere ao gênero, é um conceito aqui compreendido como o conjunto de características que distinguem ou assemelham socialmente as pessoas. Esses atributos são influenciados pelos padrões construídos historicamente das características típicas de homens e mulheres, e, portanto, enquanto papel social é algo dinâmico, mutável e não restrito à bipolaridade de sexos (Butler & Rios, 2009).

Os papéis de gênero também estão interligados ao sofrimento psíquico. Existem características estabelecidas culturalmente como desejáveis para as pessoas do sexo feminino ou masculino que podem gerar sofrimento (Zanello, Fiuza, & Costa, 2015). Essa afirmação está em consonância com os discursos subsequentes: “A mulher não tem valor, o homem que trai não acontece nada, a mulher não pode nada”. (História 6).

O homem na hora do sexo é muito machista, por exemplo, a gente está dormindo, aí o homem chama a gente para fazer um *pá* e a mulher está cansada e o homem não entende e as mulheres devem... O homem quando quer, a mulher tem que querer fazer sexo porque quando a mulher não quer, o homem vai procurar na rua. Carente. Se ele arrumar outra é porque a de casa não está servindo. (História 2).

Um dos usuários atribuiu a causa do seu sofrimento em relacionamentos íntimos ao fato de não agir conforme o que a sociedade espera que os homens façam ou sejam. A saber: “Eu poderia ser agressivo e maltratar mulher, mas não consigo deve ser por isso que sofro tanto. [...] Eu também nunca fiz mulher sofrer e eu sofro”. (História 5). Desse modo, é possível perceber que além dos papéis estabelecidos para cada homem e mulher, existem pressões sociais e expectativas, a partir das quais os indivíduos avaliam suas experiências e a si mesmos.

Pode-se perceber que o sofrimento psíquico é construído e mediado por valores de gênero. É esperado historicamente que os homens sejam fortes fisicamente com maior disposição para o trabalho e atividade sexual, além de serem os provedores financeiros das famílias. Por outro lado, para as mulheres é criada a expectativa de que sejam boas mães e cuidadoras dos parceiros, bem como reservadas quanto às questões sexuais (Zanello, Fiuza, & Costa, 2015). Entretanto, sabe-se que os transtornos mentais severos são condições que perduram na vida do indivíduo e comprometem o desempenho das ações cotidianas inerentes aos seus papéis sociais, o que acarreta grande sofrimento (Wang, Demler, & Kessler, 2002).

Em alguns trechos, emergem a naturalização dos papéis sociais construídos para os homens e mulheres, nos quais a mulher encontra-se subjugada pelo homem. Como é possível observar a seguir: “O homem apaixonado pode até matar a mulher. O amor não. Isso depende de cada pessoa. [...] O senhor deveria pegar ela mesmo que ela não queira, ela é sua mulher então pode”. (História 6).

Faz parte do amor, uma mulher crente, o marido chama ela pra beber e ela não quer. Ele sempre chegava em casa e a mulher não, tava na igreja e eu disse: cunhada você vai perder meu irmão! E perdeu. A mulher tem que sair com o homem, não deixar ele sozinho. [...] A minha professora da primeira série só ficava com roupa de dormir o dia inteiro, foi tanto que o marido perdeu o tesão dela, o homem gosta de coisa escondidinha, porque eu já conversei com 10 homens e eles disseram a mesma coisa. A mulher deve se cuidar primeiro para ela e depois para o marido, a gente tem que estar sempre preparada. (História 2).

Pode-se notar nos relatos precedentes que inclusive situações de violência no relacionamento são percebidas como atitudes normais, devendo ser aceitas passivamente pelas mulheres. Concordando com Foucault (2015) o sexo é compreendido como meio

fundamental de manutenção do relacionamento conjugal, mesmo que isso possa causar algum sofrimento. Ainda sobre as relações sexuais, um participante evidenciou que elas devem ser consensuais e com quem se nutre afeto, contrapondo o estigma de que as relações sexuais das pessoas com transtornos mentais graves são “impulsivas” ou “animalescas” (Brito & Oliveira, 2009), de acordo com os seguintes fragmentos: “Fazer sexo com alguém é só com alguém que você ama, esse é meu caso, não consigo fazer sexo com quem não amo”. (História 6).

Sexo é o seguinte, é realmente se você tiver uma intimidade e você se encontrar abertamente com a pessoa, se não for abertamente, não acontece nada. Tem que estar os dois com vontade. Eu mesmo, se eu convidado você para sair nem eu pagando, você tem que ser solta, no que você falar, senão eu sou neutro. (História 1).

A importância da afetividade no relacionamento também foi apontada por uma usuária que relatou ter passado a se relacionar com mulheres, pois nas experiências dela, foram pessoas com condutas mais afetuosas. A saber:

Não dá um beijo e um carinho. Eu já fui casada, já tive filho, mas depois eu namorei com uma mulher e achei muito mais carinhosa. Tamanho não é documento, o que vale é o carinho. O respeito em si é mais importante que o sexo, o sexo é bom, dá prazer, mas sem respeito não vale a pena. (História 4)

Uma das possibilidades que essa população encontra para ter garantido o direito ao exercício da sexualidade, incluindo o sexo, é a ida a prostíbulos. Pois, seus corpos socialmente não são vistos como desejáveis, em decorrência do acometimento por transtornos mentais, assim como são discriminados e excluídos, então pagar por sexo passa a ser uma estratégia (Figueiredo & Barros, no prelo). Um dos usuários contou como foi a sua primeira relação sexual em uma “casa de sexo”, conforme o relato a seguir: “Eu não sou mais virgem, eu tirei minha virgindade no cabaré. Foi uma experiência boa, dei muito cheiro nela. Eu sinto muita falta dela”. (História 1). Outro participante também mencionou sua experiência em um prostíbulo:

Eu creio no seguinte, no meu caso eu nunca tive uma namorada. Eu fui com meus 19 anos naqueles cabarés na rua do cemitério. Pra falar a verdade eu nunca tive namorada. Na época eu não era convertido, eu tenho uma fraqueza grande por mulher, não nego a ninguém. (História 1)

A reforma psiquiátrica e a conseqüente desinstitucionalização colocou para a sociedade como um todo, a superação da exclusão e para a família o papel de cuidadora

ativa da pessoa com transtornos mentais. O cuidado que ocorre no seio familiar é crucial no processo de inclusão social das pessoas com sofrimento psíquico. Contudo, são comuns relatos de sobrecarga de cuidadores, devido a impactos sofridos na vida social, ocupacional e financeira (Kebbe, Rôse, & Carretta, 2014). Por isso, a família precisa de suporte social e de uma boa vinculação com o serviço de saúde mental.

Nesta pesquisa, a quantidade de relatos das participantes que compreendiam o parceiro em um relacionamento como um cuidador foi expressiva. Para algumas usuárias caberia ao parceiro ofertar suporte em momentos de crise, estimular a adesão ao tratamento e as acompanhar nas idas aos serviços de saúde. Somadas a uma possível necessidade feminina de proteção e cuidado, evidenciada nesta amostra, as necessidades apontadas são especificidades da constituição de relacionamento com a pessoa com transtorno mental severo. Esses discursos aparecem nos trechos apresentados abaixo.

Sou depressiva, nervosa, como qualquer pessoa pode ser. O transtorno não é uma doença grave que ninguém pode chegar perto. Quando tem crise ela é passageira. Eu tenho uma pessoa há cinco meses, nesse tempo essa pessoa viu que eu não tenho atitudes de perigo aí quando vem a crise ele vê que eu tenho transtorno aí é um período que ele tem para escolher se eu sou pessoa para ficar ou dispensar.[...] O transtorno não é uma coisa que a gente pediu é o que a gente tem. Tem que saber se a pessoa pode querer ajudar a vencer, mas quando tem alguém que acha que é louca, tem o homem que quer ficar e o que abandona. [...] Um companheiro tem que ajudar. (História 3).

Na sexualidade eu falo assim, tem que ter amor, carinho, olhar o momento do outro na fraqueza e na doença. Vou fazer isso com meu esposo, ajudar meu esposo. Um maltratando o outro não é amor. Um tem que olhar o momento do outro, a fraqueza do outro e ajudar indo ao médico. (História 6)

Ademais, esse parceiro cuidador, na perspectiva das participantes, não pode ser alguém que tenha algum transtorno mental. Pois, para elas a condição psicopatológica inviabilizaria o cuidado, seria mais um evento estressor para lidar no cotidiano, não sendo atrativo se relacionar com essas pessoas. Os seguintes discursos evidenciam esta afirmação.

Sobre a questão de relacionamento, no meu ponto de vista quem tem problema mental não deveria se relacionar com quem tem transtorno também. É um cego guiando outro! Como um vai ajudar o outro? Um bipolar e um esquizofrênico em uma casa, o que vai dar? Toca fogo na casa. Toda pessoa precisa de alguém para cuidar. [...]A tendência é um puxando o outro. Quando um está em crise o outro entra. O que não

deveria ter era discriminação contra a pessoa com transtornos mentais, pois todo mundo necessita de alguém mais para cuidar. Então o que resta para quem tem transtorno mental? Ou ficar só ou se unir com quem também tem problema. [...] Sexo não é tudo, a gente quer alguém para proteger. Na minha casa, minha mãe tinha problema, já pensou se meu pai também tivesse problema? Quem ia ajudar ela? Ia ser pior para a gente. (História 3).

Eu acho desnecessário duas pessoas com transtornos se juntarem. Eu assisti um filme em que uma autista e uma pessoa com síndrome de down se juntaram e eles eram felizes eu só não concordo por causa de transtorno e teve uma novela que o médico se apaixonou por uma autista e se casaram. Isso serve para nossa vida que a gente pode ser feliz. No meu entendimento duas pessoas com transtornos não deveriam se juntar. (História 4).

Aqui no CAPS tem pessoas muito maravilhosas, mas tem os mesmos probleminhas que eu e não toca em meu coração. Queria que Deus me mandasse alguém com mais entendimento que eu para cuidar de mim. Todo mundo pode namorar com quem quiser. Mas, queria alguém que cuidasse de mim quando eu tivesse arriada. Adoro todos aqui de paixão né meninos? Danço com todos mas queria alguém com mais entendimento. Procuro na vida um amor verdadeiro para vida inteira. (História 5).

Nesse aspecto, vale ressaltar que uma das repercussões do processo de exclusão dessa minoria social, a partir do histórico do modelo hospitalocêntrico e manicomial, foi a construção de representações negativas acerca da pessoa com transtorno mental. Ainda nos dias atuais se fazem presentes estereótipos de que elas são pessoas “sem juízo” e agressivas que suscitam atitudes de medo e exclusão (Maciel et al., 2008). Essa valoração negativa em torno desse público, então, pode ser reproduzida por quem também possui a mesma condição, já todos estão inseridos no mesmo meio social que discrimina e exclui a pessoa com transtornos mentais severos. Devido à maneira como a sociedade lida com essa população, também foi mencionado por uma participante como ela age em situação de relacionamento com alguém que não é assistido no CAPS.

Quando a pessoa tem um relacionamento com alguém que já é do CAPS tudo bem porque já está na mesma barca, mas com alguém de fora eu mesma escondo, eu espero a pessoa me conhecer primeiro, como eu trato a pessoa, para quando eu falar que sou do CAPS ele possa ver que não sou louca. (História 3).

Apesar de ter sido referida pelos participantes a preferência por estabelecer relações com pessoas que não tenham transtornos mentais, um participante mencionou a ocorrência de relacionamentos íntimos dentro do próprio CAPS. “[...] eu acho que aqui todo mundo

namora com todo mundo. Fica no banheiro um tempão”. (História 1). Nesse contexto, cabe às equipes que atuam na instituição supracitada abordar questões referentes ao exercício saudável da sexualidade, abordando questões como a prevenção às IST e violência, bem como noções de privacidade, por exemplo, conforme já foi explicitando anteriormente.

A assistência dos profissionais pode auxiliar os usuários a melhorarem a saúde sexual e superar experiências traumáticas devido à violência sexual, o que é muito comum nessa população (Barbosa, Souza & Freitas, 2015a). Segue a fala de duas participantes que exemplificam isso: “A gente passava 3 horas pra fazer alguma coisa, eu tenho trauma, quando diz assim, vamo lá que vai botar, matou a mulher, ele nunca viu a minha bicha que eu não deixo, aí derrubava ele da cama”. (História 1).

Vivi com os homens até 9... 10 anos, mas não deu certo a convivência, aí vivo só com os filhos. Só tenho mais experiência da vida, do sofrimento, que vivi, não quero viver sozinha, mas não quero alguém que me maltrate. Quero só isso, um companheiro que me trate com carinho e com respeito. (História 5).

Já outros dois usuários afirmaram exercer plenamente a vida sexual, sem intercorrências ou dificuldades. O que também demonstra a possibilidade, de independente do acometimento por algum transtorno mental, vivenciar a dimensão sexual como a população geral. “Sobre a sexualidade tá tudo bem comigo, tudo normal e tudo bem e só isso mesmo. Tenho relações”. (História 5). “Eu não tenho problema com sexo, outro dia tive três orgasmos. Mas, isso é o amor. Quando o homem brocha é um pensamento negativo no nosso cérebro. Se você não desabafar o problema, o sexo não fica bom”. (História 6).

A partir do conteúdo exposto nesta categoria temática, percebe-se que questões de gênero podem estar interligadas ao sofrimento psíquico. Além disso, foi possível notar que os afetos e necessidades sexuais desse público não são distintos daqueles que pessoas consideradas, de acordo com padrões sociais, “normais” possuem. Contudo, é notória a existência de empecilhos quanto à possibilidade de vivenciar a sexualidade do modo desejado, sobretudo devido aos preconceitos e exclusão social.

Corpo e sexualidade

A compreensão que se tem em relação à sexualidade está ligada diretamente às práticas sexuais adotadas pelos indivíduos. Visando entendê-las foram analisadas as

definições dadas pelos participantes do presente estudo e serão evidenciadas a seguir: “Sexualidade para mim é amar, bem-estar, desejar, ser amada. Amar e ser amado. Respeitar, cuidar. Se tiver amor sem respeito, não adianta do que adianta amar e ser maltratado, isso é falsificação ideológica”. (História 6). Enquanto na história 2, foi definida como: “Sexualidade para mim é... afetividade, descoberta, carinho, sensualidade, respeito, carência, amor, compreensão, respeito, beleza, conversar com o parceiro, valores, se colocar no lugar do outro, cumplicidade”. (História 2).

Sexualidade envolve casais, sentimentos, homem e mulher. Sexualidade não é só sexo, é uma pessoa para conversar sem ser recriminado e você ter liberdade para fazer o que quiser. A sexualidade é o modo de você se vestir, de chamar a atenção e se relacionar com o outro e com a outra com carinho e com atenção e com amizade, com respeito e entender o gosto de cada um. Eu acho que é a opção sexual eu acho. Eu acho que é a pessoa fazer as suas escolhas, independentemente do que as pessoas vão pensar, a família e a sociedade [...] Sexualidade pra mim é amor próprio, é viver de acordo com as atitudes, é ter dinâmica de vida, é respeitar os limites do outro na convivência, seja ela no trabalho, seja ela no seio familiar, na universidade. Quando a gente fala de sexualidade a gente fala de relação, de limites, de abertura e respeito acima de tudo. (História 4).

Nota-se que as concepções acerca da sexualidade humana apresentadas pelos participantes se complementam e abarcam diversos aspectos que a compõem, além da prática sexual. Vale ressaltar, que esses discursos contradizem a perspectiva nosológica psiquiátrica, quando aponta que as pessoas com transtornos mentais severos apresentam a afetividade comprometida ou embotada, pois os indivíduos exibiram nas histórias o afeto e os desejos de se relacionarem e constituírem relacionamentos íntimos, bem como uma compreensão ampla de sexualidade.

Contudo, a sexualidade também foi apontada como algo situado no corpo, sobretudo nos órgãos genitais. De acordo com Gomes & Lisboa (2015) a dimensão sexual humana é concebida no senso comum frequentemente como sinônimo de genitalidade. A compreensão da sexualidade a partir do genital, restringe seu sentido ao sexo e a associa apenas aos órgãos genitais. Essa perspectiva pôde ser observada no relato apresentado abaixo.

Sexualidade é o seguinte, quando eu chego em baile e vejo uma mulher que lhe dá bola eu tenho sexualidade naquele momento. [...] A

sexualidade é a pessoa dar a vontade de sexo. Primeiro para ter a sexualidade você tem que ter a experiência. (História 6).

O sexo, por conseguinte, também é compreendido de forma complexa, afinal sempre foi concebido pelo ser humano de forma multifacetada (Foucault, 2015). Nesse sentido, uma participante contou sua experiência em relação às relações sexuais. “Amor, tesão, prazer, com muito amor e carinho, gosto de amor e carinho e desejo. Pra falar a verdade eu nunca tive orgasmo com homem nenhum, eu já fiquei com vários homens e só sinto prazer”. (História 1). Outra usuária colocou o sexo como algo central na vida dele. “Pra mim, acho que o sexo é gosto, o importante da vida é viver, respeitar e fazer e fazer muito amor”. (História 2). Em outro trecho, uma participante referiu a importância das preliminares na hora do sexo. “O que eu penso é que os homens de hoje em dia não sabem fazer amor e sexo, não tem preliminar, já começa entrando no bueiro”. (História 2). Da mesma maneira em que foi citado anteriormente, isso contrapõe o estigma de que o sexo das pessoas com transtornos mentais é impulsivo ou primitivo.

Em outras narrativas surgiram crenças associadas à masturbação, conforme será evidenciado a seguir: “A pessoa que fica batendo paçoca arromba com a pessoa né? Uma vez por ano dizem que é bom”. (História 1). “No meu caso, me satisfaço sozinha, que mulher não precisa de homem”. (História 5). O primeiro relato mostra um desconhecimento do usuário quanto à masturbação, como se a sua prática trouxesse algum tipo de malefício. Isso denota a necessidade de ações de educação em saúde que visem, dentre outros aspectos, informar sobre o conhecimento do próprio corpo e quais as práticas colocam em risco à saúde. Já no segundo trecho, essa prática sexual aparece como alternativa para a obtenção de prazer sem a necessidade de se relacionar com outra pessoa.

Na história 5 um trecho evidencia a indissociabilidade do erotismo com os ideais de beleza que a partir da subjetividade são a base da expressão do desejo (Oliveira, Cardoso, & Denari, 2017). Ao ser solicitado que completasse a frase disparadora (conforme foi explicitado no método) para que a história fosse iniciada, uma participante falou sobre beleza, a associando à sexualidade. Assim, como pode evidenciar um desejo de atender ao que é estabelecido como padrão de beleza e assim ser um corpo desejado. A saber:

A beleza da mulher pra mim está nos cabelos, na pele, na vaidade. No mercado deveria ter mais produtos que valorizasse mais a mulher em tempo diminutivo. Não tem remédio que a gente vê o remédio logo? Como uma dipirona? Deveria ter um para o cabelo crescer, porque o cabelo cresce pela raiz. (História 5).

A busca pela obtenção do corpo belo, de acordo com os padrões estabelecidos socialmente, pode refletir a baixa autoestima em consequência da exclusão social e ausência de contatos íntimos. Além disso, essa população geralmente sofre com alterações corporais devido às terapias medicamentas, histórico de violência sexual e a crença de desvalor perante a sociedade que podem acarretar a abstinência sexual e solidão (Jager, Greevenbroek, Nugter & Os, 2018; Segalovich, Doron, Behrbalk, Kurs & Romem 2013; Barbosa, Souza & Freitas, 2015a).

Na história 2, por exemplo, uma usuária relatou que o sofrimento psíquico colocou a condição de abstinência sexual para ela. “Eu fiquei sete anos sem ter relação sexual, fiquei doente internada no CAPS por 4 meses e demorei muito para me recuperar psicologicamente” (História 2). Já na história 1, dois participantes distintos expuseram a crença de que sentiam dores em decorrência da abstinência sexual. “Eu tenho dor nas costas e o médico disse que isso é falta de sexo. [...] Eu sinto muita dor de cabeça porque nunca mais fiz sexo na minha vida. (História 1).

Portanto, nota-se que a sexualidade faz parte da personalidade de cada indivíduo, constitui uma necessidade básica do ser humano e não pode ser dissociada de outros aspectos da vida. A sexualidade exerce influência sobre os valores, crenças, ações e relações e, conseqüentemente na saúde. Necessitando assim, ter o seu manejo incluído nos projetos terapêuticos singulares dos usuários dos serviços de saúde mental.

Considerações finais

O presente estudo investigou como usuários dos três CAPS III, voltados ao cuidado das pessoas com transtornos mentais, de Aracaju-SE vivenciavam a sexualidade e o que pensavam sobre essa temática. Foi possível identificar através dos relatos que ao associarem a vivência da sexualidade com a condição psicopatológica, os discursos dos participantes revelavam aspectos negativos. As experiências narradas refletem contextos de exclusão social, preconceitos e vulnerabilidades. Esse fenômeno é diferente do que se observa em outras condições patológicas em que podem ser obtidos ganhos secundários ao processo de adoecimento (Straub, 2005).

Além disso, emergiram nas histórias construídas pelos participantes conteúdos que enunciam uma maior exposição deste público à violência sexual, bem como o quanto questões de gênero podem estar imbricadas ao sofrimento psíquico. Os usuários demonstraram que percebiam a exclusão social e expressaram, na maioria das narrativas, a impossibilidade de exercer a sexualidade da maneira desejada. Manifestaram a afetividade e a vontade de constituir um relacionamento amoroso, sobretudo com alguém que não tenha transtornos mentais. Essa preferência se dá em primazia, pois nesse contexto o parceiro ideal é visto como cuidador em potencial.

É importante salientar que os desejos, afetos e necessidades sexuais não diferem das pessoas consideradas, de acordo com padrões sociais, normais. Além disso, que apesar de ser comum na literatura científica a afirmação de que algumas psicopatologias graves provocam o embotamento afetivo, os usuários mencionaram que compreendem a prática sexual como algo associado ao amor, carinho, respeito e valores morais, éticos e religiosos. Enquanto alguns participantes também interpretam a sexualidade como sinônimo de genitalidade.

Diante dos achados neste estudo, é possível perceber a relação entre a saúde e sexualidade, bem como os efeitos benéficos da prática sexual. A vivência saudável da sexualidade é importante no processo de reintegração psicossocial, pois implica em bem-estar, qualidade de vida, autoestima, autocuidado, obtenção de prazer e de suporte social, mediante os vínculos estabelecidos com outras pessoas (Branco et al., 2013). Ademais, representa o cuidado integral em saúde, caracterizado pela consideração das dimensões biopsicossociais das pessoas, assim como as singularidades e necessidades específicas de saúde (Brasil, 1990).

Dessa maneira, se os atores envolvidos na atenção à saúde mental, de acordo com Quinn e Happell (2012), negligenciarem a sexualidade estarão desconsiderando um aspecto relevante da subjetividade e, portanto, não estarão realizando o cuidado integral em saúde, podendo comprometer a qualidade do tratamento. Trabalhar com pessoas que foram acometidas por transtornos mentais graves e persistentes exige o manejo de aspectos subjetivos, a partir da construção de vínculo (Jorge et al., 2011).

Nesse cenário, faz-se necessária a criação e potencialização de estratégias que possibilitem para as pessoas com transtornos mentais severos o exercício saudável da sexualidade. A educação permanente em saúde precisa ser fortalecida, pois a partir dela

pode se suprir a necessidade de se trabalhar a temática entre profissionais, a partir das suas demandas e dos usuários. Nesse processo, as dúvidas, dilemas e contribuições dos trabalhadores serão acolhidos e ele facilitará o desenvolvimento de recursos estratégicos a partir de dispositivos terapêuticos, como as oficinas em saúde mental, por exemplo. A partir disso pode-se alcançar a garantia dos direitos, dentre eles o de vivenciar as questões sexuais, a estes indivíduos.

Por fim, espera-se que esta pesquisa possa subsidiar estudos posteriores sobre este tema. Ademais, auxiliar profissionais da assistência em saúde mental a conhecerem aspectos da vivência da sexualidade dos usuários dos serviços, bem como a refletirem sobre suas práticas e possíveis estratégias a serem adotadas no cotidiano para o manejo das questões sexuais.

Referências

- Agénor, M & Collins, P. (2013). Preventing HIV among U.S. women of color with severe mental illness: perceptions of mental health care providers working in urban community clinics. *Health care for women international*, 34 (34), 281- 302. doi: 10.1080/07399332.2012.755983
- Amarante, P. (2003). *Saúde Mental, políticas e instituições: programa de educação à distância*. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/ FIOCRUZ.
- American Psychiatry Association- APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5*. 5ª ed. Washington: American Psychiatric Association.
- Barbosa, J. A. G., Guimarães, M. D. C., & Freitas, M. I. F. (2013). Sexualidade e vulnerabilidade social em face das infecções sexualmente transmissíveis em pessoas com transtornos mentais. *Rev Med Minas Gerais*, 23(4) 455-461. doi: 10.5935/2238-3182.20130071
- Barbosa, J. A. G., Souza, M. C. M. R., & Freitas, M. I. F. (2015a). A abordagem da sexualidade como aspecto essencial da atenção integral de pessoas com transtornos mentais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20 (7), 2165-2172. doi: 10.1590/1413-81232015207.01792014
- Barbosa, J. A. G., Souza, M. C. M. R., & Freitas, M. I. F. (2015b). Violência sexual: narrativas de mulheres com transtornos mentais no Brasil. *Revista panamericana de salud publica*, 37(4-5), 273-8. Recuperado de: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v37n4-5/273-278/pt>
- Branco, F. M. F. C., Sales, J. C. S., Trindade, F. R., Pessoa, M. D., Freitas, C. M. P. A., Silva, M. M. (2013). A percepção do portador de esquizofrenia sobre sua sexualidade. *Revista*

- Interdisciplinar*, 6 (2). Recuperado de https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/44/pdf_1
- Brasil (1990). Lei 8.080 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. Recuperado de http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/04_lei_8080.pdf
- Brasil (2004). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brito, F. P., & Oliveira, C. C. (2009). A sexualidade negada ao doente mental: percepções da sexualidade do portador de doença mental por profissionais de saúde. *Ciências e Cognição*, 14 (1), 246-254. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1806-58212009000100016&lng=pt&nrm=iso
- Brown, S. D., Reavey, P., Kanyeredzi, A., & Batty, R. (2014). Transformations of self and sexuality: Psychologically modified experiences in the context of forensic mental health. *Health*, 18(3), 240-260. doi: 10.1177/1363459313497606
- Butler, J., & Rios, A. (2009). Desdiagnosticando o gênero. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 19(1), 95- 126. doi: 10.1590/S0103-73312009000100006
- Cerqueira-Santos, E., Carvalho, C. A. S. G., Nunes, L. M., & Silveira, A. P. (2017). Homofobia Internalizada e Religiosidade entre Casais Homoafetivos. *Temas em Psicologia*, 25 (2), 691-702. doi: 10.9788/TP2017.2-15
- Corbett, R., Elsom, S., Sands, N., & Prematunga, R. (2017). An exploratory investigation of sexual health screening in the first 12 weeks of case management in populations with severe mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(2), 160-169. doi: 10.1111/inm.12257
- Creswell, J. W. (2016). *Projeto de pesquisa: método qualitativo, quantitativo e misto*. 3 ed. Porto Alegre: Artmed.
- Dalgalarrondo, P. (2018). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Das, S., & Agrawal, A. (2017). Clozapine-induced delayed ejaculation. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 39(6). Recuperado de <http://www.ijpm.info/text.asp?2017/39/6/828/219641>
- Dein, K. E., Williams, P. S., Volkonskaia, I., Kanyeredzi, A., Reavey, P., & Leavey, G. (2015). Examining professionals' perspectives on sexuality for service users of a forensic psychiatry unit. *International Journal of Law and Psychiatry*, 44. doi: 10.1016/j.ijlp.2015.08.027
- Detomini, V. C., Rasesa, E. F., & Peres, R. S. (2016). Sexualidade e saúde mental: vivências, serviços e estigmas. *Revista da SPAGESP – Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*, 17(2), 81-95. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702016000200007

- Figueiredo, J. M. A., & Barros, L. M. (no prelo). A sexualidade como parte do cuidado integral à saúde dos moradores das residências terapêuticas de Aracaju-SE. *Tempus actas de Saúde Coletiva*.
- Foucault, M. (2009). *História da loucura: na Idade clássica*. (Trad. José T. C. Neto). São Paulo: Perspectiva.
- Foucault, M. (2015). *História da sexualidade 1: a vontade de saber*. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 2ª ed. São Paulo: Paz e terra.
- Gomes, N. S. & Lisboa, C. S. M. (2015). Sexualidade e suas vicissitudes na escolha de vida religiosa consagrada. *Psicologia & Sociedade*, 27(3), 599-608. doi: 10.1590/1807-03102015v27n3p599
- Guimarães, M.D.C., Campos, L. N., Melo, A. P. S., Carmo, R. A., Machado, C. J., & Acurcio, F. A. (2009). Prevalence of HIV, syphilis, hepatitis B and C among adults with mental illness: a multicenter study in Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo, 31(1), 43-47. doi: 10.1590/S1516-44462009000100011
- Jager, J., Greevenbroek, R. V., Nugter, A., & Os, J. V. (2018). Sexual Expression and It's Determinants, in People Diagnosed with Psychotic Disorders. *Community Mental Health Journal*, doi: 10.1007/s10597-018-0285-1.
- Jorge, M. S. B., Pinto, D. M., Quinderé, P. H. D., Pinto, A. G. A., Sousa, F.S.P. & Cavalcante, C. M. (2011). Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciência e saúde coletiva*, 16 (7), 3051-3060. doi: 10.1590/S1413-81232011000800005
- Just, M. J. (2015). The influence of atypical antipsychotic drugs on sexual function. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11(7), 1655. doi: 10.2147/NDT.S84528.
- Kebbe, L. M., Rôse, L. B. R., Fiorati, R. C., & Carretta, R. Y. D. (2014). Cuidando do familiar com transtorno mental: desafios percebidos pelos cuidadores sobre as tarefas de cuidar. *Saúde em debate*, 38 (102), 494-505. doi: 10.5935/0103-1104.20140046
- Maciel, S. C. (2008). Exclusão social do doente mental: discursos e representações no contexto da reforma psiquiátrica. *Psico-USF*, 13 (1), 115-124. doi: 10.1590/S1413-82712008000100014
- Mann, C.G., Oliveira, S.B., & Oliveira, C.S.S. (2002). *Guia para profissionais de saúde mental/sexualidade e DST/AIDS: discutindo o subjetivo de forma objetiva*. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia.
- Mann, C. G., Monteiro, S. (2018). Sexualidade e prevenção das IST/aids no cuidado em saúde mental: o olhar e a prática de profissionais no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(7), e00081217. doi: 10.1590/0102-311X00081217
- Miranda, F. A. N., & Furegato, A. R. F. (2002). Percepções da sexualidade do doente mental pelo enfermeiro. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 10(2), 207-213. doi: 10.1590/S0104-11692002000200013

- Miranda, F. A. N.; Furegato, A. R. F.; Azevedo, D. M. (2008). Práticas discursivas e o silenciamento do doente mental: sexualidade negada? *Escola Anna Nery*. Rio de Janeiro, 12 (1), 136-142. doi: 10.1590/S1414-81452008000100021
- Moraes, R.; Galiazzi, M. C. (2011). *Análise textual discursiva*. 2a Ed. Ijuí: Ed. Unijuí.
- Oliveira, E. L., Cardoso, D. C., & Denari, F. E. (2017). O corpo humano como alimento para a sexualidade. *Revista Brasileira de Psicologia e Educação*, 19 (1), 67-79. doi: 10.30715/rbpe.v19.n1.2017.10821
- Orita, P. T. K., & Maio, E. R. (2013). A fisiologia e a sexualidade da pessoa com transtorno mental: a hospitalização da libido. In: Simpósio Internacional de Educação Sexual (SIES). *Anais do Simpósio Internacional de Educação*, Maringá, Recuperado em 5 março, 2019, de http://www.sies.uem.br/anais/pdf/direito_e_sexualidade/2-03.pdf
- Östman, M. (2014). Low satisfaction with sex life among people with severe mental illness living in a community. *Psychiatry Research*, 216(3), 340-345. doi: 10.1016/j.psychres.2014.02.009.
- Pitta, A. M. F. (2011). Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4579-4589. doi: 10.1590/S1413-81232011001300002
- Quinn, C.; Happell, B. (2012). Getting better: Breaking the ice and warming to the inclusion of sexuality in mental health nursing care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21 (2), 154–162. doi: 10.1111/j.1447-0349.2011.00783.x.
- Quinn, C., & Happell, B. (2015). Sex on show. Issues of privacy and dignity in a Forensic mental health hospital: Nurse and patient views. *Journal Of Clinical Nursing*, 24(15-16), 2268-2276. doi: 10.1111/jocn.12860
- Quinn, C., & Happell, B. (2013). Talking About Sexuality With Consumers of Mental Health Services. *Perspectives in Psychiatric Care*, 49(1), 13-20. doi: 10.1111/j.1744-6163.2012.00334.x
- Salles, M. M., & Barros, S. (2013). Representações sociais de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial e pessoas de sua rede sobre doença mental e inclusão social. *Saúde e Sociedade*. 22(4), 1059-1071. doi: 10.1590/S0104-12902013000400009.
- Segalovich, J., Doron, A., Behrbalk, P., Kurs, R., & Romem, P. (2013). Internalization of stigma and self-esteem as it affects the capacity for intimacy among patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27(5), 231–234. doi: 10.1016/j.apnu.2013.05.002
- Silverthorn, D.U. (2010). *Fisiologia humana: uma abordagem integrada*. 5ª ed. Porto Alegre.
- Soares, A. N.; Silveira, B. V.; Reinaldo, A. M. S. (2010). Oficinas de sexualidade em saúde mental: relato de experiência. *Cogitare Enfermagem*, 15(2), 345-348. doi: 10.5380/ce.v15i2.17874
- Souza, A. C. (2006). CAPS e Saúde da Família: uma Articulação Necessária. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 10(4), 703 - 710. doi: 10.1590/S1414-81452006000400012.
- Straub, R. O. (2005). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artmed.

- Stewart, A. J., Oklota, C. T., Hadley, W. & Brown, L. K. (2012). Mania Symptoms and HIV-Risk Behavior Among Adolescents in Mental Health Treatment. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 41(6). doi: 10.1080/15374416.2012.675569
- Wang, P. S., Demler, O., & Kessler, R. C. (2002). Adequacy of treatment for serious mental illness in the United States. *Am J Public Health*, 92 (1). Recuperado em 12 março 2019, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447396/>
- WHO- World Health Organization. (2006). *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-3. January 2002*. Geneva: WHO. Recuperado em 19 abril 2019, de https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf
- WHO- World Health Organization. (2018a). *Mental disorders*. Recuperado em 15 janeiro, 2019, de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- WHO- World Health Organization. (2018b). *Mental Health Atlas 2017*. Recuperado em 13 outubro, 2018, de https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2017/en/
- Zanello, V., Fiuza, G., & Costa, H. S. (2015). Saúde mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico. *Revista de Psicologia*, 27(3), 238-246. doi: 10.1590/1984-0292/1483

Integração dos estudos e considerações finais

A presente pesquisa visou o estudo da sexualidade das pessoas com transtornos mentais severos, na perspectiva de profissionais de saúde mental que atuam no estado de Sergipe, assim como de usuários de CAPS III, voltados ao cuidado em saúde mental, de Aracaju-SE. A complexidade dessa temática norteou a construção do percurso metodológico adotado nesta dissertação de mestrado. O início consistiu em uma revisão sistemática de literatura, em âmbito nacional e internacional. A partir dos resultados obtidos com a revisão da literatura, observou-se que a assistência em saúde mental que contemple a dimensão sexual, historicamente se configura como um grande desafio. Os artigos que se adequaram aos critérios de inclusão evidenciaram que as pessoas com transtornos mentais maiores não reconhecem a saúde sexual como direito. Ademais, que em decorrência dos estigmas em torno das psicopatologias e processos excludentes que são submetidos diariamente a vivência sexual é repleta de dificuldades e condições vulneráveis. As produções enfatizaram também o despreparo de profissionais de saúde mental em lidar com questões sexuais nos serviços que trabalham. Nesse sentido, esse primeiro estudo retratou como o tema supracitado tem sido compreendido e pesquisado nos últimos anos, bem como foi o substrato para a escolha dos métodos e o desenvolvimento dos estudos seguintes.

O segundo estudo consistiu na construção de um instrumento psicométrico e teve o objetivo de descrever o processo de criação dessa escala desenvolvida para averiguar as crenças de profissionais, que atuam em redes de saúde mental pública ou privada, sobre a sexualidade das pessoas com transtornos mentais severos. Além disso, encontrar evidências de validade nesse instrumento, denominado de Escala de crenças acerca das pessoas com transtornos mentais severos (ECS-TMS). Os resultados alcançados a partir das análises estatísticas demonstraram índices adequados de consistência interna e evidenciaram as propriedades psicométricas da escala supracitada. Considerando a ausência de instrumentos sobre crenças associadas à sexualidade desse grupo populacional específico, o referido estudo contribuiu didaticamente com a descrição do processo de construção de uma escala, assim como oferta a ECS-TMS como recurso metodológico para outras pesquisas.

O terceiro estudo se deteve a investigar as crenças dos profissionais de saúde mental sobre a sexualidade dos indivíduos acometidos por transtornos mentais. A partir de um

método quantitativo, foram analisadas as repostas de uma amostra de 59 pessoas atuantes em Sergipe a um formulário *online*. Dentre os instrumentos e outros itens inseridos nesse questionário, estava o instrumento piloto (ECS-TMS). Os dados oriundos dessa aplicação, possibilitaram a realização de Análise Fatorial Exploratória dos itens da escala, conduzida no estudo 2. Além disso, foram realizadas estatísticas descritivas e inferenciais. Os achados indicaram que assim como apontado no estudo de revisão sistemática, quando a sexualidade está relacionada às pessoas com transtornos mentais, evocam conteúdos referentes a contextos de vulnerabilidades, preconceitos e patologização. Os profissionais expressaram ampla concordância com o fato de as questões referentes à sexualidade desse grupo populacional ser pouco explorado.

Foi identificado também, o grupo de profissionais que atua há mais tempo no campo da saúde mental apresentou crenças mais negativas sobre a sexualidade dos indivíduos acometidos por transtornos mentais. Supõe-se que esses trabalhadores tragam resquícios do modelo hospitalocêntrico que possivelmente vivenciaram, antes de ocorrer a reforma psiquiátrica brasileira. Os manicômios usurpavam os direitos humanos daqueles que lá se encontravam em internação. Os aspectos subjetivos eram desconsiderados e havia exposição a todos os tipos de violência (Goffman, 2007). Certamente essas condições desumanas suscitavam manifestações sexuais mais agressivas, exacerbadas ou totalmente embotadas. O que faz com que muitas pessoas tenham essa imagem acerca da sexualidade desses indivíduos até os dias atuais.

No mesmo sentido do que foi indicado no estudo de revisão sistemática, acredita-se que o modelo psicossocial permite uma maior permeabilidade social e coloca o desafio para os usuários dos serviços de superar os processos discriminatórios que vivenciam no contato com a “diferença”, assim como para os profissionais o de quebrarem paradigmas quanto às práticas tradicionais no contexto psiquiátrico, rumo à desconstrução de manicômios invisíveis. A atenção psicossocial requer que esses trabalhadores da saúde mental se reinventem e direcionem as suas práticas à reintegração psicossocial dos usuários, mediante a garantia dos direitos, construção da autonomia e protagonismo (Amarante, 2003).

Após a realização de um estudo com profissionais, precisava-se averiguar como pessoas diagnosticadas com transtornos mentais graves vivenciavam a sexualidade e o que pensavam sobre essa dimensão a partir do relato delas. Para tanto, foi feita a quarta pesquisa com um delineamento qualitativo, mediante o desenvolvimento de oficinas de histórias

sobre sexualidade com um total de 62 usuários de CAPS III de Aracaju-SE. Através das narrativas, notou-se que assim como emergiu nos estudos 1, 2 e 3, ao associarem a vivência da sexualidade com a condição psicopatológica, os discursos revelavam aspectos negativos. As experiências pessoais relatadas pelos usuários refletem contextos de exclusão social, preconceitos e vulnerabilidades. Mas, é importante salientar que os desejos, afetos e necessidades sexuais apresentadas por esse público não diferiram das pessoas consideradas “normais”. Trata-se de uma população sexualmente ativa, que requer cuidados específicos quanto à prevenção de IST/HIV, bem como de ações que visem a promoção da saúde sexual. Contudo, a exclusão social as impede muitas vezes de constituírem relacionamentos íntimos e afetuosos, fato que está imbricado ao sofrimento psíquico. Os participantes do estudo 4 também referiram práticas repressivas de profissionais a manifestações sexuais de outros usuários dentro do CAPS e, por outro lado, a falta de adequação da própria instituição no que concerne à prevenção da ocorrência de violência/abuso sexual no próprio serviço.

O panorama apresentado nos 4 estudos que compõem a presente dissertação indica a necessidade de investimento constante em educação permanente no contexto assistencial, contemplando os desafios relacionados à sexualidade e à garantia do cuidado integral em saúde. É preciso haver a ampliação do debate acerca dessa temática na academia, para que possa acarretar em importantes repercussões na formação dos profissionais de saúde, bem como nos dispositivos de assistência à saúde e atenção psicossocial e nas políticas públicas. Nos serviços, os usuários precisam ser ouvidos e acolhidos, também no que se refere às suas experiências sexuais, de modo que preconceitos sejam desconstruídos e práticas iatrogênicas evitadas no manejo clínico.

Reitera-se a importância de considerar a complexidade da problemática e evitar a culpabilização dos profissionais de saúde mental. Entende-se que eles encontram dificuldades desde a sua formação, perpassando a maneira como a sociedade concebe a sexualidade no sistema em que eles também estão inseridos e até mesmo na relação com os familiares dos usuários ou com o julgamento social ao implementarem suas práticas. Afinal, a reintegração social da pessoa com transtorno mental é papel da sociedade como um todo e não dá para compreender e mudar essas questões de modo isolado. Espera-se que as pesquisas citadas aqui possam subsidiar estudos posteriores e propiciar reflexões e aprofundamento acerca da sexualidade das pessoas com transtornos mentais severos para outros estudiosos e profissionais de saúde mental.

Referências

- Agénor, M & Collins, P. (2013). Preventing HIV among U.S. women of color with severe mental illness: perceptions of mental health care providers working in urban community clinics. *Health care for women international*, 34 (34), 281- 302. doi: 10.1080/07399332.2012.755983
- Amarante, P. (2003). Saúde Mental, políticas e instituições: programa de educação à distância. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/ FIOCRUZ.
- Barbosa, J. A. G., Souza, M. C. M. R., & Freitas, M. I. F. (2015a). A abordagem da sexualidade como aspecto essencial da atenção integral de pessoas com transtornos mentais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20 (7), 2165-2172. doi: 10.1590/1413-81232015207.01792014
- Branco, F. M. F. C., Sales, J. C. S., Trindade, F. R., Pessoa, M. D., Freitas, C. M. P. A., Silva, M. M. (2013). A percepção do portador de esquizofrenia sobre sua sexualidade. *Revista Interdisciplinar*. 6 (2). Recuperado de https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/44/pdf_1
- Brasil. (2012). *Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
- Brasil. (2016). *Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html
- Brito, F. P., & Oliveira, C. C. (2009). A sexualidade negada ao doente mental: percepções da sexualidade do portador de doença mental por profissionais de saúde. *Ciências e Cognição*, 14 (1), 246-254. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1806-58212009000100016&lng=pt&nrm=iso
- Dein, K. E., Williams, P. S., Volkonskaia, I., Kanyeredzi, A., Reavey, P., & Leavey, G. (2015). Examining professionals' perspectives on sexuality for service users of a forensic psychiatry unit. *International Journal of Law and Psychiatry*, 44. doi: 10.1016/j.ijlp.2015.08.027
- Detomini, V. C., Rasesa, E. F., & Peres, R. S. (2016). Sexualidade e saúde mental: vivências, serviços e estigmas. *Revista da SPAGESP – Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*, 17(2), 81-95. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702016000200007
- Foucault, M. (2015). *História da sexualidade 1: a vontade de saber*. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 2ª ed. São Paulo: Paz e terra.
- Goffman, E. (2007). *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva.

- Guimarães, M.D.C., Campos, L. N., Melo, A. P. S., Carmo, R. A., Machado, C. J., & Acurcio, F. A. (2009). Prevalence of HIV, syphilis, hepatitis B and C among adults with mental illness: a multicenter study in Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo, 31(1), 43-47. doi: 10.1590/S1516-44462009000100011
- Jorge, M. S. B., Pinto, D. M., Quinderé, P. H. D., Pinto, A. G. A., Sousa, F.S.P. & Cavalcante, C. M. (2011). Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, corresponsabilização e autonomia. *Ciência e saúde coletiva*, 16 (7), 3051-3060. doi: 10.1590/S1413-81232011000800005
- Mann, C. G., Monteiro, S. (2018). Sexualidade e prevenção das IST/aids no cuidado em saúde mental: o olhar e a prática de profissionais no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(7), e00081217. doi: 10.1590/0102-311X00081217
- Mann, C.G., Oliveira, S.B. & Oliveira, C.S.S. (2002). *Guia para profissionais de saúde mental/sexualidade e DST/AIDS: discutindo o subjetivo de forma objetiva*. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia.
- Miranda, F. A. N., Furegato, A. R. F., & Azevedo, D. M. (2008). Práticas discursivas e o silenciamento do doente mental: sexualidade negada? *Escola Anna Nery*. Rio de Janeiro, 12 (1), 136-142. doi: 10.1590/S1414-81452008000100021
- Miranda, F. A. N., & Furegato, A. R. F. (2002). Percepções da sexualidade do doente mental pelo enfermeiro. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 10 (2), 207-213. doi: 10.1590/S0104-11692002000200013
- Quinn, C.; Happell, B. (2012). Getting better: Breaking the ice and warming to the inclusion of sexuality in mental health nursing care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21 (2), 154–162. doi: 10.1111/j.1447-0349.2011.00783.x.
- Silva, B. B; Cerqueira-Santos, E. (2014). Apoio e suporte social na identidade social de travestis, transexuais e transgêneros. *Revista da SPAGESP – Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*, 15 (2), 27-44. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702014000200004
- WHO- World Health Organization. (2006). *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002*. Geneva: WHO. Recuperado em 19 abril 2019, de https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf

APÊNDICES

Apêndice A

Primeira versão da ECS-TMS

ITENS (ESCALA DE CRENÇAS SOBRE A SEXUALIDADE DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS SEVEROS: ECS-TMS)

Marque com um X o número correspondente ao seu nível de concordância com as afirmações abaixo sobre a **SEXUALIDADE** das pessoas com **TRANSTORNOS MENTAIS**:

- 1 Discordo fortemente
- 2 Discordo
- 3 Discordo um pouco
- 4 Nem discordo e nem concordo
- 5 Concordo um pouco
- 6 Concordo
- 7 Concordo fortemente

a. As pessoas com transtornos mentais têm a sexualidade mais “aflorada”.	1	2	3	4	5	6	7
b. A sociedade reprime a vivência da sexualidade.	1	2	3	4	5	6	7
c. As pessoas com transtornos mentais não sentem desejo sexual.	1	2	3	4	5	6	7
d. O uso de medicamento para diminuir a libido deve fazer parte do tratamento em saúde mental.	1	2	3	4	5	6	7
e. O desejo sexual de um sujeito que tem transtorno mental se manifesta da mesma maneira em que aparece em qualquer outra pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
f. As pessoas com transtornos mentais são mais propensas a contrair infecções sexualmente transmissíveis (IST/HIV).	1	2	3	4	5	6	7
g. As manifestações da sexualidade variam de acordo com a gravidade do transtorno que a pessoa tem.	1	2	3	4	5	6	7
h. Os transtornos mentais fazem com que a pessoa tenha dificuldade de expressar os seus sentimentos.	1	2	3	4	5	6	7
i. Os desejos sexuais são demasiados.	1	2	3	4	5	6	7
j. Para a pessoa com transtorno mental a vivência da sexualidade é algo muito difícil.	1	2	3	4	5	6	7
k. Pessoas diagnosticadas com transtornos mentais têm o direito de viver plenamente sua sexualidade.	1	2	3	4	5	6	7
l. O sofrimento psíquico impede que a pessoa sinta prazer.	1	2	3	4	5	6	7

m. Existe agressividade nas relações sexuais com pessoas que possuem transtornos mentais.	1	2	3	4	5	6	7
n. A maneira como a pessoa diagnosticada com transtorno mental é tratada vai determinar se ela será carinhosa ou não nos relacionamentos.	1	2	3	4	5	6	7
o. As pessoas com transtornos mentais não entendem o que é sexualidade.	1	2	3	4	5	6	7
p. As práticas sexuais dos ditos “loucos” são diferentes do que as pessoas pensam.	1	2	3	4	5	6	7
q. As pessoas não sabem lidar com as manifestações da sexualidade de alguém que tem transtorno mental.	1	2	3	4	5	6	7
r. A sexualidade de quem tem transtornos mentais é um assunto pouco explorado.	1	2	3	4	5	6	7
s. Existe uma imagem negativa sobre a sexualidade desses sujeitos.	1	2	3	4	5	6	7
t. Os profissionais de saúde estão preparados para lidar com a sexualidade das pessoas com transtornos mentais.	1	2	3	4	5	6	7
u. Os doentes mentais se masturbam mais do que o restante da população.	1	2	3	4	5	6	7
v. As pessoas com transtornos mentais não seguem as normas e padrões da sociedade quanto à privacidade.	1	2	3	4	5	6	7
w. É um absurdo que alguém que tenha transtorno mental se case.	1	2	3	4	5	6	7
x. É possível ter transtorno mental e engravidar de maneira saudável.	1	2	3	4	5	6	7
y. O adoecimento mental pode tornar uma pessoa homossexual.							

Apêndice B

Roteiro enviado para os juízes (análise da ECS-TMS)

ITENS (ESCALA DE CRENÇAS SOBRE A SEXUALIDADE DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS SEVEROS: ECS-TMS)

Marque com um X o número correspondente ao seu nível de concordância com as afirmações abaixo sobre a **SEXUALIDADE** das pessoas com **TRANSTORNOS MENTAIS**:

- 1 Discordo fortemente
- 2 Discordo
- 3 Discordo um pouco
- 4 Nem discordo e nem concordo
- 5 Concordo um pouco
- 6 Concordo
- 7 Concordo fortemente

a. As pessoas com transtornos mentais têm a sexualidade mais “aflorada”.	1	2	3	4	5	6	7
b. A sociedade reprime a vivência da sexualidade.	1	2	3	4	5	6	7
c. As pessoas com transtornos mentais não sentem desejo sexual.	1	2	3	4	5	6	7
d. O uso de medicamento para diminuir a libido deve fazer parte do tratamento em saúde mental.	1	2	3	4	5	6	7
e. O desejo sexual de um sujeito que tem transtorno mental se manifesta da mesma maneira em que aparece em qualquer outra pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
f. As pessoas com transtornos mentais são mais propensas a contrair infecções sexualmente transmissíveis (IST/HIV).	1	2	3	4	5	6	7
g. As manifestações da sexualidade variam de acordo com a gravidade do transtorno que a pessoa tem.	1	2	3	4	5	6	7
h. Os transtornos mentais fazem com que a pessoa tenha dificuldade de expressar os seus sentimentos.	1	2	3	4	5	6	7
i. Os desejos sexuais são demasiados.	1	2	3	4	5	6	7
j. Para a pessoa com transtorno mental a vivência da sexualidade é algo muito difícil.	1	2	3	4	5	6	7
k. Pessoas diagnosticadas com transtornos mentais têm o direito de viver plenamente sua sexualidade.	1	2	3	4	5	6	7
l. O sofrimento psíquico impede que a pessoa sinta prazer.	1	2	3	4	5	6	7

m.	Existe agressividade nas relações sexuais com pessoas que possuem transtornos mentais.	1	2	3	4	5	6	7
n.	A maneira como a pessoa diagnosticada com transtorno mental é tratada vai determinar se ela será carinhosa ou não nos relacionamentos.	1	2	3	4	5	6	7
o.	As pessoas com transtornos mentais não entendem o que é sexualidade.	1	2	3	4	5	6	7
p.	As práticas sexuais dos ditos “loucos” são diferentes do que as pessoas pensam.	1	2	3	4	5	6	7
q.	As pessoas não sabem lidar com as manifestações da sexualidade de alguém que tem transtorno mental.	1	2	3	4	5	6	7
r.	A sexualidade de quem tem transtornos mentais é um assunto pouco explorado.	1	2	3	4	5	6	7
s.	Existe uma imagem negativa sobre a sexualidade desses sujeitos.	1	2	3	4	5	6	7
t.	Os profissionais de saúde estão preparados para lidar com a sexualidade das pessoas com transtornos mentais.	1	2	3	4	5	6	7
u.	Os doentes mentais se masturbam mais do que o restante da população.	1	2	3	4	5	6	7
v.	As pessoas com transtornos mentais não seguem as normas e padrões da sociedade quanto à privacidade.	1	2	3	4	5	6	7
w.	É um absurdo que alguém que tenha transtorno mental se case.	1	2	3	4	5	6	7
x.	É possível ter transtorno mental e engravidar de maneira saudável.	1	2	3	4	5	6	7
y.	O adoecimento mental pode tornar uma pessoa homossexual.							

Prezado (a) juiz (a),

A escala apresentada acima é a que pretendo desenvolver para averiguar as crenças dos profissionais de saúde mental acerca da sexualidade das pessoas com transtornos mentais severos. Segue um roteiro para que o (a) senhor (a) possa contribuir, a partir da sua experiência e trajetória acadêmica no campo da saúde mental ou da psicometria. Reitero os meus agradecimentos pela sua disponibilidade em colaborar com a minha pesquisa.

Pensando que os respondentes da ECS-TMS serão profissionais que atuam em serviços de saúde mental...

1- Existem itens dúbios? Se sim, qual (is)?

2- Se a resposta à questão anterior foi positiva, como você sugere que o (os) item (s) considerado(s) dúbio(s) seja (m) reescrito (s)?

- 3- Existe uma tendenciosidade para as respostas aos itens? Se sim, em qual (is) item (s)?**
- 4- Se a resposta à pergunta anterior for positiva, como você sugere que os itens sejam reescritos?**
- 5- Existem assuntos referentes à sexualidade das pessoas com transtornos mentais que não foram abordados na escala? Se sim, qual (is)?**
- 6- Existem itens com problemas quanto à redação? Se sim, qual (is)?**
- 7- Se a resposta à pergunta anterior for positiva, como você sugere que os itens sejam reescritos?**
- 8- Você excluiria algum (s) item (s) da escala? Se sim, qual (is)? Por qual motivo?**
- 9- Você mudaria a ordem como os itens estão dispostos na escala? Se sim, qual deveria ser a ordem dos itens?**
- 10- Caso haja mais observações e sugestões sobre a ECS-TMS, por favor utilize o espaço abaixo para registrá-las:**

Apêndice C

Instrumento piloto (ECS-TMS) após análises dos juízes

ESCALA DE CRENÇAS SOBRE A SEXUALIDADE DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS SEVEROS: ECS-TMS)

Marque com um X o número correspondente ao seu nível de concordância com as afirmações abaixo sobre a **SEXUALIDADE** das pessoas com **TRANSTORNOS MENTAIS**:

- 1 Discordo fortemente
- 2 Discordo
- 3 Discordo um pouco
- 4 Nem discordo e nem concordo
- 5 Concordo um pouco
- 6 Concordo
- 7 Concordo fortemente

a. As pessoas com transtornos mentais têm a sexualidade mais “aflorada”.	1	2	3	4	5	6	7
b. A sociedade reprime a vivência da sexualidade.	1	2	3	4	5	6	7
c. As pessoas com transtornos mentais não sentem desejo sexual.	1	2	3	4	5	6	7
d. O uso de medicamento para diminuir a libido deve fazer parte do tratamento em saúde mental.	1	2	3	4	5	6	7
e. O desejo sexual de um sujeito que tem transtorno mental se manifesta da mesma maneira que qualquer outra pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
f. As pessoas com transtornos mentais são mais propensas a contrair infecções sexualmente transmissíveis (IST/HIV).	1	2	3	4	5	6	7
g. As manifestações da sexualidade variam de acordo com a gravidade do transtorno que a pessoa tem.	1	2	3	4	5	6	7
h. Os transtornos mentais fazem com que a pessoa tenha dificuldade de expressar os seus sentimentos.	1	2	3	4	5	6	7
i. Os desejos sexuais dos indivíduos com transtornos mentais severos são demasiados.	1	2	3	4	5	6	7
j. Para a pessoa com transtorno mental a vivência da sexualidade é algo muito difícil.	1	2	3	4	5	6	7
k. Pessoas diagnosticadas com transtornos mentais têm o direito de viver plenamente sua sexualidade.	1	2	3	4	5	6	7
l. O sofrimento psíquico impede que a pessoa sinta prazer.	1	2	3	4	5	6	7

m. Existem comportamentos sexuais agressivos nos relacionamentos com pessoas que possuem transtornos mentais.	1	2	3	4	5	6	7
n. A maneira como a pessoa diagnosticada com transtorno mental é tratada vai determinar se ela será carinhosa ou não em seus relacionamentos sexuais.	1	2	3	4	5	6	7
o. As pessoas com transtornos mentais não entendem o que é sexualidade.	1	2	3	4	5	6	7
p. As práticas sexuais dos indivíduos com transtornos mentais severos são diferentes do que as pessoas pensam.	1	2	3	4	5	6	7
q. O adoecimento mental pode influenciar a orientação sexual do indivíduo o tornando bissexual ou homossexual.	1	2	3	4	5	6	7
r. As pessoas não sabem lidar com as manifestações da sexualidade de alguém que tem transtorno mental.	1	2	3	4	5	6	7
s. A sexualidade de quem tem transtornos mentais é um assunto pouco explorado.	1	2	3	4	5	6	7
t. Existe uma imagem negativa sobre a sexualidade desses sujeitos.	1	2	3	4	5	6	7
u. Os profissionais de saúde estão preparados para lidar com a sexualidade das pessoas com transtornos mentais.	1	2	3	4	5	6	7
v. As pessoas com transtornos mentais se masturbam mais do que o restante da população.	1	2	3	4	5	6	7
w. As pessoas com transtornos mentais não seguem as normas e padrões da sociedade quanto à privacidade.	1	2	3	4	5	6	7
x. É pouco provável que alguém que tenha transtorno mental se case.	1	2	3	4	5	6	7
y. É possível ter transtorno mental e engravidar de maneira saudável.	1	2	3	4	5	6	7
z. A transexualidade pode ser resultado do acometimento por transtorno mental severo.	1	2	3	4	5	6	7

Apêndice D

Itens das escalas de sexualidade

QUESTÕES SOBRE SEXUALIDADE

Questões adaptadas da “Escala de Crenças e Crenças Sobre Sexualidade Humana” de Jablonski (1998) e na “Escala de atitude diante da sexualidade” de Paquali, Souza e Tanizaki (1985).

Marque a opção correspondente ao seu nível de concordância com as afirmações abaixo sobre **SEXUALIDADE**:

1 Discordo fortemente

2 Discordo

3 Discordo um pouco

4 Nem discordo e nem concordo

5 Concordo um pouco

6 Concordo

7 Concordo fortemente

a.	Vivenciar a sexualidade faz bem para a saúde.	1	2	3	4	5	6	7
b.	Uma pessoa com mais de 60 anos não deveria pensar em sexo.	1	2	3	4	5	6	7
c.	A infidelidade masculina é aceitável.							
d.	O sucesso do ato sexual depende da participação ativa tanto do homem como da mulher.	1	2	3	4	5	6	7
e.	A homossexualidade é uma doença tratável.	1	2	3	4	5	6	7
f.	A mulher deve ter o direito de decidir se quer abortar.	1	2	3	4	5	6	7
g.	Mulheres não deveriam se masturbar.	1	2	3	4	5	6	7
h.	A menopausa indica o fim da vida sexual.	1	2	3	4	5	6	7
i.	Muito sexo leva à promiscuidade.	1	2	3	4	5	6	7
j.	A única forma aceitável de relação sexual é entre um homem e uma mulher.	1	2	3	4	5	6	7
k.	A maioria dos problemas sexuais é de origem psicológica.	1	2	3	4	5	6	7
l.	Um casamento heterossexual é a melhor proteção para a contaminação de IST/HIV.	1	2	3	4	5	6	7
m.	A homossexualidade é moralmente aceitável.	1	2	3	4	5	6	7
n.	A infidelidade feminina é aceitável.	1	2	3	4	5	6	7
o.	É preciso ser criativo(a) na atividade sexual.	1	2	3	4	5	6	7
p.	A homossexualidade deveria ser legalmente proibida.	1	2	3	4	5	6	7
q.	Mulheres que se prostituem são vítimas de exploração sexual.	1	2	3	4	5	6	7

Apêndice E

Versão final da ECS-TMS

ESCALA DE CRENÇAS SOBRE A SEXUALIDADE DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS SEVEROS: ECS-TMS)

Marque com um X o número correspondente ao seu nível de concordância com as afirmações abaixo sobre a SEXUALIDADE das pessoas com TRANSTORNOS MENTAIS:

- 1 Discordo fortemente
- 2 Discordo
- 3 Discordo um pouco
- 4 Nem discordo e nem concordo
- 5 Concordo um pouco
- 6 Concordo
- 7 Concordo fortemente

1.	A sexualidade de quem tem transtornos mentais é um assunto pouco explorado.	1	2	3	4	5	6	7
2.	A sociedade reprime a vivência da sexualidade.	1	2	3	4	5	6	7
3.	As pessoas não sabem lidar com as manifestações da sexualidade de alguém que tem transtorno mental.	1	2	3	4	5	6	7
4.	Pessoas diagnosticadas com transtornos mentais têm o direito de viver plenamente sua sexualidade.	1	2	3	4	5	6	7
5.	É possível ter transtorno mental e engravidar de maneira saudável.	1	2	3	4	5	6	7
6.	Existe uma imagem negativa sobre a sexualidade desses sujeitos.	1	2	3	4	5	6	7
7.	As pessoas com transtornos mentais se masturbam mais do que o restante da população.	1	2	3	4	5	6	7
8.	Existem comportamentos sexuais agressivos nos relacionamentos com pessoas que possuem transtornos mentais.	1	2	3	4	5	6	7
9.	O uso de medicamento para diminuir a libido deve fazer parte do tratamento em saúde mental.	1	2	3	4	5	6	7
10.	As pessoas com transtornos mentais não seguem as normas e padrões da sociedade quanto à privacidade.	1	2	3	4	5	6	7
11.	É pouco provável que alguém que tenha transtorno mental se case.	1	2	3	4	5	6	7
12.	Para a pessoa com transtorno mental a vivência da sexualidade é algo muito difícil.	1	2	3	4	5	6	7
13.	As pessoas com transtornos mentais não entendem o que é sexualidade.	1	2	3	4	5	6	7
14.	Os transtornos mentais fazem com que a pessoa tenha dificuldade de expressar os seus sentimentos.	1	2	3	4	5	6	7

ANEXOS

Anexo A

Histórias criadas pelos usuários de CAPS participantes da pesquisa

História 1

Amor, tesão, prazer, com muito amor e carinho, gosto de amor e carinho e desejo. Pra falar a verdade eu nunca tive orgasmo com homem nenhum, eu já fiquei com vários homens e só sinto prazer. Eu joguei a chapa na maré, deixei a maré levar porque estava doendo. Sexo é o seguinte, é realmente se você tiver uma intimidade e você se encontrar abertamente com a pessoa, se não for abertamente, não acontece nada. Tem que estar os dois com vontade. Eu mesmo, se eu convidado você para sair nem eu pagando, você tem que ser solta, no que você falar, senão eu sou neutro. Não tenho reação nenhuma. Meu marido está doente, com a sonda, os dois estão doentes e não pode fazer nada, Eu sou tímida e ele diz relaxe, e eu não consigo relaxar, sou viúva e tem 9 anos que eu estou sem ninguém, sou viúva, não acho ninguém. A gente passava 3 horas pra fazer alguma coisa, eu tenho trauma, quando diz assim, vamo lá que vai botar, matou a mulher, ele nunca viu a minha bicha que eu não deixo, aí derrubava ele da cama. Eu tenho trauma, não sinto nada, na primeira relação peguei minha filha, ele me gaiou e casei de novo com outro, peguei meu filho. Os dois morreram, vivi 20 anos com um e 7 anos com outro. Criei meus filhos sozinha. Ele morreu de acidente de moto, ele parecia com um príncipe, meu filho é lindo. Os homens não me vê, não sei porque. Eu fico triste, ninguém me quer. Eu não quero qualquer um, quero sentir amor, eu sou escorpiana 11 do 11, vingativa no amor. Eu odeio mentira. Que tô doente do cabelo até o pé. Eu tenho dor nas costas e o médico disse que isso é falta de sexo. Prazer, eu acho que aqui todo mundo namora com todo mundo. Fica no banheiro um tempão. Eu não penso, eu sou solteiro e tô querendo arrumar uma dona. No cabaré eu não vou não, lá tem coisa relativa. Tem que arrumar uma mulher direita, mulher que não bote chifre. Tem horas que eu não sinto vontade de fazer sexo, minhas carnes vivem mortas aqui desse CAPS e aí não sinto vontade de fazer sexo com o marido. Eu sinto muita dor de cabeça porque nunca mais fiz sexo na minha vida. Já eu quando faço quero muito e meu marido corre de mim. Boa de cama é quem dorme muito. Eu não sou mais virgem, eu tirei minha virgindade no cabaré. Foi uma experiência boa, dei muito cheiro nela. Eu sinto muita falta dela. Eu creio no seguinte, no meu caso eu nunca tive uma namorada. Eu fui com

meus 19 anos naqueles cabarés na rua do cemitério. Pra falar a verdade eu nunca tive namorada. Na época eu não era convertido, eu tenho uma fraqueza grande por mulher, não nego a ninguém. Na palavra diz: “cumprimentaivos uns com os outros com ósculos santos, sem malícia, sem maldade, mas eu já tentei namorar com algumas meninas, mas nenhuma me queria, não sei porque. Tem uma menina aqui que eu gosto muito dela. Pra mim, sexualidade eu vou pelo que a palavra de Deus diz a palavra de Deus, a gente tem que se conhecer primeiro antes de conhecer o outro. Eu sinto atração por mulher e pra saber se ela é boa de cama ou não, se ela for sebosa eu não vou querer ela não. Pretendo sim arranjar um. A pessoa que toma medicamento fica fraca para fazer sexo perde o tesão. Eu tomo remédio para ansiedade e esquecimento e quando eu vou fazer sexo eu fico muito tempo dentro da mulher para conseguir gozar. Mas, é muito tempo! Aí que é bom! Eu gosto de homem que demora. Eu gozo num instante, é vapt vupt. Eu mesmo dou 3. A primeira eu não conto, porque a mulher bem bonita com a buceta grande... Eu só dou 2, uma apulso. No meu caso, porque eu já soube do meu organismo. Tem remédio psiquiátrico, ansiolítico, psicotrópico, não dá vontade de ejacular , o principal que é o esperma que não sai. O psiquiatra não deixa eu falar nada do que eu sinto. A pessoa que fica batendo paçoca arromba com a pessoa né? Uma vez por ano dizem que é bom.

História 2

Sexualidade para mim é... afetividade, descoberta, carinho, sensualidade, respeito, carência, amor, compreensão, respeito, beleza, conversar com o parceiro, valores, se colocar no lugar do outro, cumplicidade. O que eu penso é que os homens de hoje em dia não sabem fazer amor e sexo, não tem preliminar, já começa entrando no bueiro. A falta de não ter vontade de fazer o sexo, acha que amanhã mas tem remédio que inibe a libido e tem um que ativa demais, aí tem cara que não dá conta, aí é babado. O homem na hora do sexo é muito machista, por exemplo, a gente está dormindo, aí o homem chama a gente para fazer um pá e a mulher está cansada e o homem não entende e as mulheres devem... O homem quando quer, a mulher tem que querer fazer sexo porque quando a mulher não quer, o homem vai procurar na rua. Carente. Se ele arrumar outra é porque a de casa não está servindo. Quando eu não era casado, eu era fujão, gostava de aventura, estava com uma hoje e outra amanhã. “Venha pra cá deixa de manha que a minha cobra é cobra criada”.

Hoje tem uma geração que até faz filho, quem tem problema mental, porque antes vivia amarrado. Eu fiquei sete anos sem ter relação sexual, fiquei doente internada no CAPS por 4 meses e demorei muito para me recuperar psicologicamente. Faz parte do amor, uma mulher crente, o marido chama ela pra beber e ela não quer. Ele sempre chegava em casa e a mulher não tava na igreja e eu disse: cunhada você vai perder meu irmão! E perdeu. A mulher tem que sair com o homem, não deixar ele sozinho. Às vezes eu saio e levo tanto “psiu”. Eu já sofri tentativa de abuso, por isso que eu não gosto de homem. Eu tinha medo de dormir no CAPS porque eu tinha medo de outros doentes tentarem fazer algo comigo. Você tá tomando remédio, como uma criança inocente e com medo de algum doido vir para cima de mim, porque acontece. Tenho medo de uma violação do meu corpo. Eu tô nesse quarto aqui e nunca aconteceu nada e não tem nada demais, a gente vai no banheiro e volta. Ela fica reclamando de uma dor a noite toda e não me deixou dormir, aí tomou banho e dei meu shampoo a ela, sabonete, dei tudo a ela, me enrolei e peguei no sono. Caminhei na piscina, é por isso eu tô com muito sono. Pra mim, acho que o sexo é gosto, o importante da vida é viver, respeitar e fazer e fazer muito amor. Já eu nunca tive esse negócio de sexo quando era nova. Eu queria homem era para formar uma família. Eu não sabia o que era homem, eu pensava que eu era da família, ele me disse que não era da família porque não tenho o sangue dele. Também existe preconceito com as pessoas com transtornos mentais, como se não tivesse esse direito. Arthur Bispo viveu no manicômio e também era uma violação. Você tem transtorno, mas pode cozinhar, saber fazer um crochê, cozinhar, não apaga os dons. A gente momentos de crise. Eu fico até arrepiada, porque já trabalhei e hoje estou limitada a esse tratamento. Eu acho que tudo isso se resume no respeito. Um deve respeitar o outro, para ser parceiro, para respeitar o outro. Não importa para quem é católico e para quem é crente. O homem fica nu na cama no dia de ir para o sagrado coração de Jesus. Quando eu chego da igreja meia noite é que ele procura. Eu frequento centro espírita para fazer tratamento e não posso consumir bebida alcoólica e fazer sexo por 3 dias. Quando você faz sexo fica aberto às coisas mundanas. Os médicos não acreditam muito. Eu acredito que muita coisa está mudando na saúde mental. Eu acho que é importante a socialização entre usuários. Eu estava aqui e via muito abuso, por que não fazem pavilhões separados? Homem e mulher? O casal deve ser alegre um com o outro e se acalmar dentro de casa e ter a paz verdadeira. Não pode ter brincadeira que machuque o outro, tem que viver em paz e que possa ter a certeza de viver em paz. Joguei a chapa na maré. A minha professora da primeira série só ficava com roupa de dormir o dia inteiro, foi tanto que o marido perdeu o tesão dela, o homem gosta de coisa escondidinha, porque

eu já conversei com 10 homens e eles disseram a mesma coisa. A mulher deve se cuidar primeiro para ela e depois para o marido, a gente tem que estar sempre preparada.

História 3

A sexualidade deu origem em qual país? Existe uma certa dificuldade porque as pessoas discriminam quem frequenta CAPS então fica mais difícil ter um relacionamento porque as pessoas acham que quem frequenta CAPS é louco. A pessoa que namora percebe quem tem transtorno pelo corpo e se afasta. Então quem tem transtorno tem dificuldade de ter um relacionamento sexual, por isso a gente tem que mentir e já começa um relacionamento com mentira. Quando a pessoa tem um relacionamento com alguém que já é do CAPS tudo bem porque já está na mesma barca, mas com alguém de fora eu mesma escondo, eu espero a pessoa me conhecer primeiro, como eu trato a pessoa, para quando eu falar que sou do CAPS ele possa ver que não sou louca. Sou depressiva, nervosa, como qualquer pessoa pode ser. O transtorno não é uma doença grave que ninguém pode chegar perto. Quando tem crise ela é passageira. Eu tenho uma pessoa há cinco meses, nesse tempo essa pessoa viu que eu não tenho atitudes de perigo aí quando vem a crise ele vê que eu tenho transtorno aí é um período que ele tem para escolher se eu sou pessoa para ficar ou dispensar. O transtorno não é uma coisa que a gente pediu é o que a gente tem. Tem que saber se a pessoa pode querer ajudar a vencer, mas quando tem alguém que acha que é louca, tem o homem que quer ficar e o que abandona. Tem gente que dá uma psicose doida, teve um cara que matou o padrasto de facada e aí as pessoas criam medo das pessoas com transtornos, o que acertou o candidato Bolsonaro mesmo, aí as pessoas criam essa imagem de nós. Eu vivo com medo das coisas, eu escuto vozes e vejo vulto e eu vou para debaixo da cama. Sobre a questão de relacionamento, no meu ponto de vista quem tem problema mental não deveria se relacionar com quem tem transtorno também. É um cego guiando outro! Como um vai ajudar o outro? Um bipolar e um esquizofrênico em uma casa, o que vai dar? Toca fogo na casa. Toda pessoa precisa de alguém para cuidar. Vai dar certinho os dois em crise. Um bate no outro. Mesmo medicada tem momento que a pessoa entra em crise. Uma vez eu ia tocar fogo no bujão, se fossem dois em uma casa ia incentivar a tocar fogo no bujão. A tendência é um puxando o outro. Quando um está em crise o outro entra. O que não deveria ter era discriminação contra a pessoa com transtornos mentais, pois todo

mundo necessita de alguém mais para cuidar. Então o que resta para quem tem transtorno mental? Ou ficar só ou se unir com quem também tem problema. As crises desde quando eu era mais jovem. Meu tio disse, quando sua tia estiver em crise você mostre uma revista de homem pelado a ela, porque ela não namora direito. A pessoa fica sem saber nem que dia é hoje, quanto mais transar. Eu acho que tudo é preconceito, porque nós, por causa desse preconceito que é criado dentro da gente, a gente tem medo de arrumar alguém que não tem transtorno mental porque ele vai oprimir a gente. Sei que mesmo tomando remédio a gente tem o momento que fica isolada e sente falta de amar, o sexo é só complemento, a gente só precisa de uma pessoa. A paz espiritual. Sexo não é tudo, a gente quer alguém para proteger. Na minha casa, minha mãe tinha problema, já pensou se meu pai também tivesse problema? Quem ia ajudar ela? Ia ser pior para a gente. Será que eu posso fazer o que? Arrumar quem tem transtorno ou quem não tem? Terminei tendo medo e espero em Deus, porque só ele tem solução para isso. Eu tô passando uma prova de tudo de situação financeira. Deus levou meu tio e até hoje não desbloqueou meu dinheiro. Já me internei no São Marcelo, Nestor Piva, São José, não tenho pai, nem mãe, nem avó. Sexualidade é uma solidão que a pessoa sofre. Meu tio disse que eu era donzelo e não namorava ninguém não, não varria a casa. Sobre CAPS, preconceito não vai acabar, pode diminuir, mas não vai acabar e as pessoas têm que respeitar, minhas filhas acompanham meu tratamento há 15 anos e eu nunca omiti, eu tinha depressão, pensamento suicida e minha filha, com 9 anos, disse que eu não era doida não. Eu estou aqui e a gente tem que mostrar para os outros que qualquer pessoa pode adoecer. No meu caso, minhas depressões são recorrentes, perdi pai, namorado, tio e um primeiro trauma que eu sofri, quando um homem pega uma mulher a pulso, por isso que eu vim parar aqui e desencadeou transtorno depressivo e borderline, e falando sobre sexualidade, a pessoa tem que aceitar a gente, se não quiser, a gente manda embora. Tem que aceitar a gente como é. Eu falo que tenho transtorno mental, só que eu controlo, eu tenho menos serotonina no cérebro. Sobre relacionamento, a pessoa tem que ser muito aberta, é melhor a pessoa aceitar daquele jeito. Peça a Deus que apareça um que compreenda. Parei um ano e dois meses de me cortar, porque uma namorada me pediu e quando eu fui abusada de novo, voltei a me cortar. Um companheiro tem que ajudar. Minha filha se cobriu de catchup e ficou deitada, quando eu vi tomei aquele susto e ela disse: “é o que a gente sente quando você se corta”. Tem a pessoa que não lhe aceita e lhe abandona. Tem que ter um jeitinho de conversar. Ninguém é pior do que ninguém, todos têm os seus transtornos, mas a família precisa aceitar. É bom passar na Tv sobre isso, porque quem tá assistindo vê que não é frescura. Sobre companhia, a pessoa tem que aceitar, se ama a

gente. Eu nunca escondi. Não tenho muito o que falar, porque quebrei o joelho há 6 anos, aí não saio de casa, e não me relaciono. Sinto falta de ter uma pessoa. Penso que a sexualidade é uma coisa boa, acordar de manhã e o *boy* dizer “te amo, bom dia meu bebê”. Relacionamento extra cama, bebê só depois de 9 meses. Sabe o que eu mais sinto falta em um relacionamento, a companhia. Aí sinto falta de ter alguém para contar como foi o dia. Se tivesse uma pessoa ia contar como foi o dia no CAPS ou ter uma pessoa para dividir os problemas, então eu acabo me isolando. Só converso aqui no CAPS. Quando arruma só me aparece casado, *bebo*, ou novinho demais, também não quero. Leite tá caro. Se os *véio* já estão botando gaia, imagine os novos. Eu não tenho namorado e nem amigo homem e nem amante, não é porque não tenho vontade de fazer sexo, é porque sexo é o complemento, mas esse alguém não aparece, porque eu tenho medo de falar com os homens, de tanto ser estuprada, porque eu já fui estuprada tantas vezes que eu perdi as contas. Aí tenho medo de falar com os homens. Eu sou oprimida e essa opressão faz com que eu tema. Eu quero uma pessoa, mas eu tenho muito medo. As mulheres gostam de fantasiar, querem um galã de novela para ir pro shopping curtir, aí muita gente está correndo disso, tem filmes que mostram sexo, quando eu era mais novo ficava até meia noite assistindo filme que mostrava as coisas. Somos estupidadas até pelos nossos maridos. Todo ser humano que tem esquizofrenia tem dificuldade com o sexo, o homem só bate sua vontade se tiver a prática do sexo, um homem isolado não existe, já tem 3 anos que não tenho um relacionamento. Para viver nas melhores condições, na solidão, sofrendo ou não, tem que viver assim porque uma mulher para ele é bicho. A mulher dá um parecer que quer tá com o homem, mas o homem esquizofrênico não tem a mente aberta, a mente é cega. Não sabe identificar o prazer e o gosto. Sexualidade é uma química que a gente já nasce com ela, quando bate a química rola alguma coisa. A mente do homem é fraca, não pode se entregar à mulher, às vezes arranja e ela abandona, é difícil estar na solidão. O que deveria ser feito para que o relacionamento das pessoas com transtornos mentais melhorasse era que a saúde e a mídia divulgasse como são as pessoas com transtornos, para que as pessoas tivessem mais informações e somos honrados e não nos excluí, e não ter medo da gente, é o que está faltando para que a vida das pessoas com transtornos mentais melhore. Tem gente que não tem transtorno matando. Por que fulano não melhora? Porque não tem apoio. Se você não tem isso, a tendência é você se isolar e vai ser rotulado como doido mesmo porque não vai ter quem ajude. É melhor ficar sozinho do que mal acompanhado. A pessoa precisa de alguém. Por qual motivo na sociedade nós somos isolados e as pessoas se recusam a se

relacionar com a gente? Quando a gente vai para uma festa as pessoas se recusam e gostam de mangar.

História 4

Sexualidade para mim é um prazer ou será tiroteio ou será um bom gosto né? Mas, trabalho no interior, só na capital. Significa amor por outras pessoas ou uma só mesmo, tá bom, é divertido, tem que sustentar os filhos com bolsa família, senão tem Maria da Penha. Sobre sexualidade é requinte, parece ser um distúrbio mental na cabeça, as pernas ficam fracas dopada de remédio, o remédio é forte, dá sono e eu fico com essas quedas com os remédios. Eu acho que nunca usei camisinha, eu tenho impressão que no tempo que eu convivi foi esse todos os anos na minha vida. O amor é tudo na vida, tanto de Deus ou dos colegas. A gente tem que saber viver por dentro e por fora. É bom, sexualidade é liberdade, você ser livre para escolher o que fazer, como fazer, sem ser reprimido. Toda forma de amor é livre. Você tem que ter sua sexualidade aceita, não cabe a ninguém dar palpite. Tem gente que não se aceita porque é gordo, homossexual, magro demais e até por ter problema mental a pessoa não se aceita para ter uma sexualidade mais completa. Tem gente que acha que porque tem transtorno tem que viver sozinha. Eu acho desnecessário duas pessoas com transtornos se juntarem. Eu assisti um filme em que uma autista e uma pessoa com síndrome de down se juntaram e eles eram felizes eu só não concordo por causa de transtorno e teve uma novela que o médico se apaixonou por uma autista e se casaram. Isso serve para nossa vida que a gente pode ser feliz. No meu entendimento duas pessoas com transtornos não deveriam se juntar. O amor é livre, homem com homem, mulher com mulher, se quiser casar homem com homem e mulher com mulher, deixa! Se não deixar é preconceito e preconceito é crime. Nos EUA é assim, as pessoas que fazem crime contra um homossexual ou uma sapatona é preso e se não for preso é pena de morte. Sexualidade envolve casais, sentimentos, homem e mulher. Sexualidade não é só sexo, é uma pessoa para conversar sem ser recriminado e você ter liberdade para fazer o que quiser. A sexualidade é o modo de você se vestir, de chamar a atenção e se relacionar com o outro e com a outra com carinho e com atenção e com amizade, com respeito e entender o gosto de cada um. Eu acho que é a opção sexual eu acho. Eu acho que é a pessoa fazer as suas escolhas, independentemente do que as pessoas vão pensar, a família e a sociedade. Eu tava vendendo uma molinha maluca no sinal e tinha de toda cor e um menino pediu e a mãe disse: “não”. Eu disse: “tem azul” e ela disse que ele não era viado. Como ela sabe que um

menino de uns quatro anos não é viado? A pessoa escolhe quando é grande. Mulher precisa de carinho e respeito. Tem mulher que gosta de puxão de cabelo, tapa, murro, mulher safada na minha opinião. O homem é covarde quando bate na mulher ou faz algo apulso. Não dá um beijo e um carinho. Eu já fui casada, já tive filho, mas depois eu namorei com uma mulher e achei muito mais carinhosa. Tamanho não é documento, o que vale é o carinho. O respeito em si é mais importante que o sexo, o sexo é bom, dá prazer, mas sem respeito não vale a pena. Fazer por fazer não vem nem o prazer. Também tem mulher que prende o cara e tome, tome, tome coitado. Você também tem que saber como se envolver. É “safadaise” tua. Acho que sexualidade é a pessoa andar com a roupa sexy, eu já tenho muito tempo que tô sozinha, quebrei o joelho e não saí mais de casa e não conheci mais ninguém. Sexualidade pra mim é respeito, amor, compreensão, dedicação, caráter, personalidade. É primeiro lugar, Deus fez o homem e a mulher para namorar, noivar, casar e gerar filhos, criar e saber educar quando ele vier ao mundo colocar a mão dele e escolher os seus, vai haver muitos choros, muitos desesperos e pedir que ele perdoe e é tarde, ele ainda está dando uma chance para atender o que ele pede porque o dia do juízo está próximo. Hoje não é todo mundo que quer saber do que Jesus deixou e nos ensinou a seguir os caminhos que ele quer que nós seguimos. Muitos seguem e outros não. Obedecer o nosso pai, nós estamos ganhando “isenções”, vitórias, luz em nossos caminhos e outras nos caminhados. Quando eu era religioso, crente aí fazendo proposta de praticar sexo, eu como era crente não aceitava, aí o povo me chamava de gay porque eu não ia praticar. Sexualidade para mim faz parte de um conceito mais moral, respeito. Aí foi indo até o dia que eu estava na firma e conheci uma dona, ela chegou até a engravidar, meu filho não nasceu, tomaram remédio para abortar. Esse ato não sei se hoje era amor porque hoje tá tudo liberado, já vi até um gay com sapatão, aliás, um travesti. Você viu beijando? Porque os gays e lésbicas são muito amigos, andam muito juntos. Fica em dúvida então, com o conceito da igreja, os principais cristãos a pessoa condena as práticas, apesar do mundo estar assim. Tem tempo que eu não praticava o evangelho. A pessoa deixa de lado, aceita mas é condenado pelos cristãos. Minha preferência é mulher. Sexualidade é a pessoa ter respeito, amar mais o próximo, ter respeito, saber viver com a pessoa. Deus fez o homem e a mulher para casar e gerar filho. Deus não fez lésbica e nem homossexual. O mundo está perdido! Os 10 mandamentos não estão sendo cumpridos porque matam, roubam, por isso que o mundo tá assim. Ele disse que amai-vos uns aos outros como eu vos amei. E ele não disse quem! Muitas vezes a gente fala e afeta as pessoas. Deus disse: Conheceis a verdade e ela libertará. Então a verdade é a palavra de Deus, tá escrito no livro isaías 55:06, buscai enquanto se

pode achar, invocai enquanto está perto. Temos que seguir o certo e fazer o certo. Ele está vivo! Sexualidade pra mim é amor próprio, é viver de acordo com as atitudes, é ter dinâmica de vida, é respeitar os limites do outro na convivência, seja ela no trabalho, seja ela no seio familiar, na universidade. Quando a gente fala de sexualidade a gente fala de relação, de limites, de abertura e respeito acima de tudo. Eu observo, porque eu já me internei 7 vezes, eu acho que falta respeito entre os usuários, até porque já foi comprovado cientificamente que essas pessoas que têm essa patologia, têm uma sexualidade aguçada e dizem que é o remédio, mas não é, é tão reprimido que se torna à flor da pele e aflora. É tão preso, é tão reprimido que chega uma hora que a sexualidade quer explodir. Eu já me internei no CAPS e vi ele vendo tv e se masturbando indo de encontro aos limites do outro. É falta de respeito, não pode. Eu fui e falei com o técnico. Os médicos dizem que quem quer ter relação que vá pra fora. CAPS não é lugar de encontro, é de tratamento. Quem quiser que vá para os terrenos.

História 5

A beleza da mulher pra mim está nos cabelos, na pele, na vaidade. No mercado deveria ter mais produtos que valorizasse mais a mulher em tempo diminutivo. Não tem remédio que a gente vê o remédio logo? Como uma dipirona? Deveria ter um para o cabelo crescer, porque o cabelo cresce pela raiz. Sexualidade é ser uma mulher de respeito porque muita mulher de hoje em dia não se respeita. Eu mesma já sofri muito preconceito por ser sedutora. Sexualidade é evolução de algum corpo evolutivo. Muitas pessoas ficam dizendo que eu sou muito pegadora, mas eu não sou pegadora. A mulher hoje em dia tem que dar seu respeito, eu já passei por isso e não quero passar mais, quero dar o meu melhor. No ponto crucial que o sexualismo requer da naturalidade da pessoa um fato principal também. A exibição requer mais aqisitos positivos , requer mais um conceito maior do que é sexualidade. Então sexualidade forma tal naturalizado. Sexo pra mim tem que ser entre um homem e uma mulher porque tem muita aberração por aí homem com homem e mulher com mulher. Deveria ser proibido e que Deus olhe por todos. Meu nome é Maria da Silva e meu problema é esse, sou solteira. Vivi com os homens até 9... 10 anos, mas não deu certo a convivência, aí vivo só com os filhos. Só tenho mais experiência da vida, do sofrimento, que vivi, não quero viver sozinha, mas não quero alguém que me maltrate.

Quero só isso, um companheiro que me trate com carinho e com respeito. E eu tenho um problema muito sério com meu netinho que pegaram ele, tá detido tem 4 semanas. Fico com medo de ficar desesperada na rodagem. No meu caso, me satisfaço sozinha, que mulher não precisa de homem. Uso camisinha para não pegar doença e rezo para meu netinho sair da prisão. Temos aí dois temas: existe a solidão, a sexualidade e o coração. A minha companheira sempre foi a solidão, por não encontrar mulher. Eu tô procurando um amor que eu me entregue corpo e alma na paixão. Eu poderia ser agressivo e maltratar mulher, mas não consigo deve ser por isso que sofro tanto. A solidão no momento é minha paixão. Ela me acompanha principalmente à noite. Tomo meus remédios, vem as alucinações e eu queria ter uma mulher ao meu lado. Tem mais de um ano que eu não conheço uma mulher, tô enferrujado e adormecido. Uma que ficou comigo me deu um azar danado. Foi o seguinte, ela ficou comigo, a gente teve um relacionamento, aí um colega meu me disse que ela queria ficar com ele e perguntou o que eu achava. Eu disse que não era proprietário dela. Disse na frente dele quando ela chegou me abraçando por trás. Disse que eles iriam ficar juntos. Depois dessa passei 1 ano e 9 meses e nenhuma outra me escolheu. O sexo pra mim é uma coisa importante que Deus deixou entre os homens e até entre os animais, mas pra mim não existe, é a coisa que eu mais queria, mas infelizmente não me acompanha. Fiquei com uma mulher primeira, mas separou, fiquei com outra, tive uma filha especial com ela, mas sobre isso aí ela não gosta. Ela corre para a cama da filha e eu fico sozinho em casa. O senhor é tão simpático! Eu tenho um primo que vive essa vida dele na parte da sexologia. Eu também nunca fiz mulher sofrer e eu sofro. O que eu mais queria na vida mas, infelizmente não tenho, se não fosse a menina, já tinha deixado tudo pra ela. Dentro do CAPS tem pessoas direitas e tem pessoas erradas, como a diretora falou hoje da questão do armamento. Colocaram meus documentos no lixo, uma maldade. Eu deixei na mesa e quando voltei não estava mais lá. Eu tomo remédio há 12 anos, nunca fiquei bom não, tem tempo que eu baixo hospital quando endoido, tem a prova aí no computador. Só uma vez que fui pro hospital tomei 4 injeção. Problema de nervos é a vida toda. Remédio corta esse negócio, quem toma direito, corta! Em 2007 tomei Diazepam o tempo todo. Não corta em você! Mas, no homem corta! Tenho força para caminhar, pra tudo, só não tenho força para fazer sexo mais. Não é por idade, na idade tenho 53 anos. Sou virgem ainda. Sobre a sexualidade tá tudo bem comigo, tudo normal e tudo bem e só isso mesmo. Tenho relações. A pessoa que toma remédio não tem vontade mesmo não. Se tiver um companheirinho é pra conversar mais, é mais amigo. Aqui no CAPS tem pessoas muito maravilhosas, mas tem os mesmos probleminhas que eu e não toca em meu coração.

Queria que Deus me mandasse alguém com mais entendimento que eu para cuidar de mim. Todo mundo pode namorar com quem quiser. Mas, queria alguém que cuidasse de mim quando eu tivesse arriada. Adoro todos aqui de paixão né meninos? Danço com todos mas queria alguém com mais entendimento. Procuo na vida um amor verdadeiro para vida inteira. Sexualidade não é tudo, o amor transforma o futuro.

História 6

Sexualidade para mim é amar, bem-estar, desejar, ser amada. Amar e ser amado. Respeitar, cuidar. Se tiver amor sem respeito, não adianta do que adianta amar e ser maltratado, isso é falsificação ideológica. Se eu lhe respeitar você vai me admirar. Sexualidade é o seguinte, quando eu chego em baile e vejo uma mulher que lhe dá bola eu tenho sexualidade naquele momento. Quando recebo meu trocado coloco na boceta da minha irmã para ela carregar pendurado. Tenho a filha que a mulher já bateu com facão umas dez vezes em cima da mesa que eu jogo dominó. Ainda hoje sustento ela como se fosse a minha filha. Já tirei ela várias vezes das unhas da mãe. O pai andava com uns pedaços de pau para bater nos cachorros e os cachorros rosnavam para ele. Eu tenho tanta raiva dele que desse dia para lá eu nunca mais vi negão, o nome dele, do meu pai era João. João de Jesus. A sexualidade é a pessoa dar a vontade de sexo. Primeiro para ter a sexualidade você tem que ter a experiência. Quebra a cara para depois ter a experiência. Você é um homem atirado que bate as unhas dos pés e das mãos. Meu comportamento aqui dentro é bom. Tem que ter experiência. Fazer sexo com alguém é só com alguém que você ama, esse é meu caso, não consigo fazer sexo com quem não amo. Tem as prostitutas, mas eu prefiro estar em abstinência. Não dou valor à prostituição. Se eu fosse rei a garota só deveria fazer sexo com 18 anos. Se fizesse com 10 minutos antes de completar ela seria exterminada. Mas, Deus não gostou do que fizeram com as mulheres. Se eu pego uma prostituta é como uma

atriz de novela ela nunca amou ninguém. O homem apaixonado pode até matar a mulher. O amor não. Isso depende de cada pessoa. O que passou passou. Vamos viver a própria vida sem olhar para o passado. Eu uma certa vez estava assistindo um filme erótico com ela. Eu não tinha ereção, mas quando ela topava em mim me estimulava porque eu amava ela, não sinto desejo em outra. Com outro homem se você fizer isso ele vai alterar. Temos que conversar sobre isso com os psicólogos. Eu não tenho problema com sexo, outro dia tive três orgasmos. Mas, isso é o amor. Quando o homem brocha é um pensamento negativo no nosso cérebro. Se você não desabafar o problema, o sexo não fica bom, outro dia assisti um filme onde a mulher chegou a trair o homem no filme e ele era viciado em computador, quando ela chegou em casa ele não teve ereção, Ele se encontrou com a amiga da filha dele e teve ereção naquela mesma noite. A pessoa que ama outro não trai. Se trair o outro é porque não ama! Na sexualidade tem que ter amor, respeito, comunhão e ser sincero. Na sexualidade eu falo assim, tem que ter amor, carinho, olhar o momento do outro na fraqueza e na doença. Vou fazer isso com meu esposo, ajudar meu esposo. Um maltratando o outro não é amor. Um tem que olhar o momento do outro, a fraqueza do outro e ajudar indo ao médico. Eu lavo minhas cuecas porque tenho vergonha de deixar minha irmã lavando. Já ouvi falar sobre sexualidade na televisão, pelo rádio, eu sou crente e quando eu era católico eu era viciado em masturbação. A religião, para Deus é pecado. Fui ser crente, aí deixei. É difícil porque eu era viciado, quase todo dia. Deus é amor e amor é vida e vida é eterna! Meu sexo é normal, eu sou uma pessoa que quando minha mulher teve filho Dr. Mitidieri falou com ela para ela ligar, porque ele me considerou histérico, e disse que ela poderia perder o desejo sexual com o tempo e eu não me separei dela, continuamos no combinando, ela do signo de virgem e eu touro. Quem toma remédio... Eu já fui casada, mas ele era muito mala, casei para sair de casa, tomo remédio desde 19 anos e já tenho 35, sou praticamente uma dependente química. Os remédios deixam nossos desejos aguçados.

Dependendo do remédio deixa para mais ou para menos. Clonazepam mesmo, você não sente vontade. Tem uns que tira e uns que não dá. Essa injeção Haldol tem muito hormônio. A mulher não tem valor, o homem que trai não acontece nada, a mulher não pode nada. Namorei um mês e tive minha filha e depois passei 5 anos sem ninguém, iludida pelo pai da minha filha. O senhor deveria pegar ela mesmo que ela não queira, ela é sua mulher então pode. Eu deixo minha mulher me procurar e eu não vou avançar. Eu gosto de defesa pessoal, de brigar com pedras em tronco de árvore. A polícia sabe que é um treinamento. Eu tenho problema que se eu não tomar remédio eu não durmo e só vivo na cama.