

JULIANA CRISTINA BESSA

**“DEIXE-ME SENTIR”:
(des)encontros entre sexualidade e o campo da Saúde Mental em
periódicos brasileiros
(2001-2014)**

ASSIS

2017

JULIANA CRISTINA BESSA

**“DEIXE-ME SENTIR”:
(des)encontros entre sexualidade e o campo da Saúde Mental em
periódicos brasileiros
(2001-2014)**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, para a obtenção do título de mestrado em Psicologia (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade).

Orientador: Fernando Silva Teixeira Filho
Bolsista: CAPES e FAPESP nº processo:
2014/26746-1

ASSIS

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca da F.C.L. – Assis – Unesp

B557d Bessa, Juliana Cristina
“DEIXE-ME SENTIR”: (des)encontros entre sexualidade
e o campo da saúde mental em periódicos brasileiros
(2001-2014) / Juliana Cristina Bessa. Assis, 2017.
115 f. : il.

Dissertação de Mestrado – Faculdade de Ciências e Letras
de Assis – Universidade Estadual Paulista.

Orientador: Dr. Fernando Silva Teixeira Filho

1. Sexo. 2. Saúde mental. 3. Reforma Psiquiátrica. 4.
Psicologia social. I. Título.

CDD 616.89

Juliana Cristina Bessa

"DEIXE-ME SENTIR": (des)encontros entre sexualidade e o campo da Saúde Mental em periódicos brasileiros (2001-2014)

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências e Letras – UNESP/Assis para a obtenção do título de Mestrado Acadêmico em PSICOLOGIA (Área de Conhecimento: PSICOLOGIA E SOCIEDADE)

Data da Aprovação: 24/03/2017

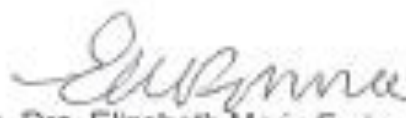
COMISSÃO EXAMINADORA



Presidente: Prof. Dr. Fernando Silva Teixeira Filho - UNESP/ASSIS



Membros: Profa. Dra. Valeska Maria Zanillo de Loyola - UNB/BRASÍLIA



Profa. Dra. Elizabeth Maria Freire de Araújo Lima - UNESP/ASSIS

À todas as pessoas que foram e ainda são invisibilizadas por essa sociedade dita normal

AGRADECIMENTOS

Foi com muita trans(ins)piração que esse trabalho pôde ser construído. Um processo em que marcas e afetos compuseram essa pesquisa. Marcas humanas e não humanas, virtuais e presenciais foram deixadas nessas linhas que se seguem. (Re)encontros foram proporcionados neste percurso, tantas vezes, solitário. Essas pessoas e tantas outras não citadas (não por serem menos importantes, mas por leve esquecimento ou pela incapacidade de nomeá-las), tornaram este caminho mais leve e mais afetivo do início ao

À Maria Rita Melo Barcelos, minha companheira, que vivenciou intensamente comigo todo esse processo. Sem a sua companhia e parceria esse caminho não teria tanto afeto, sem o qual tudo teria sido tão pesado! Obrigada por entender e compreender em algumas fases dessa pesquisa, os vários momentos nas “24h do dia”, todas as transformações e sensações, por compreender de forma tão paciente e amorosa alguns momentos de fúria, desespero e irritações. Ao acolhimento tão afetivo que tanto me acalma e alegra. Agradeço por ter a escuta inteira das reflexões dessa pesquisa e além dela, por também compartilhar das discussões, disparando mais pensamentos. Lembra do “deixe-me sentir”?! Obrigada por fazer parte de tudo o que esse trabalho proporcionou e transformou, por caminhar junto comigo e também ser atravessada por ele.

Ao querido orientador, Fernando Silva Teixeira Filho, com o qual estou há 7 anos nessa caminhada. Agradeço a parceria desses anos, a aprendizagem, as reflexões e as trocas de afeto, de carinho e respeito. Tenho uma grande admiração pelo profissional ético que és e também por ser essa pessoa maravilhosa. Obrigada por disparar problematizações por seu comprometimento com uma psicologia implicada política/ética/esteticamente, por proporcionar uma escuta sensível, pela confiança e orientação.

À professora Elizabeth Maria Freire de Araújo e à professora Valeska Zanello, obrigada pelo aceite e disponibilidade de estarem na Banca de Qualificação e também de Defesa. Os apontamentos, sugestões e acima de tudo o diálogo com a pesquisa foram fundamentais para a continuidade da mesma. Os olhares sensíveis e críticos proporcionaram percursos novos e mais interessantes.

Ao Sílvia Yasui, obrigada pelo aceite de ser suplente na banca de qualificação e também de defesa. Desde a graduação até as supervisões durante o

Aprimoramento, suas reflexões e apontamentos resultaram em grandes problematizações que estão presentes nesse trabalho. À Ângela Donini, por aceitar participar da Banca de Defesa como suplente.

À professora Cristina Amélia Luzio, pela arguição crítica no início do projeto que proporcionou reflexões a posteriori.

À professora Soraia Georgina Ferreira de Paiva Cruz, supervisora de estágio no meu último ano da graduação por quem tenho muito carinho e admiração. Ao professor Wiliam Siqueira Peres, com quem pude compartilhar muitos momentos em disciplinas e intervenções. Obrigada pela potência de encontro que tive a cada momento com vocês e que me fizeram (re)pensar uma outra psicologia. Sem dúvidas essas reflexões ressoam nessa pesquisa.

À Ana Clara Magalhães, a segurança e o carinho vêm de longa data, como você mesma disse, desde quase os primeiros dias de Assis, companheira da primeira pesquisa e primeiro ano, de estágio e acima de tudo amiga! Obrigada por me acolher sempre nos momentos em que estava “perdida”, sempre com muito comprometimento ético o que transmite muita segurança e tranquilidade. Obrigada por também dialogar comigo do início ao fim dessa pesquisa, pelas leituras e discussões cotidianas.

Ao Bruno Pereira. Esse trabalho foi nosso elo de encontro e por meio dele, construímos algo ainda difícil de explicar. O que dizer de alguém que cotidianamente, mesmo longe, se mostrou tão presente em minha vida e nessa pesquisa, em todas as sensações que permearam esse trabalho? Obrigada por me “trazer de volta”, em meios a tantas ampliações, fantasias, “eternos retornos”. E obrigada, por dialogar, escutar, acolher os questionamentos, inseguranças e aflições que eram produzidas nesse processo. Das explicações conceituais aos diálogos cotidianos de força e coragem. “Ah, se nossos áudios fossem publicados”. A disponibilidade imediata e carinhosa com que teve com essa pesquisa, das reflexões às leituras minuciosas desse trabalho. Sem dúvidas, essa pesquisa foi permeada por nossas conversas diárias.

Ao Grupo de Estudos e Pesquisa em Sexualidades (GEPS), pelas trocas e pelas parcerias.

Ao grupo de estágio Clinic@rte, sob orientação do Fernando, onde pude retornar não mais como estagiária da graduação, mas sim, como estagiária de docência, agradeço pelo acolhimento e pelas trocas.

Ao Marcio Carvalho (Escritório de Pesquisa) que tanto me socorreu! Que carinho tenho por você. Obrigada por me acolher em todos os momentos “fapespianos”, auxiliando em todas as fases do processo com muito comprometimento e responsabilidade.

Aos funcionários da Seção de Pós-Graduação da Unesp/Assis, em especial: Marcos Francisco D’Andrea e Sueli Aparecida Franco, por estarem sempre dispostos e serem sempre acolhedores em todos os momentos nos quais recorri a vocês. Aos Funcionários da Biblioteca, sempre tão prestativos e atenciosos.

Aos amigos da Pós e fora dela também, em especial, Marita Penariol, Pedro Henrique Santos Decanini Marangoni, Bruno Gonçalves dos Santos, Juliana Medeiros, Juliana Paula, Talita Machado Vieira, Nayara Fornazieri. Alguns encontros passageiros, outros encontros mais intensos que sempre transmitiam alegrias, conversas, discussões acadêmicas e também muitas risadas.

Amigos dessa terrinha que tanto gosto “e faz toda a diferença por estar rodeada em especial por vocês”: Mayara Freire Bonora, Fernanda Scudeller, Ligia Scudeller Bárbara Vukomanovic Molck, Gabriela Andrade, Matheus Barcelos, Beatriz Dias, Daiane Calçado, Marina Henriques, Milena Carreira Jorge e Laura Basoli. Aos amigos e amigas que estiveram sempre torcendo por mim, por todas as conversas e momentos que me permitiram repor energias tão potentes para continuar esse caminho.

Elisa Mariana Carvalho, Danielly Christina de Souza Mezzari, Fábio Moreli, Carolina Villanova Heguedusch e Adriana Sales. Pessoas lindas e especiais que no caminho dessa pesquisa conheci e me (re)aproximei. Cada uma a seu modo, tempo e intensidade, trouxeram para esse processo alegrias, acolhimento e compartilhamentos dessas doses de vida.

Aos amigos de longe, mas que de alguma forma estiveram presentes: Ovídio Neto Braga, Juliana Ortegas, Marcelo Leite, Beatriz Leme, Mariana Frizzas, Andressa Benini Mendes, Valquíria Camargo, Leandru Sussmann, Thiago Rodrigues de Paula, Carolina Campos, Edgard Andre e Izabel Borsari, que de diferentes maneiras puderam compor nesse caminho. Por meio de conversas, discussões, alegrias, risadas e muito afeto envolvido que permitem deixar a vida mais alegre.

Ao Kwame Yonatan, carinho enorme por esse querido!! Como a vida se torna tão poética ao seu lado, obrigada por fazer parte e mostrar que em meio a um caos e tempestade, podemos (re)encontrar a leveza e a potência.

Ao Maico Fernando Costa, pela rapidez e pela sutileza de um sentimento tão fortificado, que em encontros tão intermitentes só faz crescer, a força dessa amizade. Desde graduação, passando por aprimoramento, mestrado e agora? Ainda haverão muitos encontros que a vida e nós iremos nos proporcionar.

À Iara Andrade, “Chica Xavier”, minha grande amiga que tanto participou e participa intensamente desse processo comigo. Obrigada pelas pausas para um café, sempre rodeado de tanto afeto, e pelas outras pausas para a vida, pausas estas tão imprescindíveis. Obrigada por estar sempre junto nessa caminhada, e por transmitir de forma tão sensível o que é amizade e companheirismo. Obrigada por sentir junto todo esse tempo e da forma mais verdadeira possível; por compreender os momentos finais em que tive que de certa forma me ausentar. Obrigada amiga, por ser a definição exata daquilo que essa palavra significa.

À minha Mãe, Maria Ap. Mirabelli Bessa, que me ensinou o valor da vida e que para isso, temos que lutar muito. Agradeço a ela, por ter proporcionado, com muita luta e também dificuldade, a minha formação. Agradeço também por todos os momentos em que precisei e você esteve presente. Sabemos, como foi difícil, mas valeu e vale muito a pena! Grata por toda a vida! Todo o meu amor e reconhecimento a você! Ao meu pai, José Roberto Bessa, que em toda as suas singularidades, ao seu modo, me faz olhar para as sutilezas e simplicidades da vida e por me ensinar que “às vezes não temos que nos preocupar tanto, no fim vai dar certo”

À minha irmã Marli Ap. Stanichesqui Bessa e meu irmão Marcio José Bessa, que mesmo não estando tão presentes nesse processo de pesquisa, estiveram presentes de outra forma, nas “discussões eternas” de (des)construções tão presentes no cotidiano. Amor fraternal que muitas vezes desfaz os contratempos. E quem sabe essa pesquisa possa ser inspiração para reflexões da vida!

À minha tão amada tia, Neusa de Fátima Alves Bessa, companheira desde sempre. Despertando-me para correr atrás dos meus sonhos e dos meus objetivos, apoiando-me e auxiliando-me em vários momentos tão difíceis. Um amor único e especial por você! Obrigada por tudo!

Ao meu querido avô, Faustino Alves Bessa, inspiração maior não há! Eterno amor e amigo! Símbolo de inteligência de vida e memória. Quantas histórias desde meus primeiros meses de vida! Admiração por toda a trajetória, e sem dúvidas: Obrigada por me inspirar tanto! E agradeço também por me ensinar que temos que lutar e acreditar nessa vida!

À minha avó Leontina Anzoin Mirabelli. Amor e carinho por sempre me acolher para uma boa conversa e abraço apertado de afeto.

À minha avó Miguela Salazar Bessa (*in memoriam*), pela sensibilidade da existência. Uma saudade, uma vontade de estar junto. Grata por me ensinar a simplicidade e sensibilidade de amar.

Aos meus amores, sobrinhas e sobrinhos queridas/os, Arthur Sargi Bessa, Ana Luiza Stanichesqui, Catharina Sargi Bessa e Guilherme Sargi Bessa, obrigada por me proporcionarem as mais gostosas gargalhadas e os mais apertados abraços de encontros e despedidas.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo financiamento nos primeiros meses da pesquisa. E à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), pelo apoio financeiro, cujo o número do processo é 2014/26746-1, auxílio imprescindível para realização plena deste trabalho.

BESSA, Juliana Cristina. **“DEIXE-ME SENTIR” : (des)encontros entre sexualidade e o campo da Saúde Mental em periódicos brasileiros (2001-2014)**. 2017. 115 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Assis, 2017.

RESUMO

Os estudos sobre a sexualidade no cenário da loucura ainda permanecem incipientes, demonstrando uma lacuna existente nesse campo de discussão. A problemática da Saúde Mental, em todos os seus atravessamentos, configura-se como campo amplo e complexo, no qual podemos pensar a Saúde Mental enquanto um dispositivo de regulação dos corpos. As manifestações ditas psicopatológicas, das pessoas em sofrimento psíquico, são controladas por meio de discursos, assim como as diversas expressões da sexualidade que também sofrem algum tipo de controle ou negação. Em diversas situações, essas pessoas são interditas em relação aos seus desejos, por serem consideradas doentes, em tratamento, não sendo "autorizadas" a desejar, a querer e a sentir. Nessa perspectiva, destaca-se a notoriedade de como alguns corpos são invalidados por práticas disciplinadoras que ditam as regras do que é certo ou errado, que não possibilitam que esses corpos se afetem. Desse modo, esse dispositivo investe em meios de controle voltados para produção de corpos e modos de vida. Assim, por meio dos estudos de gênero e sexualidade e da técnica de análise de conteúdo, objetivamos problematizar os discursos que vêm sendo produzidos em relação as questões da sexualidade no campo da Saúde Mental. Observamos artigos científicos indexados nas bases de dados SciELO e LILACS, entre os anos de 2001 a 2014. Por meio das leituras e exploração do material, selecionamos 21 artigos, de um total de 2.336 (928 SciELO e 1.408 LILACS). Após leitura, os artigos passaram por um processo de inclusão e exclusão de acordo com os critérios estabelecidos. Uma vez selecionados, os artigos foram classificados em três categorias: 1. Sexualidade e Vulnerabilidade: "comportamento de risco", prevenção ao HIV/Aids em saúde mental; 2. Percepções/Representações Sociais que norteiam a atuação de profissionais frente às questões da sexualidade; 3. Comportamentos/Violências Sexuais e suas associações com "transtornos mentais". Estas categorias permitiram sistematizar o conteúdo referente as temáticas, bem como auxiliaram na verificação e reflexão do que vêm sendo (re)produzido nesse campo. De um modo geral, observamos como o discurso classifica, patologiza e diagnostica as expressões de gênero e sexualidade de pessoas em sofrimento psíquico, em uma perspectiva de cuidado atrelada às noções de práticas sexuais e políticas de prevenção. Verificamos uma ausência de problematizações e de produções científicas dessas questões no campo da Saúde Mental. Assim, pretendemos que nossas discussões possibilitem maior visibilidade e importância a essas questões, para a constituição de práticas de resistências por meio de articulação entre sexualidade e Saúde Mental, pautada na perspectiva da Atenção Psicossocial.

Palavras chaves: Sexualidade; Saúde Mental; Análise de Conteúdo; Atenção Psicossocial

BESSA, Juliana Cristina. **“LET ME FEEL”:** (dis)encounters between sexuality and the field of Mental Health in Brazilian periodicals (2001-2014). 2017. 115 p. Dissertation (Masters Degree in Psychology). – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis, 2017.

ABSTRACT

Studies on sexuality in the madness scenario still remain incipient, demonstrating a gap in this field of discussion. The problem of Mental Health, in all its crossings, is configured as a broad and complex field, in which we can think of Mental Health as a device of bodies regulation. The so-called psychopathological manifestations of people in psychic suffering are controlled through discourses, as well as the various expressions of sexuality that also undergo some kind of control or negation. In a number of situations, these people are interdicted in relation to their desires, because they are considered sick, in treatment, not being "authorized" to desire, to want and to feel. From this perspective, stands out the notoriety of how some bodies are invalidated by disciplinary practices that dictate the rules of what is right or wrong, that do not allow those bodies to be affected. In this way, this device invests in means of control directed to the production of bodies and ways of life. Thus, through the studies of gender and sexuality and the technique of content analysis, we aim to problematize the discourses that have been produced in relation to sexuality issues in the field of Mental Health, through scientific articles indexed in the databases of SciELO and LILACS, between the years 2001 and 2014. Through the readings and exploration of the material, we selected 21 articles, from a total of 2.336 (928 SciElo and 1.408 LILACS). After reading, the articles went through a process of inclusion and exclusion according to established criteria. Once selected, the articles were classified into three categories: 1. Sexuality and Vulnerability: "risk behavior", HIV / AIDS prevention in mental health; 2. Perceptions / Social Representations that guide the performance of professionals on the issues of sexuality; 3. Sexual Violence/Behaviors and its associations with "mental disorders".; These categories allows to systematize the contents referring to the themes, as well as verify and reflect what have been (re) produced in this field. In general, we observe how the discourse classifies, pathologizes and diagnoses the expressions of gender and sexuality of people in psychic suffering, from a biomedical hygienist care tied to the notions of sexual practices and prevention policies. We verified an absence of problematizations and scientific productions of these issues in the field of Mental Health. Thus, we intend that our discussions allow greater visibility and importance to these issues for the constitution of resistance practices through articulation between sexuality and Mental Health, based on the perspective of Psychosocial Attention.

Keywords: Sexuality; Mental health; Content analysis; Psychosocial Attention

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Artigos publicados por ano nas plataformas SciELO e LILACS.....	57
Tabela 2 Classificação dos artigos que estão inseridos na categoria 1.....	58
Tabela 3. Classificação dos artigos que estão inseridos na categoria 2.....	73
Tabela 4. Classificação dos artigos que estão inseridos na categoria 3.....	84

SUMÁRIO

NOTA INICIAL	16
...uma viagem ao campo das desconstruções e das sexualidades, a qual não há uma chegada.....	16
...uma parada no campo da Saúde Mental.....	19
INTRODUÇÃO	20
A Pesquisa.....	23

PRIMEIRO ENCONTRO

1. Há lugar (es) para as sexualidades no campo da saúde mental? O que pode um corpo louco?	26
1.1. Regulações e aprisionamentos da existência	26
1.2. Estratégias de resistência e enfrentamento à lógica do racionalismo científico e médico. Rupturas e outras possibilidades de existências. O que a Reforma tem a ver com isso?.....	29
1.3. Dispositivo da sexualidade e o dispositivo da loucura: (In)visíveis afectos.....	34
1.4. O que autoriza o dispositivo agir? Como ele incide sobre o corpo classificado como "louco"?	40

SEGUNDO ENCONTRO

2. Apontamentos teóricos-metodológicos.....	46
2.1. O que é estar em ação nessa ação de pesquisar?.....	46
2.2. Análise de Conteúdo: uma proposta teórico-metodológica.....	47
2.3. E, por que publicações científicas?	52
2.3.1. Como iniciamos?	54

(DES)ENCONTROS

3. Discussões nos (des)encontros entre sexualidade e Saúde Mental na produção científica	57
3.1. Materiais: Artigos Científicos	57

3.2. Categorias Temáticas	58
3.2.1. Categoria 1. Sexualidade e Vulnerabilidade: “comportamento de risco”, prevenção ao HIV/Aids em Saúde Mental	58
3.2.2. Categoria 2. Percepções/Representações Sociais que norteiam a atuação de profissionais frente às questões da sexualidade	72
Vigilância, controle e punição.....	78
3.2.3. Categoria 3. Comportamentos/Violências Sexuais e suas associações com “transtornos mentais”	84
Tecendo as categorias.....	89
Considerações para um próximo encontro...	92
REFERÊNCIAS	96
ANEXO	103
Anexo A – Resumo dos artigos por categorias temáticas	104

NOTA INICIAL

*“Eu vos digo: é preciso ter ainda
caos dentro de si, para poder dar à luz
uma estrela dançante”
(Friedrich Nietzsche)*

...uma viagem ao campo das desconstruções e das sexualidades, a qual não há uma chegada...

Embarquei em uma viagem na qual não tinha a dimensão do que poderia se passar, e ainda passo por diferentes lugares e sensações. Experiências que comecei a vivenciar e que me atravessaram, e me atravessam, de tal forma, que não consegui mais chegar ao fim. E quer saber? Não quero nunca a chegada!

No ano de 2008, início do meu segundo ano de graduação¹, participei de um processo seletivo de bolsa² de auxílio financeiro, com a qual fui contemplada; o passo seguinte foi escolher uma/um orientadora/orientador e desenvolver junto com esta pessoa alguma atividade durante aquele ano. Desse modo, fui ver a lista das/os professoras/es que estavam com vagas.

As temáticas eram diversas, entretanto, eu não conhecia muito os docentes que ali estavam, pois estava ainda no meu segundo ano. Então, fui pedir informações a colegas veteranas para saber mais sobre aquelas propostas e seus respectivos responsáveis. Mas, uma temática logo de início havia despertado o meu interesse. Esta era trabalhada por dois professores, Fernando Silva Teixeira Filho e William Siqueira Peres³, porém com diferenças pequenas entre os nomes das propostas de cada professor, o que me levou a buscar mais informações sobre elas.

Munida de informações, faço minha escolha e vou então ao encontro de Fernando, que me proporcionou o embarque nessa viagem que me transformou e me desconstrói a cada ponto de parada. E ele continuou e ainda continua nessa viagem comigo. Antes supervisor, agora orientador e, acima de tudo, parceiro.

¹ Graduação em psicologia pela Faculdade de Ciências e Letras de Assis (UNESP/ASSIS).

² Refiro-me a Bolsa BAAE I (Bolsa de Apoio Acadêmico e Extensão) que tem a finalidade de proporcionar apoio financeiro ao aluno com carência socioeconômica comprovada. Para tanto, é necessário que o aluno desenvolva uma Pesquisa Acadêmica com uma determinada carga horária.

³ Ambos professores desenvolvem trabalhos no campo das sexualidades e gêneros na Universidade Estadual Paulista (UNESP/ASSIS).

A minha primeira parada foi participar das supervisões de estágio do Projeto *Corpo, Afecto e Sexualidade*, no trabalho com Educação Sexual (PROEX) e Clínica das Diversidades Sexuais. Em ambos, a temática do gênero e sexualidade foi amplamente abordada. Tais estudos puderam servir de base teórica para a minha participação na pesquisa “*Homossexualidades, homofobia e tentativas de suicídio em adolescentes e jovens GLBTT*”⁴. O intuito desse trabalho foi desenvolver conceitualmente as questões ligadas à violência de gênero, homofobia e vulnerabilidades de adolescentes e jovens ao suicídio, comportamento sexual de risco às DST/HIV-Aids, álcool e outras drogas. Essa participação na pesquisa desenrolou-se em muita aprendizagem e produções, como apresentações de trabalho em congressos, publicação de artigo (TEIXEIRA-FILHO; RONDINI; BESSA, 2011), dentre outras atividades. O trabalho teve continuidade até meu terceiro ano de graduação, como Estágio Básico.

Nesta fase da faculdade, já estava no encantamento por essas questões das sexualidades e continuei como voluntária participando do estágio e, então, fiz uma parada na *Casa da Criança “Dom Antônio José dos Santos”*, na cidade de Assis. Iniciei junto com uma colega de estágio o desenvolvimento de oficinas semanais de sexualidades com crianças desta instituição na faixa etária de 6 anos. Durante as atividades, uma questão feita por uma das crianças nos atravessou/nos chamou atenção: “*O que eu quero com isso?*”. Durante todo o trabalho, essa interrogação nos movimentou, levando-nos a problematizar preconceitos relativos à sexualidade, gênero, raça, cor e etnia na infância.

Nesse ano também tive a sorte de cursar uma *disciplina obrigatória* na grade do curso de psicologia: “*Psicologia, Gêneros e Processos de Subjetivação*”, que me proporcionou lidar com as questões que emergiram no trabalho com as oficinas, bem como refletir a respeito de uma psicologia comprometida eticamente com as discussões de gêneros e sexualidades.

Outra parada, essa se seguiu até o ano de 2012, foi o encontro com a ONG NEPS-Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre as Sexualidades, em Assis. Esse encontro foi intenso, a partir do qual muitas vivências e experiências puderam ser realizadas. Pessoas, projetos, editais, cafés, financiamentos, parcerias, redes, cines debates, plantões/acolhimentos/atendimentos, intervenções, oficinas, luta e

⁴Pesquisa financiada pelo Programa Nacional de DST/HIV- Aids (NTC 251/07).

militância. Luta pela diversidade e por uma sociedade mais justa. Momentos que, hoje, são lembrados com nostalgia.

Eis que chegaram os estágios curriculares de quarto e quinto ano e, sem dúvidas, escolhi e continuei no estágio “Estágio Profissionalizante em Políticas Públicas e Clínica Crítica: Clínica das sexualidades: as políticas dos agenciamentos amorosos I e II”. Ainda no quinto ano, faço um estágio extracurricular em “Políticas Públicas e Clínica Crítica: Laços de Amor: adoção, gênero, cidadania e direitos”. Assim como o estágio que participei por conta da bolsa BAAE, estes estágios, curriculares e extracurriculares, eram coordenados pelo Prof. Fernando Teixeira, que permitia a minha participação nas supervisões bem como na realização das oficinas com as crianças.

Em outros estágios⁵ de uma outra ênfase, com outra/outro supervisora/supervisor também acabei por desenvolver em minhas práticas, trabalhos com sexualidades e gêneros. Tentava a qualquer modo, levar e trabalhar com uma proposta em que as desconstruções das sexualidades, estigmas e preconceitos relacionados ao gênero, raça, classe social, orientação sexual e demais marcadores sociais da diferença, estivessem presentes em minha proposta teórico-prática de estágio em diversos campos/áreas.

Essa viagem a esse campo não chegou ao fim, nem mesmo com o fim da graduação, a qual posso dizer que foi “diferenciada” por ter sido atravessada por esses questionamentos diários, relacionados a esse campo de problematizações enquanto posicionamento ético, político e estético. Já graduada em psicologia, adentrei em outros espaços dando continuidade ao trabalho com sexualidades. Oficinas em CRAS - Centro de Referência de Assistência Social⁶, trabalhos voluntários em parcerias na área da saúde⁷ e outras atividades pontuais. E então,

⁵Estágio em Desenvolvimento Humano e Processos Educativos: Projeto Ações Educativas em Psicologia Social: uma forma crítica de promover a saúde social em grupos educativos I e II, sob supervisão do professor Dr. Antônio Carlos Barbosa da Silva (4º ano). Estágio Profissionalizante em Desenvolvimento Humano e Processos Educativos Cartografia da juventude: a constituição do sujeito pedagógico e a experiência em si I e II, sob supervisão da professora Soraia Georgina Ferreira de Paiva Cruz (5ºano).

⁶ Realização de oficinas no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) - Platina/SP. “Sexualidade, Educação e Saúde junto aos adolescentes do Projeto Ação Jovem”.

⁷Participação em parceria com o GIPA (Grupo Integrado de Prevenção e Atenção as DST/AIDS-Secretaria Municipal de Saúde, Assis/SP) com o trabalho de prevenção, orientação e distribuição de insumos junto as profissionais do sexo, em forma de visitas em seus lugares de trabalho.

eis que tenho uma outra parada, na qual começo a caminhar e amadurecer a proposta de pesquisa de mestrado.

...uma parada no campo da Saúde Mental...

O primeiro encontro com o campo da Atenção Psicossocial foi durante a disciplina curricular do terceiro ano (2009) na graduação: “*O campo da Atenção Psicossocial*”, ministrada pelo professor Sílvio Yasui, na qual tive a possibilidade de conhecer e aprender um pouco sobre esse campo da saúde mental. Coincidentemente, ou não, meu trabalho final da disciplina (tema livre) foi sobre “Mobilizações Sociais”, no qual desenvolvi uma problematização em relação ao movimento da luta antimanicomial e o movimento GLBTTS⁸ (Gays, Lésbicas, Bissexuais, Transgêneros e Simpatizantes). Sem poder imaginar, já estava propiciando um encontro entre esses dois campos: o das sexualidades e o da saúde mental, com o início de uma reflexão sobre dois movimentos de luta contra o preconceito e todas as formas de violação de direitos, dois movimentos pela afirmação da existência.

E no desejo de conhecer um pouco mais sobre a Atenção Psicossocial, fiz mais uma parada no campo da Saúde Mental, no ano de 2013, por meio da minha inserção enquanto aprimoranda no Campo da Saúde Mental e Coletiva⁹. Minhas reflexões sobre o (não) lugar das sexualidades no campo da Saúde Mental partem da minha vivência no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II e Ambulatório de Saúde Mental - ASM da cidade de Assis, no interior do estado de São Paulo. Por fim, esse desejo começa a disparar a continuidade dessa viagem. Durante esse percurso, muitos encontros foram capazes de (re)inventar cada passo desse caminho que me transformaram, e me transformam, a cada parada. E agora, convido-vos a fazermos juntas/juntos mais uma parada!

⁸. Essa nomenclatura era utilizada naquele momento, no entanto, a partir da I Conferência Nacional GLBT, ocorrida em junho de 2008, o movimento social decidiu utilizar a categoria Lésbica no início do acrônimo buscando dar maior visibilidade às mulheres lésbicas, contribuindo, assim, para a minimização da dupla violência sofrida por esta população, que sofre por ser mulher e lésbica.

⁹Refiro-me ao Programa de Aprimoramento Profissional – PAP da Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo – SES.

INTRODUÇÃO

A partir da aproximação da sexualidade com o campo da Saúde Mental na perspectiva da Atenção Psicossocial, surgiu a necessidade de tal problematização ao percebermos como manifestações/questões da sexualidade emergiam em alguns serviços de Saúde Mental. Muitas vezes, essas questões surgiam e permaneciam, em alguns casos, na ordem da invisibilidade. Com isso, comecei a questionar o por que a sexualidade dessas pessoas não era pensada e, com isso, iniciei um processo de reflexão: O que se entende por sexualidades? Quais são os discursos acerca das sexualidades no campo da Saúde Mental?

Dessa forma, as expressões das sexualidades das pessoas em sofrimento psíquico são vistas como estigmas, pois são compreendidas como desviantes, exacerbadas, descontroladas e, por isso, muitas vezes são reprimidas. Buscando controlar o excesso para manter a ordem interna, as instituições que essas/esses usuárias/usuários frequentam usam de diversas estratégias para isso, por meio dos discursos rígidos, normalizadores e disciplinarizadores; além de medicações para cessar esse "problema". É assim que os jogos de pedagogia do corpo atuam: formando e administrando a vida das pessoas (VASCONCELOS, 2010).

Nesse contexto, é de tamanha importância o diálogo entre sexualidades e Atenção Psicossocial. No entanto, muitos profissionais acreditam que as demandas das sexualidades não são prioritárias, isto é, creem que haja um sofrimento "maior" na/no usuária/o e outros sintomas que devam ser "tratados", e que muitas manifestações são parte de "delírios" ou são "crises e surtos".

As pessoas em sofrimento psíquico vivem de modo com que os discursos e práticas sejam impostos de forma naturalizada, muitas vezes rotulando e negando os seus desejos. Eles/elas já possuem um rótulo, um diagnóstico e um "futuro previsível". Com isso, os estigmas excluem e marcam os corpos dessas pessoas, colocando-as na posição de impotentes, incompetentes e associando-as com risco de periculosidade. Logo, tais profissionais agem como se essas pessoas não fossem atravessadas subjetivamente pelo desejo (TINOCO, 2009).

É necessário refletir em que momento as sexualidades, até então, entendidas como etiologia de neuroses, psicoses e perversões, foram dissociadas dos estudos

e da prática do campo da Saúde Mental. Isto é, em que momento histórico a ideia de uma "sexualidade exacerbada ou reprimida" como causa de patologia, perdeu força no discurso científico sobre as etiologias de problemáticas mentais, bem como nas práticas da saúde mental? Ainda, como mesmo tendo perdido espaço nos discursos e práticas, mantém-se como uma força poderosa constatada nas práticas de equipes e na invisibilidade de publicações sobre o tema?

A partir de experimentações desse campo, observamos que há poucas problematizações em alguns serviços tanto em relação às posturas dos profissionais quanto das/dos usuárias/usuários entre si. Ainda na busca por um respaldo teórico, percebemos também que não há muitas referências bibliográficas acerca desse assunto.

A partir de um levantamento bibliográfico inicial¹⁰ realizado em bases de dados (SciELO, Bireme e BVS-Psi) e nos documentos do Ministério da Saúde, encontramos poucos trabalhos que articulavam Sexualidade, Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Na busca por materiais específicos do campo da saúde mental, encontramos, por exemplo, uma cartilha que abordava as questões de sexualidades/gênero: *“Guia para Profissionais de Saúde Mental Sexualidade e DST/Aids: Discutindo o Subjetivo de Forma Objetiva”*. (Ministério da Saúde, 2002). Na apresentação deste material temos definido que este guia não é uma fórmula pronta e acabada para lidar com as múltiplas situações vivenciadas pelos profissionais no dia-a-dia da assistência” (p.9). Dessa forma, ele tem o intuito de propor algumas estratégias de intervenção, juntamente com os usuários, em relação às questões de sexualidade, prevenção e tratamento às DSTs/AIDS nos serviços de saúde mental. Também há uma discussão sobre vulnerabilidade pontuando, por exemplo, características que tornam as/os usuárias/usuários de saúde mental mais vulneráveis; a abordagem junto a/ao usuária/usuário; aconselhamento e adesão ao tratamento medicamentoso e também formas de intervenção por meio de “atividades” para se trabalhar com essas questões das sexualidades nos serviços psiquiátricos.

¹⁰ Refere-se a um levantamento bibliográfico sobre Sexualidade e Atenção Psicossocial, realizado em uma disciplina do Programa de Pós-Graduação em Psicologia UNESP/Assis chamada "Atenção Psicossocial: origens, inovações e desafios", ministrada no primeiro semestre de 2013. Esse levantamento continuou a ser realizado até o final de 2013 como parte de um trabalho, especificamente um relato de experiência, sobre Sexualidade e Atenção Psicossocial como conclusão do Programa de Aprimoramento Profissional.

Um fato interessante é que em 2015 (mesmo não sendo nosso recorte este ano em específico), é publicado o “Cadernos Humaniza SUS- Ministério da Saúde, vol 5: Saúde Mental”. A publicação tem em seu quinto volume temático o tema da Saúde Mental, entretanto, não encontramos nenhuma discussão sobre sexualidade/gênero nos textos que compõem esse material. Com isso, demonstra-se a ausência de articulação dessas questões nesse âmbito, mesmo com publicações oficiais recentes.

Podemos também nos atentar ao fato de que existe uma lacuna em relação à organização de uma política estatal, pois já que citamos um material oficial do Ministério da Saúde – Cartilha - e também os Cadernos Humaniza SUS -, os Relatórios Finais das Conferências Nacionais de Saúde Mental também são considerados documentos oficiais que norteiam as políticas públicas. O Relatório Final é considerado diretriz oficial para a reestruturação da Saúde Mental.

Entretanto, é apenas em 2010 que as questões das sexualidades e gênero são efetivamente incluídas nas propostas de atenção em saúde mental, assim como a urgente necessidade de pensar essa discussão. Acrescido a isso, haviam os desafios inerentes à organização e à implantação das políticas nacionais de saúde mental no Brasil envolvidas com a promoção da saúde.

As propostas relacionadas à garantia desses direitos, inserem-se no “Eixo II- Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais”. Os princípios e as diretrizes podem ser acessados no IV Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Inter setorial.

2.9 Garantia do acesso universal em saúde mental: enfrentamento da desigualdade e iniquidades em relação à raça/etnia, gênero, orientação sexual, identidade de gênero, grupos geracionais, população em situação de rua, em privação de liberdade e outros condicionantes sociais na determinação da saúde mental. (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. 2010, p.99)

Trouxemos esse dado do Relatório apenas para ilustrar como se faz necessária a discussão dessas questões, pois notamos algumas lacunas no âmbito das políticas públicas. Podemos perceber que é recente a inserção dessas propostas, apenas no IV Relatório, visto que nos três primeiros havia uma lacuna a respeito dessa discussão.

Compreendemos ser interessante fazer uma leitura e análise dos Relatórios¹¹ Finais das Conferências Nacionais de Saúde Mental, pela importância e objetivo desse material. Ao final das Conferências é produzido um relatório por meio das propostas construídas democraticamente e aprovadas em plenária, que serão diretrizes para a política de saúde por um período de 4 anos. Essas diretrizes têm o intuito de orientar gestores, prestadores de serviços, trabalhadores, movimentos sociais, organizações civis e usuários em relação às demandas da saúde. Além de ser um documento de informação fundamental das mudanças das políticas que envolvem, nesse caso, a saúde pública brasileira.

As Conferências Nacionais de Saúde Mental são espaços de participação popular na área da saúde mental e da saúde como um todo. Formaram-se como um importante instrumento na luta pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Com o envolvimento de todas as instâncias da sociedade que possuem articulações com as questões da saúde mental, têm o intuito de promover discussão e reflexão sobre a situação da saúde mental no Brasil.

Pautados nesses levantamentos bibliográficos, o que esses autores demonstram pode ser tomado como um indicador da lacuna existente quanto à produção de trabalhos sobre o tema. Por outro lado, esse levantamento serviu como base para nossas problematizações e impulsionou uma nova busca ampliada com um recorte anual e com o estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão, que nortearam essa atual pesquisa.

A Pesquisa

O objetivo principal da pesquisa foi identificar e analisar a produção discursiva sobre sexualidade, relacionada ao campo da saúde mental, a partir de artigos científicos indexados nas bases de dados SciELO e LILACS dirigidos a esta área, tendo como recorte os anos de 2001 a 2014. Objetivamos também verificar quais as perspectivas teórico-metodológicas sobre essas questões estavam contidas nessas publicações que foram analisadas. Dessa forma, para a compreensão das questões

¹¹ Até o momento têm-se 4 Relatórios Finais das 4 Conferências Nacionais de Saúde Mental. A I Conferência aconteceu em 1987, a II Conferência em 1992, a III Conferência em 2001 e a IV Conferência em 2010

da sexualidade no campo da saúde mental, consideramos os atravessamentos dos marcadores sociais da diferença, como gênero, raça, classe, geração, dentre outros presentes ou não nos artigos.

O marco referencial que escolhemos é o ano de 2001, ano este em que a Lei Federal nº 10.216 de 6 de abril de 2001, também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, foi promulgada. Esta lei instituiu a garantia dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico fortalecendo o processo de organização de uma nova proposta de cuidado à saúde mental no Brasil. Em consonância a esse processo, propusemos a dar visibilidade aos discursos que vinham sendo construídos e divulgados sobre as sexualidades no campo da saúde mental.

Utilizamos como técnica para análise dos artigos científicos, a Análise de Conteúdo, a partir da perspectiva de Laurence Bardin (1977). Essa técnica auxiliou-nos na organização e sistematização das categorias temáticas com que trabalhamos e dessa forma proporcionou uma melhor visualização e análise dos dados.

Como suporte teórico para auxiliar as discussões propostas e também compor todo o trabalho, dialogamos com Michael Foucault e suas contribuições para as análises das relações de poder que se engendraram na consolidação dos processos de produção de subjetividades e produções discursivas. Ainda, utilizamos teóricas/os dos estudos de gêneros, culturais e teóricas feministas pós-estruturalistas dos Estudos Queer, afim de realizarmos as análises sobre as naturalizações dos discursos sobre as sexualidades, encontrados nos dados levantados.

Para a problematização das questões relacionadas à saúde, na perspectiva da Atenção Psicossocial, utilizamos referências que auxiliassem na articulação entre saúde mental e sexualidade, incluindo ainda textos oficiais que organizassem e articulassem as políticas de saúde - como, por exemplo, cartilhas do Ministério da Saúde.

Para a construção desse caminho apresentamos o Primeiro Encontro, composto pelo 1º Capítulo, em que realizamos uma breve discussão a respeito da construção histórica do discurso médico-psiquiátrico, que produz o diagnóstico binário louco-não louco, e os saberes em torno da loucura. Também analisamos como as questões da sexualidade se inserem ou não nesses discursos, problematizando o (não)diálogo entre as questões da sexualidade no campo da

saúde mental, por meio de uma discussão em torno de como o dispositivo incide sobre o corpo classificado como louco.

No Segundo Encontro, o Capítulo 2, apresentamos alguns apontamentos teórico-metodológicos, e o percurso da escrita enquanto um posicionamento ético político de trabalho. Nesse capítulo, procuramos mostrar o caminho realizado, bem como os materiais (fontes) e a perspectiva com que dialogaremos por todo esse processo de construção da pesquisa.

E por fim, no Capítulo 3, (Des)Encontros, apresentamos o (não)diálogo entre a sexualidade e o Campo da Saúde Mental por meio dos dados levantados, bem como a discussão e análise destes dados. Por meio dos materiais selecionados construímos categorias temáticas e discussões a respeito desses (des)encontros, possibilitando uma visualização e problematização do que vem sendo produzido nesse campo.

1. Há lugar (es) para as sexualidades no campo da saúde mental? O que pode um corpo louco?

1.1. Regulações e aprisionamentos da existência

“as correntes que aprisionam a loucura já não são feitas de ferro, mas sobretudo de palavras”.

João Frayze-Pereira

Podemos pensar como as normas regulam a vida dos sujeitos, eliminam a possibilidade da diferença atravessando também suas identidades e tornando-as marcadas pelo social. Segundo Peres (2009), Foucault apontou que os sujeitos não possuem identidades fixas e impermeáveis, ao contrário, é possível “expressar muitas formas de discursos e corporeidades, variando temporalmente em cada espaço sócio-histórico, cultural e político pelo qual transitamos” (PERES, 2009, p.236).

Nesse caso, os discursos sobre as sexualidades, seus modos e meios de produção de verdades, as regras e as normas, sustentam aquilo que é considerado, ou não, normal/patológico, verdadeiro/falso, masculino/feminino, hetero/homossexual e etc (TEIXEIRA FILHO et al., 2011). Dessa forma, as práticas discursivas produzem normas e modelos de existência, nos quais os que não se "encaixam" nesse modelo acabam por ser estigmatizados e excluídos socialmente. Com isso, mesmo que esses modelos não sejam deterministas, eles restringem as possibilidades das pessoas sentirem-se livres para expressar seus desejos. Podemos dizer que somos, muitas vezes, expressões desses corpos dóceis; pois somos constituídos pela norma, pela disciplina, pelos discursos instituídos. É muito mais fácil disciplinarizar, docilizar, do que fazer pensar e fazer questionar, uma vez que a sociedade é a expressão do conjunto de regras no qual os papéis sociais estão cristalizados (FOUCAULT, 2010).

A partir dessa problemática, notamos, em vários espaços, o quão difícil é desmonopolizar essa hegemonia de saberes instituídos e afirmados como verdades inquestionáveis e/ou universais. Há a necessidade de pensar sobre formas de

desconstruir esses modelos identitários cristalizados, para que possa haver espaço de criação de novas possibilidades ante essa ditadura de formas reducionistas de vida.

Diante disso, é de tamanha importância refletir sobre tornar essas vidas possíveis, sendo assim, alicerces de resistência contra autoritarismos e preconceitos que virtualizem de fato uma sociedade democrática e mais igualitária são imprescindíveis.

Na tentativa de escapar ao instituído, tentamos pensar em estratégias de resistência e enfrentamento à lógica dominante, consolidando, assim, práticas que favoreçam a potencialização da vida em suas múltiplas possibilidades. Pois, nessa política da regulação social que separa e/ou classifica para controlar, na qual todos são diferentes entre si, mas todos giram em torno da norma - essa norma que disciplina -, acredita-se que se não disciplinado, o indivíduo pode tornar-se um desviante. Caminharíamos para uma patologia? Para a loucura?

Assim, as paixões, a vontade, o desejo, as condutas e/ou comportamentos sexuais devem estar em conformidade com a moralidade socialmente esperada. A sociedade medicaliza e domina as paixões, os delírios e os maus hábitos pelo uso de psicofármacos – que nem sempre são eficazes – e também de outras estratégias que tendem a controlar o que desvia ou não corresponde ao padrão socialmente correto. Desse modo, o discurso médico, o discurso da psiquiatria, produz o diagnóstico binário louco-não louco, assim, as classificações das patologias acabam subordinadas à atribuição desse diagnóstico. Nesse contexto, qual o papel do corpo, da moralidade, dos prazeres e dos desejos ao serem inseridos no atual discurso psiquiátrico? (CAPONI, 2009).

Sandra Caponi ao discorrer sobre o poder psiquiátrico diz que

Em lugar de docilizar pelo encerramento físico manicomial, dociliza-se pelo encerramento químico, pelo isolamento que impõe o uso de psicofármacos que modelam os hábitos e as condutas, que dominam os pensamentos e os delírios, que minimizam os riscos de violência, mas que ao mesmo tempo exigem um custo muito elevado. O custo de perpetuar a ideia da psiquiatria clássica: “ausência do corpo do louco” (CAPONI, 2009, p.102).

Haja vista que a utilização de psicofármacos gera efeitos graves e indesejáveis nos corpos, que acabam se tornando encrudescidos pela medicação, podemos pensar, concomitantemente, em outros dispositivos que se inserem nesse

corpo marcado pela loucura. Junto a isso, conforme Caponi (2009), Foucault nos convida a pensar: como um dispositivo de poder é capaz de produzir enunciados, discursos, em relação às formas de representação que podem surgir?

A preocupação de Foucault era entender como os jogos de verdade estariam ligados às relações de poder, bem como um saber médico sobre sujeitos nomeados como loucos, esteve totalmente relacionado a processos sociais, tais como questões econômicas, instituições e as práticas de poder. Enfim, como a medicalização da loucura, essa organização do poder médico, está ligada as relações sociais de poder. Assim, a partir de um certo momento e após um certo número de processos, várias definições foram dadas a loucura. Como, então, a loucura foi considerada uma doença decorrente de uma certa medicina? E como foi classificada como doença mental, juntamente a outras doenças, mas com um lugar específico para ela? Como o sujeito louco foi situado nesse jogo de verdade definido por um saber ou por um modelo médico? (FOUCAULT, 2006)

Havia, de fato, práticas - basicamente essa grande prática da internação desenvolvida desde o início do século XVII e que foi a condição para a inserção do sujeito louco nesse tipo de jogo de verdade - que me remetiam ao problema das instituições de poder, muito mais do que ao problema da ideologia. Assim, fui levado a colocar o problema saber/poder, que é para mim não o problema fundamental, mas um instrumento que permite analisar, da maneira que me parece mais exata, o problema das relações entre sujeito e Jogos de verdade. (FOUCAULT, 2006, p.274)

Pode se dizer que o sujeito dito louco não é um sujeito não livre e que, a pessoa considerada doente mental, constitui-se como sujeito louco em relação e diante daquele que o declara louco. E essa constituição pode ser considerada como consequência de um sistema de coerção. Podemos tomar como exemplo, a histeria que marca algo muito importante na história da psiquiatria e no modo asilar do século XIX, momento em que existiam modos de coerção para “obrigar” os sujeitos a se constituírem como loucos. E são por meio de práticas de si impostas pela cultura, por todo o corpo social, que o sujeito se constitui de forma ativa. (FOUCAULT, 2006).

O louco se diferencia do criminoso, do indigente e do devasso por meio da assimilação à ciência médica e com a criação do internamento. Essa estratégia de internamento do século XVIII, na qual o objetivo era promover uma terapêutica moral, falhou economicamente, no século XIX e, dessa forma, acontece a

substituição por outra forma de isolamento desses sujeitos ditos loucos. A problemática da loucura inicia um novo cenário, do qual temos conhecimento hoje, no momento em que surge como personagem principal o médico e, junto com ele, um novo regime discursivo. (REBELLO, s/d).

1.2. Estratégias de resistência e enfrentamento à lógica do racionalismo científico e médico. Rupturas e outras possibilidades de existências. O que a Reforma tem a ver com isso?

A problemática da saúde mental, em todos os seus atravessamentos, configura-se como campo de discussão amplo e complexo, no qual podemos pensar a saúde mental, também, enquanto um dispositivo de regulação e disciplinarização dos corpos. A existência de espaços para problematização de tais questões é resultante do movimento da Reforma¹² Psiquiátrica Brasileira que, iniciado na década de 1970, constitui até hoje, a principal estratégia de enfrentamento ao paradigma da psiquiatria biológica e sua metodologia etiológico-orgânica para o trabalho com o sofrimento psíquico.

Vale ressaltar que por entendermos a experiência da loucura por uma outra perspectiva, inserida no movimento da Reforma e na Atenção Psicossocial, utilizamos o termo “sofrimento psíquico” em detrimento a transtorno mental, doente mental, distúrbio mental e outras denominações utilizadas para essas pessoas em intenso sofrimento. Assim,

O sofrimento psíquico não é considerado um mero estado interno e ontológico ao indivíduo, mas sim histórica e socialmente determinado, uma decorrência de práticas sociais que conduzem esse indivíduo a um estado de “não adaptação”, de perdas de sentido, a confusões, descentramentos, sentimento de impotência e vazio. Nesse estado de desadaptação, o eu é experimentado como coisa alheia e, conseqüentemente, produz dificuldades para o sujeito conduzir sua própria vida (LUZIO, 2010, p.47).

Nesse contexto, o movimento da Reforma Psiquiátrica não é algo acabado e, sim, em andamento, é um processo social complexo, pois envolve movimentos e atores sociais, articulações de dimensões que são inter-relacionadas, nas quais

¹² Amarante (2003), apresenta uma discussão mais detalhada a respeito da origem e seus usos dessa terminologia “Reforma” Psiquiátrica.

esses movimentos estão envolvidos. Temos um processo complexo, e que se movimenta, para atingir seus objetivos que ainda não foram alcançados.

Trata-se de uma radical ruptura com o modelo asilar predominante, por meio, não só de um questionamento de seus conceitos, fundamentos e de suas práticas moldadas em uma questionável racionalidade científica, mas, principalmente, por meio da construção de novo paradigma científico, ético e político (YASUI, 2006, p.96).

Por meio da proposição de um novo paradigma de cuidado em saúde mental, o movimento da Reforma tem o intuito de atuar sobre os regimes de verdade que incidiram sobre a loucura. Para além de reorganizar o cuidado em relação às pessoas em sofrimento psíquico, e mantê-las fora dos muros de uma instituição, pretende-se uma ruptura com os próprios regimes científicos que se impõem a esses corpos. Mas quais são esses regimes e qual o paradigma que queremos promover com essa ruptura?

O paradigma psiquiátrico é construído por meio dessa racionalidade científica, a qual produz verdades. Assim, pode-se explicar o paradigma psiquiátrico biológico, como um modelo que contribuiu para estigmatização e exclusão de alguns sujeitos em nossa sociedade. A perspectiva da objetividade, do olhar único, do internamento, de espaços disciplinados, de técnicas de controle dos comportamentos e, concomitantemente, a descoberta e utilização dos psicofármacos, conduziu ao aumento das práticas de psiquiatria asilar, fortalecendo o paradigma do internamento e a ampliação do modelo classificador das doenças.

O olhar fragmentado e reducionista não proporciona espaço para a compreensão do contexto nos quais se desenvolvem, no mundo vivido, os processos saúde-doença. "A atual crise da atenção à saúde está ligada ao exercício cotidiano desse saber biomédico, cuja racionalidade procura "fatos" numa relação de causalidade linear e mecânica" (ROZEMBERG; MINAYO, 2001, p.116).

O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira sustenta a ruptura com a estrutura médico-psiquiátrica, até então vigente, a partir de um novo paradigma de orientação às ações em saúde mental: a Atenção Psicossocial¹³, com uma proposta de reorientação do cuidado em saúde mental e do olhar ao sofrimento psíquico. Nesse contexto, o paradigma da Atenção Psicossocial pensa em novas formas de

¹³ Apresentado com maior profundidade no texto Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva de Costa-Rosa, A., Luzio, C., e Yasui S. (2003).

encarar o sofrimento, o olhar e o cuidado para a pessoa e todo o seu entorno, sua complexidade e a forma em que este habita o território. O nível de complexidade proposto é atingido a partir da articulação de quatro dimensões, interdependentes e complementares: jurídico-política, técnico-assistencial, teórico-conceitual e sociocultural¹⁴ (AMARANTE, 2008).

Dessa maneira, é necessário trabalhar com um conceito relacional de território, que considere os modos de construção do espaço, de produção de sentidos para o lugar que se habita, ao qual se pertence por meio das práticas cotidianas (YASUI, 2010). "Assim, organizar um serviço substitutivo que opere segundo a lógica do território é olhar e ouvir a vida que pulsa nesse lugar" (LIMA; YASUI, 2014, p.597). Pensar novos referenciais teóricos, recursos metodológicos e conceituais, juntamente com novas práticas de cuidado. Desse modo, isso se faz necessário por meio de mudanças nos olhares, não apenas para a loucura e o sofrimento, mas também na desconstrução de (pré) conceitos.

Com isso, a retomada desses atores sociais e sua autonomia podem ser caracterizadas como fio condutor do Paradigma da Atenção Psicossocial, uma vez que deve ser origem e destino para criação e implantação das políticas de saúde, para organização dos serviços e para a formação das/dos trabalhadoras/trabalhadores. Pode-se dizer então, que significa uma atenção no sentido de considerar que essas pessoas possuem uma demanda, na qual reiteramos, e concomitantemente os aspectos psicológicos e sociais, por isso o termo psicossocial (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003).

Com a proposta do paradigma da Atenção Psicossocial, levam-se em consideração os processos subjetivos em seus múltiplos atravessamentos, o sofrimento psíquico¹⁵ é deslocado de uma causalidade orgânica e de uma responsabilidade individual e passa a ser inserido em uma rede complexa de saberes e relações. Investe-se em coeficiente de singularização de cada pessoa e suas condições de existência e subjetivação: afectos¹⁶, história de vida, laço social,

¹⁴ Em relação as discussões e reflexões sobre essas dimensões consultar em Amarante (1999, 2003, 2007), que inicialmente elaborou esses termos, ou Yasui (2006).

¹⁵ Quando se agrega o termo psíquico à palavra sofrimento, não se pretende estabelecer uma divisão entre mente/corpo. Ao contrário, pretende-se olhar para a complexidade da existência humana, por meio da singularidade, da subjetividade. E enfatizarmos os processos de experiências subjetivas que constituem e permeiam a relação do sujeito e todo seu entorno social (YASUI, 2006)

¹⁶ Usaremos o conceito de afecto trabalhado por Gilles Deleuze e Félix Guattari, em suas propostas filosóficas o qual se remete ao affectus de Spinoza. Deleuze afirma que "O afecto não é a passagem de um estado vivido a um outro, mas o devir não humano do homem" (DELEUZE; GUATTARI 1992,

constituições familiares, relações de trabalho, relações amorosas e afetivas, condição socioeconômica, moradia, demandas.

Dessa forma, o movimento de cuidado não gira mais em torno especificamente da doença, do diagnóstico, e sim de uma (re) invenção de novas formas de práticas de cuidado. Assim, a cada encontro um novo olhar, uma nova escuta atravessada pelas singularidades da experiência de cada vida. Nesse contexto, Rotelli nos convida a propor essa mudança nesse cuidado, o qual, retira-se o sujeito e coloca-se a doença entre parênteses (ROTELLI, 2001).

Assim sendo, com essas propostas de mudanças de práticas de cuidado, como então atuarmos nessa perspectiva da Atenção Psicossocial? Parece ser algo simples, que alcançamos facilmente, entretanto, algo um tanto quanto complexo permanece e faz com que o movimento da Reforma Psiquiátrica não tenha sido finalizado

(...) a psicopatologia do século XIX (e talvez ainda a nossa) acredita situar-se e tomar suas medidas com referência num *homo natura* ou num homem normal considerado como dado anterior a toda experiência da doença. Na verdade, esse homem normal é uma criação. E se é preciso situá-lo, não é num espaço natural, mas num sistema que identifique o *socius* ao sujeito de direito; e, por conseguinte, o louco não é reconhecido como tal pelo fato de a doença tê-lo afastado para as margens do normal, mas sim porque nossa cultura situou-o no ponto de encontro entre o decreto social do internamento e o conhecimento jurídico que discerne a capacidade dos sujeitos de direito (FOUCAULT, 2008, p. 132-133).

Para além de uma reorientação de práticas de cuidado ao sofrimento psíquico, temos que compreender que é imprescindível uma mudança de olhar sobre a loucura, sobre as relações de poder que permeiam esse paradigma vigente ainda hoje, que é o da exclusão e silenciamento da loucura, nomeado paradigma psiquiátrico. Nesse contexto, a ciência médica psiquiátrica, com sua lógica do racionalismo científico, produz as verdades sobre o que é ou não loucura tendo esse tão “forte” discurso psiquiátrico o veredito de dizer sobre a loucura (PROVIDELLO, 2011).

Assim, é por meio de um discurso médico em torno da razão, que a loucura pode ser falada em um meio em que apenas quem é constituído pela razão tem esse poder de fala. Podemos dizer que esse domínio da ação psiquiátrica é também

p.224). É também a ideia do efeito da ação de um corpo sobre o outro, em seu encontro. “Afetos, estes não surgiam de nenhuma espécie de individualidade dos corpos” (ROLNIK, 2011, p.57).

uma ação política-estatal que determinou um saber inicial sobre a loucura, permeada por uma violência que reprime. Violência esta capaz de excluir pelo fato de o sujeito ser considerado “doente” ou “desviante” em um meio no qual existe um padrão de normalidade socialmente aceita. Desse modo, “será sempre em relação a uma ordem de ‘normalidade’, ‘racionalidade’ ou ‘saúde’ que a loucura é concebida nos quadros de ‘anormalidade’, ‘irracionalidade’ ou ‘doença’” (FRAYZE-PEREIRA, 1985, p.20).

Como discutido por Georges Canguilhem (2009), e também por Frayze-Pereira (1985), a pessoa é doente sempre em relação à outra pessoa, a doença só existe na e pela relação com o dito normal/saudável. Dessa forma, torna-se difícil uma definição para a loucura, pois ela não é uma questão isolada. E como Foucault já nos mostrou em seus escritos¹⁷, a doença só se mostra com a legitimidade de doença quando inserida em uma cultura que a reconheça como tal.

Assim, a experiência racionalista cria formas para controlar as manifestações da loucura. Por meio da vigilância e do domínio, mantendo-a afastada da razão. Não há discurso da loucura sobre a razão. Foucault discorre em História da Loucura (2008) não sobre a história do discurso psiquiátrico e sim sobre esse silêncio que essa ciência médica estabeleceu, a qual a voz ativa e única é a da razão sobre a loucura.

Nesse sentido, Pelbart (1993) propõe refletir sobre um novo paradigma em relação à loucura, em uma experiência do pensamento, pela desrazão, pelo Fora, com a ideia de outras possibilidades de pensar que não o modelo do racionalismo científico. Mas, o que seria pensar o fora?

(...) o exercício, no seio do próprio pensar e das práticas sociais, de uma nova forma de relacionar-se com o Acaso, com o Desconhecido, com a Força e com a Ruína. Trata-se de não burocratizar o Acaso com causalidades secretas ou cálculos de probabilidade, mas fazer do Acaso um campo de invenção e imprevisibilidade; de não recortar o Desconhecido com o bisturi da racionalidade explicativa; de não fazer da Ruína um momento de uma separação dialética, mas uma linha de fuga micropolítica. Trata-se enfim de um pensamento que não transforma a força em acúmulo, mas em Diferença e intensidade. Isso tudo implica, naturalmente, inventar uma nova relação entre corpo e linguagem, entre a subjetividade e a exterioridade, entre os devires e o social, entre o humano e o inumano, entre a percepção e o invisível, entre o desejo e o pensar (PELBART, 1993, p.107-108).

¹⁷ Referente a essa discussão, pode-se encontrá-la mais detalhadamente em “Doença Mental e Psicologia” Michel Foucault (1991).

Desse modo, é necessário propor uma ruptura com o domínio da razão, essa nossa racionalidade hegemônica que nos aprisiona, para assim permitir que o pensamento seja atravessado pela desrazão. Isso é tão urgente e necessário quanto libertar nossa sociedade dos espaços manicomiais, e aqui enfatizamos os manicômios mentais, ou seja, um direito à desrazão (PELBART, 1993).

O direito à desrazão significa poder pensar loucamente, significa poder levar o delírio à praça pública, significa fazer do Acaso um campo de invenção efetiva, significa liberar a subjetividade das amarras da Verdade, chame-se ela identidade ou estrutura, significa devolver um direito de cidadania pública ao invisível, ao indivisível e até mesmo, por que não, ao impensável" (PELBART, 1993, p.108).

Diante desse contexto, a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica, pretendemos dialogar a respeito de como ainda há que se lutar para alcançarmos o propósito maior desse movimento, que está relacionado com o objetivo da dimensão sociocultural, isto é, "a transformação do lugar social da loucura". Haja vista que o imaginário social é marcado por um viés psiquiátrico que produz um estigma relacionado à loucura, é imprescindível essa transformação das relações entre o social e a loucura, para que possamos desconstruir esse estigma que marca alguém como louco, doente, sem direitos e que produz diversos tipos de exclusão social (AMARANTE, 2003).

Logo, na tentativa de (re) inventar novas formas de cuidado com o sofrimento humano, novos olhares e escutas, na perspectiva de acolhermos as diferenças e singularidades da diversidade humana, propomos uma transformação social em relação aos padrões de normalidade. Transformação esta, que ainda é pautada por uma luta diária. A luta pelo direito à existência.

1.3. Dispositivo da sexualidade e o dispositivo da loucura: (In)visíveis afectos

"Na biopolítica normativa, o corpo deveria estar morto, mas está vivo. Deveria ser assexual, mas é desejante".

Beatriz Preciado

Mas, com essas mudanças de olhares, com essa nova perspectiva de cuidado, será que os desejos também foram e/ou são considerados? Será que as pessoas são autorizadas a desejarem? Se sim, que tipo de desejo? O movimento da Reforma Psiquiátrica se movimenta-se em direção a esses atravessamentos desejantes?

Em alguns espaços, as manifestações, ditas psicopatológicas, das pessoas em sofrimento psíquico são controladas por meio de discursos (jurídicos, científicos, religiosos e etc.), bem como as diversas manifestações das sexualidades que também sofrem algum tipo de controle ou negação. Em muitas situações, essas pessoas são interditas em relação aos seus desejos, por serem consideradas doentes, em tratamento, não sendo "autorizadas" a desejar, a querer, a sentir.

A partir de uma perspectiva foucaultiana, podemos dizer que a sexualidade é uma construção discursiva atravessada por contingências sócio-históricas e culturais. Neste contexto a sexualidade não é, como nos fizeram acreditar os discursos científicos, religiosos, psicanalíticos, somente uma questão biológica/hormonal, de tentação da carne e resultado de vivências autoeróticas e/ou edípicas, respectivamente. Trata-se, também, de uma questão de articulação política e social de discursos necessários para a produção de regimes de verdade. Entendemos assim, a sexualidade para além dos aspectos biológicos da mesma, logo, como constitutiva da subjetividade e/ou identidade individual e social, como representação, desejo ou simplesmente como comportamento. Uma sexualidade que permeia todas as relações sociais do indivíduo.

Essa construção da sexualidade envolve um tipo de poder específico, o biopoder: o poder sobre a vida destinado a produzir forças, a fazê-las crescer e ordená-las, atingindo os corpos como máquina e como espécie, em uma doutrina de regulamentação e regulação do corpo social. Nessa conjuntura, a vida emerge no âmbito das técnicas políticas e a sexualidade será um dos dispositivos de sustentação desse processo – o sexo como matriz das disciplinas e princípio das regulações (ASSMANN et al., 2007; FOUCAULT, 2010).

Para Foucault, entende-se a sexualidade como discurso e a palavra sexualidade é o nome que pode ser dado a um dispositivo histórico:

(...) não à realidade subterrânea que se apreende com dificuldade, mas à grande rede da superfície em que a estimulação dos corpos, a intensificação dos prazeres, a incitação ao discurso, a formação dos

conhecimentos, o reforço dos controles e das resistências encadeiam-se uns aos outros, segundo algumas estratégias de saber e de poder (FOUCAULT, 2010, p.100).

O dispositivo da sexualidade foi construído pelos discursos da Igreja Católica, da psiquiatria, da sexologia, do direito, desde os finais do século XIX. Tais discursos produziram classificações, dividiram indivíduos e práticas, criaram “espécies” e “tipos” e, simultaneamente, modos de controlar a sexualidade (AGAMBEN, 2009).

Para Foucault (2010), junto ao saber-poder-prazer e por meio de apoios às práticas médico-jurídicas de regulação dos corpos, a construção desses discursos científicos constituiu verdades e classificou formas de existir das pessoas, principalmente em relação à sexualidade, intitulando-as como dispositivo da sexualidade essa junção de discursos e práticas que se compõem como uma rede interligada.

Através deste termo, tento demarcar, em primeiro lugar, um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos (FOUCAULT, 1979, p. 244).

Nessa perspectiva, destacamos a notoriedade de como os corpos são invalidados por práticas disciplinadoras, práticas que ditam as regras do que é certo ou errado, que não possibilitam que esses corpos afetem-se. Assim, tratam-se de corpos que devem permanecer enrijecidos, pois deste modo, é mais fácil controlá-los. De acordo com Foucault (1979), todo esse tipo de controle sobre os corpos atua como modos de controle e adestramento normatizadores.

Percebemos como a norma, as regras e as vigilâncias produzem corpos dóceis e disciplinados. Além do controle das manifestações ditas psicopatológicas das/dos usuárias/usuários dos serviços de Saúde Mental, algumas/alguns profissionais controlam também suas performances de gênero e as manifestações de suas sexualidades. Essas normas podem ser explícitas ou não. Quando permanecem implícitas, geralmente, atuam enquanto normalizadoras da prática social, o que pode ser percebido claramente pelos efeitos que produzem (BUTLER, 2014).

A norma governa inteligibilidades, permitindo que determinadas práticas e ações sejam reconhecidas como tais, impondo uma grelha de legibilidade sobre os parâmetros do que será e do que não será reconhecido como domínio do social (BUTLER, 2014, p.253).

A invisibilidade desses corpos é acompanhada por um viés de infantilização, que marca um modo de tratamento sustentado pela regressão e negação da sexualidade, como se essas pessoas consideradas “loucas” jamais houvessem experienciado afectos e desejos, como se essa sexualidade fosse inexistente. Com isso, dá para se evidenciar como o desejo, a vontade do sujeito é reduzida, controlada e negada. Há também, por parte das/dos profissionais, atitudes paternalistas e de infantilização da/o usuária/o, são tratadas como eternas crianças, e sua sexualidade é inexistente e, caso exista, há que negá-la (BRITO; OLIVEIRA; 2009). Soma-se a isso, práticas discursivas marcadamente preconceituosas que reforçam a sexualidade enquanto função reprodutiva e engrossam um discurso preventivo pautado na dita impossibilidade de procriação desses sujeitos.

Por serem considerados incapazes, e em alguns casos interditados juridicamente, essas pessoas acabam por ficar sob a tutela de suas famílias e/ou responsáveis legais, que compartilham e reforçam essas condições de negação, infantilização e invisibilidade. Isso tudo compõe uma série de empecilhos às estratégias de trabalho comprometidas com a promoção e a busca da autonomia dessas pessoas, não só em relação ao sofrimento psíquico, mas também às suas escolhas, encontros e afetos.

Desta forma, podemos pensar também na relação hierárquica que separa e distancia a/o profissional da/o usuária/o. Seria esta separação, no terreno das sexualidades, provocada pela disciplinarização do profissional às normas do "sexo correto"? A sanidade estaria, dessa forma, definida pelo "saber se comportar", silenciar-se, invisibilizar o desejo, o erótico, como se, para a/o profissional da saúde mental, falar sobre estes temas fosse lhe aproximar da "loucura"?

Gayle Rubin (1984/2012, p.15), ao postular a pirâmide erótica, na qual "heterossexuais maritais e reprodutivos" estão em seu topo, afirma que:

Indivíduos cujo comportamento está no topo desta hierarquia são recompensados com saúde mental certificada, respeitabilidade, legalidade, mobilidade social e física, suporte institucional e benefícios materiais. Na medida em que os comportamentos sexuais ou ocupações se movem para baixo da escala, os indivíduos que as praticam são sujeitos a presunções de doença mental, má reputação, criminalidade, mobilidade social e física

restrita, perda de suporte institucional e sanções econômicas (RUBIN, 1984/2012, p.14)¹⁸.

Nesse contexto, percebemos como certos comportamentos podem ser marcados por estigmas de certa forma punitivos e excludentes que podem, na maioria das vezes, ser derivados dos discursos médico-psiquiátricos que classificam, marcam e determinam um certo status de inferioridade mental. Ainda, como a sexualidade de alguns pode ser vista como patológica e a de outros como a ideal para reprodução do corpo da nação - corpos aceitáveis e desejáveis (RUBIN, 1984/2012).

Ao discutir o sistema sexo/gênero/desejo/práticas sexuais, Butler (2003) discorre como a coerência entre estas categorias é fundamental para as criações ficcionais das categorias de homem e mulher, bem como, a de quem será considerado humano.

Se pautarmos-nos pela noção de matriz heteronormativa, o projeto de nação deseja produzir corpos heterossexuais e a matriz heteronormativa só funciona quando se trata de corpos considerados "saudáveis", logo, podemos perceber que aqueles que escapam da matriz heteronormativa são alocados como doentes mentais. Desse modo, aqueles que destoam das normativas de gênero são alocados nas categorias de doentes e loucos. Assim, como a própria loucura pode se conciliar com a matriz heteronormativa na medida em que esta tem como um requisito implícito a própria normalidade?

Pois, nessa perspectiva, a heteronormatividade é um modelo pautado no casal heterossexual burguês reprodutor. Assim, de que modo as/os consideradas/os loucas/os podem transitar por esta categoria quando sua sexualidade ora é invisibilizada ou ora hipervisibilizada como uma sexualidade exagerada, perversa e exacerbada? Ainda que os corpos marcados pela loucura pareçam não ser considerados desejáveis à maquinaria heterossexual, que produz corpos para nação, aptos às demandas tanto produtivistas que farão o capital funcionar, como corpos que continuarão a manter a lógica heteronormativa, isso não significa que essas pessoas estejam alheias aos desejos de normalização por meio da heteronormatividade.

¹⁸ Utilizaremos a tradução livre ao português deste artigo, entretanto a versão original pode ser encontrada em: RUBIN, Gayle. Thinking Sex: Notes for a Radical Theory of the Politics of Sexuality. In: VANCE, Carole S. Pleasure and Danger: Exploring Female Sexuality (Boston: Routledge and Kegan Paul, 1984), 267-319.

Como corpos abjetos sua sexualidade deve ser contida. Nesse sentido, poderíamos distinguir corpos inteligíveis de corpos abjetos, sendo os primeiros aqueles que mantêm uma coerência das categorias de sexo/gênero/desejo/práticas e os segundos, aqueles que não correspondem a esse funcionamento. Com isso, se nossos desejos podem ser considerados como “termômetros” do quanto seremos vistos como “normais”, aqueles que, a priori, por inúmeras circunstâncias, são consideradas/considerados loucas/loucos, terão seus desejos reconhecidos quando o próprio enquadramento que estipula o reconhecimento do desejo tem como requisito a normalidade mental.

Desse modo, partindo do pressuposto de que os enquadramentos que dispomos para reconhecer o desejo do outro estão atravessados pela ideia de uma certa normalidade mental, então esta normalidade pode ser considerada a moldura pela qual podemos reconhecer o desejo. Logo, como reconhecer o desejo dos tidos enquanto loucos quando eles estão excluídos do próprio enquadramento que reconhece o desejo?

Sobre a produção de novos enquadramentos – O que acontece quando um enquadramento rompe consigo mesmo é que uma realidade aceita sem discussão é colocada em xeque, expondo os planos orquestradores da autoridade que procurava controlar o enquadramento. Isso sugere que não se trata apenas de encontrar um novo conteúdo, mas também de trabalhar com interpretações recebidas da realidade para mostrar como elas podem romper – e efetivamente o fazem – consigo mesmas. Por conseguinte, os enquadramentos que, efetivamente, decidem quais vidas serão reconhecíveis como vida e quais não o serão devem circular a fim de estabelecer sua hegemonia. Essa circulação reitera ou, melhor dizendo, é a estrutura iterável do enquadramento (BUTLER, 2015, p.28).

Apreender uma vida está mais relacionado com aquilo que podemos reconhecer por meio dos enquadramentos, mesmo que não seja algo determinado. O enquadramento regularia as possibilidades de reconhecimento. Assim, podemos pensar nos enquadramentos que circulam, em como vão delimitar o que é ou não uma vida e em como isso influencia, ainda que não determine, quais vidas poderemos reconhecer como tais, como vidas.

A ideia não seria apenas provar que estes corpos têm sexualidade, até porque eles têm. A questão é problematizar como é construído o discurso de que uma sexualidade dita normal é sinônimo de alguém “são” mentalmente. Novamente retornamos a Canguilhem (2009), segundo o qual para que normal/patológico

relacionem-se aos corpos normais precisa-se dos patológicos para constituírem como seu limite.

1.4. O que autoriza o dispositivo agir? Como ele incide sobre o corpo classificado como "louco"?

“Os loucos são as vítimas individuais por excelência da ditadura social”.

Antonin Artaud

De acordo com a perspectiva de Foucault, o dispositivo da sexualidade atuava por meio de eixos estratégicos que regulavam os corpos e as populações (biopoder): a pedagogização do sexo das crianças, a histerização do corpo das mulheres, a socialização das condutas de procriação e a psiquiatrização do prazer perverso. Podia se pensar na proibição de qualquer prática sexual na infância reprimindo, principalmente, a masturbação. Já o corpo da mulher era visto como de uma sexualidade exacerbada e assim, considerado patológico devendo ser tratado. Uma vez que esse corpo da mulher era patologicamente saturado de sexualidade, fazia-se necessário o tratamento para que as funções de mulher, mãe e esposa, não fossem desonradas. Em relação à socialização das condutas de procriação haviam os meios de controle da natalidade. Por fim, a psiquiatrização do prazer perverso deu-se através da definição de padrões de patologização dos comportamentos sexuais e desviantes da norma heterossexual e reprodutiva (FOUCAULT, 2010).

Desse modo, as definições dos comportamentos sexuais gendrados passaram a ser descritivas e conceituáveis, classificadas de modo a definir critérios em relação ao normal e anormal, saudável ou não saudável. Assim, podemos compreender a sexualidade enquanto um dispositivo que ressoa das estratégias do biopoder.

De acordo com Sposito (2015) a partir de uma leitura de Foucault, a sexualidade é entendida como uma experiência historicamente singular e que se

constituiu por meio de saberes como, por exemplo, as ciências médica, psiquiátrica e psicológica que as sustentam por meio das redes de poder que articulam as práticas desta sexualidade, como educação e saúde; por meio dos próprios sujeitos dessa sexualidade que passaram e por meio dos processos de subjetivação e identidade sexual/gênero, a se reconhecer a partir da mesma.

Em relação ao papel dos discursos de saber-poder em diversos contextos, Teixeira-Filho (2013) traz essa articulação do dispositivo com a construção da identidade sexual, com ênfase no papel dos discursos de saber-poder em diversos contextos:

Portanto, no caso específico da sexualidade, derivado de uma lógica androcêntrica, temos que o sexo, agora transformado em discurso, caracterizará um sujeito, sua moral, sua vontade, e, como subproduto das relações de poder que o atravessam, em troca, receberá uma identidade, a partir da qual a sociedade legitimará a sua organização política, econômica, cultural bem como sua economia de prazeres e adocimentos. E foi assim que, a partir do trabalho de Foucault, podemos entender como a captura dos discursos médicos, religiosos e jurídicos pelos dispositivos de poder (sendo a sexualidade um deles) autorizou que os mencionados psiquiatras, daquele período, categorizassem o homoerotismo como patologia, desvio e/ou inversão, utilizando-se para tal, da categoria identidade sexual (TEIXEIRA-FILHO, 2013, p.130).

Assim, podemos nos atentar não apenas como o dispositivo de poder, por exemplo, a sexualidade, autorizou que alguns discursos, sendo um deles, o psiquiátrico, classificassem o homoerotismo como patologia, desvio. Mas também como o dispositivo da loucura precisou, e ainda precisa, eliminar/invisibilizar a sexualidade das pessoas, bem como a expressão dessa sexualidade pode ser categorizada como patológica em sujeitos ditos loucos.

A loucura foi e é silenciada. A razão silenciou a loucura por meio de discursos científicos, com os quais, o direito a existir enquanto cidadã/cidadão foi (re)negado aos tidos como loucos. Dessas pessoas, foi retirado o desejo de vida, o desejo de existência. E se não eram autorizadas nem a existir enquanto pessoas de direito, que dirá terem o direito ao desejo de afecto, prazer, sexo, quaisquer que sejam expressões de sexualidade; sua sexualidade foi e é judicializada. Dessa forma, questionamo-nos como o dispositivo da loucura torna-se mais potente retirando a sexualidade do corpo dessas pessoas. De que modo o dispositivo da loucura fortalece-se ao tirar a sexualidade/tesão das pessoas? Para que a loucura torne-se verdade e potente é preciso anular o sexo e o erótico do corpo?

Os discursos em torno dessas questões foram se constituíram-se de tal forma, que quase não se fala em sexualidade na Atenção Psicossocial. No entanto, podemos pensar que não se trata de provar que a pessoa considerada louca faz sexo, e sim questionar como foi construído o discurso de que ela não tem sexualidade.

Esses corpos dissidentes são considerados corpos não produtivos, não servem ao/e para o Estado. O Estado mostra o que constitui o ideal de corporeidade e, os que não estão inclusos nesse padrão, acabam por serem aniquilados/excluídos. Feios, loucos, anormais são “corpos descartáveis” para o Estado, não fazem parte do projeto ideal de nação e não são bem “vistos” para se reproduzirem. Desse modo, a esses corpos deve ser negar a sexualidade, pois eles “sujam” o corpo da nação. Isso não se trata de uma repressão, mas sim da produção de um corpo normal, de como a sexualidade de alguns é vista como patológica e a de outros, objetivando a reprodução do corpo da nação, aceitável e desejável.

Desse modo, o poderoso dispositivo de articulação de práticas disciplinares investe na docilização dos corpos e de práticas de controle voltadas para produção de corpos e modos de vida. Sendo assim, as expressões das sexualidades são na maioria das vezes invisibilizadas - quando não, negadas. Uma prática discursiva é capaz de capturar um corpo desejante, um corpo que vibra. Um cuidado pode ser capaz de potencializar, bem como aniquilar uma subjetividade.

Presenciei em reuniões de equipe¹⁹, por exemplo, como os profissionais compreendem essas manifestações de relações, afectos. Por exemplo, quando uma usuária que frequenta o serviço tem uma “melhora” e começa a se aproximar de alguns usuários, logo uma profissional já diz estar preocupada, pois ela está com a “sexualidade exacerbada”, com um tom que ressoava de tal modo que entendia-se que o objetivo seria impedir essa manifestação. Ao ouvir essa fala questionava-me por que uma jovem não pode sentir prazer, desejo, vontade de se relacionar seja de qual forma for? A questão não é se a sexualidade está “exacerbada” e sim o que essa jovem está sentindo, o que está se passando, para que ela consiga compartilhar seus afetos, angústias, inseguranças e poder proporcionar escuta/informação/orientação, para que essa pessoa possa sentir que está viva.

¹⁹ Período de aprimoramento profissional em um CAPS.

Nesse contexto, as concepções da sexualidade, muitas vezes, são também reduzidas apenas a uma de suas dimensões que é a prática sexual. Em algumas situações, quando há manifestações dessa sexualidade em momentos de crise, ela é percebida como algo patológico. Entendem uma possível manifestação da sexualidade como sintoma ou indício de crise. Muitos profissionais têm concepções sobre a sexualidade da/do usuária/usuário bem reducionista, como por exemplo (BRITO; OLIVEIRA; 2009):

- o ato sexual pensado como única expressão da sexualidade, e como uma prática exclusivamente heterossexual;
- verbalização do desejo de praticar o ato sexual manifestada pela/pelo usuária/usuário associada a uma forma de manifestação de um estado delirante;
- uma erotização exagerada, normalmente quando a/o usuária/usuário entra em uma crise; o surto em forma de delírio como uma explicação para manifestação da sexualidade;
- o ato da masturbação, às vezes, em público como expressão da sexualidade;

As concepções em relação as/aos usuárias/usuários perpetuam-se também em seus corpos, já que a imagem corporal dessas pessoas é vista por muitos como fora dos padrões normativos, a partir da qual, além da exclusão decorrente de suas diferentes condições psíquicas, os sujeitos são excluídos das redes de relações afetivas pelas diferenças e estereótipos marcados em seus corpos. Considerados despojados de beleza, de vigor físico, de jovialidade, encrudescidos pelas medicações, as/os usuárias/usuários são percebidas/percebidos como “corpos mortos”, “corpos anoréxicos de desejo”, consumidos pelos transtornos e seus sintomas.

Foucault ao falar do corpo, afirmava que

O corpo: superfície de inscrição dos acontecimentos (enquanto que a linguagem os marca e as idéias os dissolvem), lugar de dissociação do EU (que supõe a quimera de uma unidade substancial), volume em perpétua pulverização. A genealogia, como análise da proveniência, está, portanto no ponto de articulação do corpo com a história. Ela deve mostrar o corpo inteiramente marcado de história [sobre o corpo se encontra o estigma dos acontecimentos passados] e a história arruinando o corpo (Foucault apud Vasconcelos, 2010 p. 291).

É no corpo que, muitas vezes, esses sujeitos trazem a marca de sua estória. São por motivos diversos, pelo seu sofrimento, por tratamento com medicações,

enfim, pelo desenrolar da vida, com um corpo despojado de beleza, certo descuido físico e até mesmo higiênico, pois, talvez, isso não seja mais prioritário em suas vidas. O sofrimento psíquico para muitos é de certa forma produtor de estigmas que excluem e marcam os corpos dos sujeitos, colocando-as na posição de impotentes, incompetentes e associando-as com risco de periculosidade (TINOCO, 2009).

Observamos também como a sexualidade é atravessada por um discurso religioso que diz o que é correto e aceito. Este discurso é fortemente imposto, fazendo com que, muitas vezes, pessoas sintam-se culpadas e sofram quando comentam algo que vá contra a ele. Por ser tratar de uma moral com inspiração religiosa, são valores fundamentados na culpa e na proibição. Mesmo para os que não sentem, há o sofrimento pelo não poder desejar, não poder sentir. Isso é bem notável nas manifestações de uma sexualidade dissidente, que difere da heterossexualidade. Além de não serem aceitas por algumas religiões, essas manifestações são também discriminadas por alguns profissionais, por associarem o desejo homoerótico a algo patológico, que não deve ser levado em consideração, que é passageiro ou que não é importante para o tratamento daquela pessoa. Estes profissionais tendem a priorizar outros sintomas durante o tratamento, em detrimento das expressões da sexualidade.

É por meio desses discursos que compreendemos que não há uma escuta, um olhar para esse sujeito em toda sua singularidade. Muitos sofrimentos estão ligados ao corpo, ao afeto não recebido, ao desejo não correspondido ou mesmo não aceito socialmente, existem muitas outras questões referentes à sexualidade que não são problematizadas por não serem consideradas prioritárias - ou mesmo por permanecerem na ordem da invisibilidade e dos reducionismos.

Dessa maneira, ainda que a sexualidade emergisse, cada vez mais, ao longo da história, a uma condição de visibilidade, vigilância, de produção discursiva, os corpos doentes, seja orgânica ou psiquicamente, são localizados, são envoltos em direção oposta, por certa invisibilidade. Têm-se então ações higiênicas que constroem a ausência de possibilidade de vida e de desenvolvimento para os considerados indóceis e/ou inúteis.

Mas, apesar da poderosa máquina de produção subjetiva que constrói e captura nossos desejos, há sempre algo que escapa e pulsa nas bordas desse modo de vida, desenhando, impertinentemente, pequenas saídas, outros possíveis (LIMA, 2004, p. 395).

Por fim, é preciso (re)visitar o cotidiano, bem como a sua potência por meio das experimentações e (re)invenções de modos de estar na vida. Restituir a dimensão política da nossa existência. É preciso (re)afirmar a vibração dos corpos e, independente de que corpo estejamos falando, o desejo atravessa potencialmente nossos corpos, sem distinção de raça, gênero, classe, geração, orientação sexual/identidade de gênero; simplesmente atravessa.

2. Apontamentos teóricos-metodológicos

2.1. O que é estar em ação nessa ação de pesquisar?

O corpo a corpo com loucos era de uma intensidade tal, que nos desterritorializava o tempo todo, tirando-nos o chão. A loucura, como um buraco negro, nos sugando constantemente para a experiência da falta de sentido. Era preciso investir maciçamente na construção de cartografias que fizessem sentido para o coletivo, e que acompanhassem a construção de mundos e territórios que deviam mapear. Sendo assim, nosso primeiro movimento se deu na tentativa de buscar e construir conjuntamente essas cartografias. Para construí-las precisávamos de ferramentas teóricas. No entanto íamos percebendo que nenhuma teoria dava conta do fenômeno com o qual estávamos lidando (aliás, nenhuma teoria vai dar conta da questão da existência). As teorias serviam para nortear o caminho, mas nós tínhamos que, a partir delas, inventar, sabendo que aquilo que criaríamos, fosse em termos de entendimento, fosse em termos de ação, seria sempre datado, fazendo sentido naquele momento para aquele grupo. (LIMA, 1997, p. 21).

Quando pensamos em pesquisa, ou em organização do campo de pesquisa, orientamo-nos por interrogações que nem sempre são possíveis de serem respondidas rapidamente, pois, uma vez que compreendemos a escrita como uma construção, ela está inserida em um processo de constantes transformações.

Nesse sentido, a ação da/do pesquisadora/pesquisador é um exercício ético e político. A sua ação pode ser relacionada por meio de uma escuta e um olhar sensíveis à história e aos acontecimentos de determinada realidade. A relação da produção científica com a verdade e o papel do pesquisador está sempre em destaque nas problematizações a respeito do discurso científico, da organização e da prática da pesquisa científica nas ciências humanas, colocando em discussão as pesquisas positivistas cartesianas. (FOUCAULT, 2011)

Os lugares e papéis da/do pesquisadora/pesquisador estão muito distantes de uma pretensa neutralidade em relação aos materiais e ao campo de trabalho. Autores como Thomas Khun (1975), Boaventura de Sousa Santos (2003) e Michel Foucault (2011;2013), cada um em seu tempo, e a seu modo, realizam problematizações a fim de movimentar outros modos de se pensar a ciência e seus modos de organização. Problematizam e destacam a construção do campo de estudos, presente em todo o processo de investigação, fundamental à prática científica. Distanciam e escapam de modelos pré-determinados de ação da/do

pesquisadora/pesquisador e sua pretensa neutralidade em relação a seu campo de trabalho.

O percurso da escrita é construído ao longo da pesquisa, passível de várias transformações ao longo desta. E podemos dizer que se trata de um processo artesanal, o qual é construído de diversos modos e por meio de vários atravessamentos. Entretanto, algo permanece nesse processo: o compromisso ético e político que permeia e orienta nossa perspectiva de trabalho.

Acreditamos e lutamos por uma escrita que tenha o propósito de avançar na colocação de problemas e questões ao campo de saberes e práticas presentes em nosso campo de trabalho. Uma escrita capaz de produzir rupturas e transformações nas práticas e pensamentos cotidianos. Dessa forma, temos o intuito de trazer alguns apontamentos sobre os modos de pesquisar e uma perspectiva teórico-metodológica em constante diálogo, destacando a técnica de análise de conteúdo nesse processo.

2.2. Análise de Conteúdo: uma proposta teórico-metodológica

Falar de metodologia é falar de escolhas políticas e éticas e não de um árido formalismo técnico. É o caminho do pensamento e a forma de abordar o real, que inclui as concepções teóricas de abordagem e o conjunto de técnicas que viabilizam a construção do conhecimento, que asseguram, ou não, o potencial inventivo do processo de investigação, o que equivale considerar todo o conjunto de procedimento que funciona como opções teóricas e éticas no encaminhamento do processo de construção do conhecimento (ARAGÃO et. al., 2005, p. 21).

Compreendemos que uma escolha teórico-metodológica envolve, para além da definição de técnicas e itinerários de pesquisa, uma dimensão ético-política do campo de estudos e da/do pesquisadora/pesquisador envolvida/envolvido. A escolha teórica, partindo das problematizações dos lugares e da postura ética da pesquisadora/pesquisador, configura-se como um modo de perceber o campo, modo singular a este; uma pluralidade de leituras, e não apenas um conjunto de ações.

Entendemos, dessa forma, o método como o início de um caminho, não prescritivo, a ser construído durante todo o percurso da pesquisa. Logo, teoria e

método não são trabalhados e concebidos isoladamente; entendemos como uma construção de um trabalho de propostas contra hegemônicas dos modos de conceber e realizar a prática científica. Com isso, devido às problematizações acerca das propostas metodológicas nas pesquisas científicas investimos, nessa discussão, na noção de perspectiva/proposta de trabalho/pesquisa, ao invés do termo metodologia de pesquisa. (CUNHA, et. al., 2014).

Nossa proposta, então, teórico-metodológica é a Análise de Conteúdo, em interlocução com o referencial teórico foucaultiano e os estudos pós-estruturalistas de gêneros e sexualidades. Assim, discutiremos como a análise de conteúdo possibilita nossas problematizações e em que medida ela se articula com nosso referencial teórico.

A técnica de análise de conteúdo foi sistematizada na primeira metade do século XIX e se propõe oferecer um método de investigação para o campo da pesquisa científica. A principal autora dessa proposta de pesquisa é Laurence Bardin, que aplicou as técnicas de Análise de Conteúdo na investigação psicossociológica e nos estudos das comunicações de massas. A autora indica, ou sugere, que essa técnica pode ser utilizada em diversas áreas como por exemplo: na psicologia, sociologia, linguística, ou qualquer outra especialidade ou finalidade, como por psicanalistas, historiadores, políticos, jornalistas e outros (BARDIN, 1977).

Segundo Bardin,

descrever a história da 'análise de conteúdo' é essencialmente referenciar as diligências que nos Estados Unidos marcaram o desenvolvimento de um instrumento de análise de comunicações é seguir passo a passo o crescimento quantitativo e a diversificação qualitativa dos estudos empíricos apoiados na utilização de uma das técnicas classificadas sob a designação genérica de análise de conteúdo; é observar a posteriori os aperfeiçoamentos materiais e as aplicações abusivas de uma prática que funciona há mais de meio século (BARDIN, 1977, p.13).

Dessa forma, a autora compreende que é necessário também ressaltar as condições em que a análise de conteúdo é visível nos diversos setores das ciências humanas, e entender as relações que ela mantém ou não com outras disciplinas pelos seus objetos e/ou pelos seus métodos.

A Análise de Conteúdo, a partir da perspectiva de Laurence Bardin (1977) é definida como

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a interferência de conhecimentos relativos às condições de produção /recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (BARDIN, 1977, p.42)

Nessa perspectiva, pode ser entendida como um conjunto de técnicas das comunicações que contemplam desde mensagens linguísticas, em formas de ícones, até comunicações em três dimensões. A técnica tem por objetivo ir além da incerteza e enriquecer a leitura, submetendo tudo que é dito ou escrito à análise de conteúdo.

Essa proposta permite-nos compreender as características e modelos que estão por trás dos fragmentos de mensagens. Busca-se entender o sentido da comunicação e, após um novo olhar, uma nova leitura, encontrar outra significação, outra mensagem (CÂMARA, 2013).

Esse tipo de análise envolve três fases fundamentais que são: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados - a inferência e a interpretação. Essas fases são variáveis na forma de conduzi-las, e as comunicações e objeto de análise podem ser abordados de diversas formas. Pode-se, durante esse processo, escolher a palavra, as sentenças, parágrafos e, até mesmo, o texto para uma possível análise do que se propõe a trabalhar. O tratamento de tais unidades também se diferencia: "enquanto alguns contam as palavras ou expressões, outros procuram desenvolver a análise da estrutura lógica do texto ou de suas partes, e outros, ainda, centram sua atenção em temáticas determinadas" (CÂMARA, 2013, p.189).

A aplicação técnica de análise de conteúdo configura-se como uma ferramenta importante de análise nas pesquisas em ciências sociais e humanas. Assim, ela nos auxilia na organização e sistematização das categorias temáticas que estamos propondo a trabalhar. Dessa forma, nos proporciona uma visualização dos dados e possivelmente a análise dos mesmos. É capaz de proporcionar um caminho multifacetado que caracteriza a análise de conteúdo como uma proposta que historicamente, e cotidianamente, produz sentidos e significados.

Não podemos, a partir dessa proposta teórico-metodológica, manter um modelo rígido de utilização dessa técnica e sim que a/o pesquisadora/pesquisador possa trabalhar com uma flexibilidade; contudo, a postura e o compromisso ético e

político ao quadro teórico devem permanecer em todo o percurso da pesquisa (SILVA, 2005).

Retomando a importância da escolha teórica enquanto um posicionamento político da/do pesquisadora/pesquisador e do percurso que será construído ao longo da pesquisa, e que, esta, deve ser atrelada a perspectiva de trabalho, podemos pensar a teoria como caixa de ferramentas, segundo Deleuze:

[...] uma teoria é como uma caixa de ferramentas. Nada tem a ver com o significante. É preciso que sirva, é preciso que funcione. E não para si mesma. Se não há pessoas para utilizá-la, a começar pelo próprio teórico que deixa então de ser teórico, é que ela não vale nada ou que o momento ainda não chegou. Não se refaz uma teoria, fazem-se outras; há outras a serem feitas (FOUCAULT; DELEUZE, 2011, p. 71).

Conforme apontou Deleuze, em uma conversa com Foucault, nos é apresentada uma proposta de uma teoria como caixa de ferramentas, na qual a/o pesquisadora/pesquisador irá desenvolvê-la da sua forma, no entanto, mantendo uma perspectiva política e de produção de si, que tenha uma implicação junto ao trabalho da/do pesquisadora/pesquisador. Dessa forma, não objetivamos a construção de uma metodologia fechada, em modelo de pesquisa positivista, com regras precisas, uma teoria que diga a verdade sobre objeto e sim uma construção ética e política ao longo da pesquisa.

Nesse contexto, é fundamental que comecemos a refletir e propor um trabalho utilizando da teoria enquanto prática, que tenha o intuito da desnaturalização e desconstrução das verdades universais e rupturas com o estatuto das mesmas e, nesse caso especificamente, os regimes de verdade que se reduzem ao dito louco e a loucura, para que possa ser possível uma nova perspectiva nos discursos científicos e também exterior a eles (CUNHA, et al.,2014).

Com isso, a discussão dessas relações entre os discursos científicos e os dispositivos de poder tornam-se fundamentais para o trabalho com a revisão de conceitos e da produção de verdades universais que preservaram a ideia de loucura em torno de pensamentos como: de periculosidade, alienação, anormalidade e exclusão. O nosso compromisso ético político nessas escolhas teórica-metodológicas não é alheio aos sistemas de poder e de saber, pois não há uma perspectiva de neutralidade. Assim, é desse modo que a luta acontece contra discursos médico-psiquiátricos específicos, retirando a noção de sujeito que está totalmente ligada à ideia de normalidade e, então, começar a olhar e pensar o

sujeito como resultado de práticas discursivas e não discursivas sempre atravessado por um viés da multiplicidade (CUNHA, et. al., 2014).

(...) produzindo assim efeitos da transversalidade e não mais de universalidade, funcionando como permutador ou ponto de cruzamento privilegiado. Nesse sentido, o intelectual e mesmo o escritor podem (é apenas uma potencialidade) participar mais das lutas, das resistências atuais, porque essas se tornaram “transversais” (DELEUZE, 2005, p. 98).

É necessário que, a partir dessas perspectivas metodológicas, as relações entre a/o pesquisadora/pesquisador e o seu objeto de estudo possam ser consideradas como parte do processo de pesquisa. "Ainda que cada pesquisador olhe a realidade a partir de diferentes “lentes teóricas”, não sendo, portanto, um “observador ingênuo”, valoriza-se a abertura para o inusitado" (ZANELLA, 2006, p.33).

É nesse contexto que essa perspectiva de trabalho teórico-metodológico está em interlocução com o referencial teórico em que nos apoiamos, qual seja: Michael Foucault e suas contribuições para as análises das relações de poder que se engendraram na consolidação dos processos de produção de subjetividades e produção do discurso, bem como nas análises das estratégias dos dispositivos de poder. E, ainda, teóricas/teóricos dos estudos de gênero e sexualidade, feministas pós-estruturalistas dos Estudos *Queer*, como Judith Butler, Gayle Rubin, Paul Beatriz Preciado, que dialogamos a respeito das análises sobre as naturalizações dos discursos sobre as sexualidades e gênero, bem como nos dados encontrados levantados na pesquisa.

Para a problematização das questões relacionadas à saúde, na perspectiva da Atenção Psicossocial, trabalhamos com a ideia de uma genealogia do campo da Saúde Mental, já que também podemos considerar a Saúde como um dispositivo de controle dos corpos. Estamos em diálogo com referências que auxiliem na articulação entre saúde mental e sexualidades, incluindo ainda textos oficiais que organizam e articulam as políticas de saúde.

Ao propormos analisar e problematizar a produção discursiva sobre sexualidades nas publicações científicas que contemplam, ou estão relacionadas, ao campo da saúde mental, iniciaremos a análise dos materiais publicados a partir do ano de 2001. Escolhemos essa data como ponto de partida, pois é no ano de 2001 que a lei federal nº 10.216 de 6 de abril de 2001, também conhecida como Lei da

Reforma Psiquiátrica, foi promulgada e institui a garantia dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico e fortalece o processo de organização de uma nova proposta de cuidado à saúde mental no Brasil.

Esta lei redireciona a assistência em saúde mental priorizando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, no entanto, não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios e hospitais psiquiátricos. É no contexto da promulgação da lei 10.216, e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, no segundo semestre de 2001, que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade.

Mas, será que essa lei garantiu o direito a essas pessoas? Estão exercendo sua autonomia, exercendo seus direitos e deveres, (re)integrando socialmente, bem como as vivências das suas individualidades? Será que houve e há uma nova proposta de cuidado à saúde mental? Estamos em um movimento de desconstruções, e (novos)olhares, em que essas pessoas possam novamente se inserirem na sociedade e recuperarem seus direitos de existência? O que se passou, desde então, com este desafio, à cidadania dessas pessoas?

há cerca de 15 anos o Ministério da Saúde vem implementando o projeto de lei rejeitado e através de uma bem organizada campanha institucional oficial difunde que foi aprovada a 'Reforma Psiquiátrica do Movimento da Luta Antimanicomial', falseando a verdade (LUZIO, 2010 p. 21).

O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira vem transformando, desde então, a relação entre a sociedade e a loucura, questionando não apenas as instituições e práticas vigentes, mas também os conceitos e saberes que fundamentam e legitimam essas práticas. Desse modo, propomos esse recorte, no intuito de por meio dessas propostas de um novo olhar e cuidado para pessoas em sofrimento psíquico, possamos descobrir se também houve, ou há, um olhar para as sexualidades, por meio dos discursos que vem sendo construídos e divulgados no campo da saúde mental.

2.3. E, por que publicações científicas?

A investigação científica que não está publicada não existe. A publicação em uma revista de prestígio reconhecido assegura a prioridade na produção de um resultado, acrescenta o crédito acadêmico de um cientista, legitima sua atividade e permite a existência de sistemas e comunicação científica ligados a processos ativos de persuasão, negociação, refutação e modificação, através dos quais o significado das observações científicas que das interpretações teóricas tende a ser seletivamente construído e reconstruído no campo científico (VESSURI, 1987, p. 124 *apud* LOPES; PISCITELLI, 2004, p.115).²⁰

Com o intuito de verificar e analisar a produção discursiva sobre sexualidade na saúde mental em artigos científicos, cabe destacar a importância das produções de publicações científicas, publicações de resultados de pesquisa, sendo dessa forma, os periódicos reconhecidos como meios fundamentais da comunicação acadêmica. Visto que a ciência é uma atividade, sobretudo, comunicativa, a publicação de um artigo científico em uma revista indexada de notoriedade nacional e/ou internacional, confere reconhecimento acadêmico e acima de tudo, propicia a comunicação entre pares, o que constitui o conjunto social da ciência (LOPES; PISCITELLI, 2004).

As publicações possibilitam a existência de sistemas de comunicação, vinculados a processos ativos de persuasão, negociação, contestação e modificação, através dos quais observações e interpretações teóricas tendem a ser seletivamente construídas e re-construídas no campo científico (LOPES; PISCITELLI, 2004, p.116).

Por meio de materiais científicos, de discursos, é que pretendemos, neste trabalho compreender o que vêm sendo realizado, discutido, comunicado sobre questões das sexualidades no campo da saúde mental. Além de analisar, o que vêm sendo legitimado por meio de discursos científicos como “verdades científicas”.

Dessa forma, selecionamos somente os artigos científicos, devido à sua maior circulação no meio acadêmico e profissional. Assim, as dissertações e teses não fizeram parte da seleção.

²⁰ Versão nossa do original em espanhol: "La investigación científica que no está publicada no existe. La publicación en una revista de prestigio reconocido asegura la prioridad en la producción de un resultado, acrecienta el crédito académico de un científico, legitima su actividad y permite la existencia de sistemas e comunicación científica ligados a procesos activos de persuasión, negociación, refutación y modificación, a través de los cuales el significado de las observaciones científicas al igual que de las interpretaciones teóricas tiende a ser selectivamente construido y reconstruido en el campo científico".

Por meio dos estudos de gênero e sexualidade e da técnica de análise de conteúdo, o objetivo do presente trabalho foi problematizar os discursos que vêm sendo produzidos em relação às questões das sexualidades no campo da Saúde Mental, por meio de artigos científicos indexados nas bases de dados SciELO e LILACS, entre os anos de 2001 a 2014. Marcadores sociais da diferença como gênero, raça, classe, dentre outros, foram considerados por serem importantes para a compreensão dessas questões.

As bases de dados SciELO Brasil (Biblioteca Eletrônica que contém uma seleção de periódicos científicos do Brasil) e LILACS (Base de Dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) foram escolhidas por reunirem grande parte dos periódicos brasileiros qualificados. LILACS é um índice bibliográfico da literatura relacionada às ciências da saúde. A plataforma SciELO é uma biblioteca eletrônica que compreende um acervo de periódicos científicos e disponibiliza, gratuitamente, textos completos de artigos de revistas científicas. Na plataforma SciELO Brasil, pode-se realizar uma pesquisa restrita a periódicos brasileiros, dentro das suas ferramentas de busca.

2.3.1. Como iniciamos?

A busca na base de dados começou com combinações de descritores que pudessem estar relacionados com sexualidade e saúde mental. Selecionamos um conjunto de palavras, bem como suas combinações, para ambas as bases de dados; certamente outras possíveis combinações de descritores poderiam ser realizadas, entretanto fez-se necessário definir um recorte e selecionar algumas para serem consideradas nessa pesquisa.

Os descritores foram alocados em dois grupos, o primeiro relacionado à sexualidade com 16 descritores: Sexualidade; Sexo; HIV/AIDS; Prática Sexual; Masturbação; Sexo oral; Sexo Anal; Comportamento Sexual; Orientação Sexual; Heterossexualidade; Homossexualidade; Lesbianidade; Assexualidade; Homossexualismo; Bissexualidade; Lesbianismo. O segundo grupo, relacionado à saúde mental, consistiu de 8 descritores: saúde mental; atenção psicossocial; loucura; sofrimento psíquico; doença mental; transtorno mental; psiquiatria; doente mental. Ao final foram formadas 128 combinações.

Nesse contexto, realizamos as leituras que foram feitas dos títulos, resumos, palavras-chave, tendo como prioridade um enfoque nas questões referentes à sexualidade no campo da saúde mental.

Em relação aos critérios de inclusão consideramos artigos científicos referentes ao público brasileiro, de pesquisas realizadas no Brasil dentro do recorte cronológico selecionado; e por fim, também consideramos tudo que possa estar em intersecção/articulação entre sexualidade e o campo da saúde mental.

Em um total de 2.336 artigos (928 SciELO, 1.408 LILACS) selecionamos 49 artigos, sendo 30 provenientes da SciELO e 19 da LILACS, entretanto haviam artigos que se repetiam entre as bases de dados (11 artigos) estes artigos foram retirados, permanecendo o total de 38 artigos. Após a leitura completa desses artigos, descartamos 17, por não contemplarem o recorte, não atenderem nosso critério de inclusão “verificar a produção discursiva sobre a sexualidade das pessoas em sofrimento psíquico nos serviços de saúde mental”. Por fim, selecionamos 21 artigos para a etapa de análise.

Dessa forma, feita a seleção de artigos encontrados que abordavam, de certo modo, a temática do critério de inclusão previamente definido realizamos uma leitura inicial dos artigos, juntamente com uma pré-análise que se ateve aos seguintes itens: o assunto/tema; qual referencial teórico; bases metodológicas; área do estudo; o objetivo do artigo; de que forma é abordada a questão da sexualidade. Após esse processo, iniciamos a exploração do material e, a construção de categorias temáticas, ou seja, temas/assuntos que ao longo das leituras realizadas apareceram com frequência e/ou “despertaram” algo que consideramos importante a ser analisado.

Com base nas leituras três categorias temáticas foram construídas:

1. Sexualidade e Vulnerabilidade: “comportamento de risco”, prevenção ao HIV/AIDS em Saúde Mental;
2. Percepções/Representações Sociais que norteiam a atuação de profissionais frente as questões da sexualidade;
3. Comportamentos/Violências Sexuais e suas associações com “transtornos mentais”.

Dessa forma, por meio dessas categorias foram levantados dados, reflexões e questionamentos a respeito do que vem sendo produzido e (re)produzido sobre a temática em questão.

Por fim, consideramos importante a problematização do trabalho teórico-conceitual, visto que proporciona a discussão das práticas discursivas de verdades absolutas dos discursos hegemônicos impostos socialmente e que, muitas vezes, vêm atravessados por estigmas e preconceitos. Assim, por meio dessas reflexões é possível (re)pensar em rupturas que alcancem as práticas e concepções sociais relacionados aos processos de subjetivação, das estratégias de cuidado em relação ao sofrimento psíquico e conseqüentemente na construção das políticas públicas de saúde mental (CUNHA, et. al., 2014).

Enfim, que a ação de pesquisar possa ser um processo de criação de uma prática social complexa que objetiva compreender e proporcionar problematizações/reflexões para uma determinada realidade. Uma ação ética, estética e política, em que a/o pesquisadora/pesquisador, partindo de uma prática política, possa se inserir em um projeto de sociedade que se quer (re)produzir (ZANELLA, 2008).

3. Discussões nos (des)encontros entre sexualidade e Saúde Mental na produção científica

3.1. Materiais: Artigos Científicos

Nas tabelas 2, 3 e 4 estão compilados os artigos²¹ que foram selecionados para este trabalho de análise por meio das categorias temáticas, bem como alguns dados sobre cada um deles (Nas tabelas 2, 3 e 4 que se seguem).

Como mencionamos anteriormente, foram selecionados 21 artigos para a análise. Na tabela 1 estão sistematizados o número de artigos publicados por ano em suas respectivas bases de dados. Como pode ser observado na tabela, 6 artigos se repetem, ou seja, estão indexados nas duas bases científicas, portanto foram selecionados 15 artigos da SciELO, 12 da LILACS, com 6 se repetindo, resultando um total de 21 artigos.

Um fato interessante é que as publicações começam a ser mais frequentes a partir de 2007, porém observa-se um número pequeno de publicações sobre sexualidade no campo da Saúde Mental. Ainda, cabe ressaltar a lacuna existente sobre esses diálogos nas produções científicas.

Tabela 1 Artigos publicados por ano nas plataformas SciELO e LILACS

Ano	Plataforma	
	LILACS	SciELO
2001	-	-
2002	-	1
2003	-	-
2004	1	-
2005	-	-
2006	-	1
2007	1	2
2008	2	2
2009	1	1
2010	1	1
2011	-	1

²¹Os resumos dos artigos divididos por categorias temáticas se encontram no Anexo ao fim

2012	1	2
2013	3	3
2014	2	1

3.2. Categorias Temáticas

Para cada categoria, construímos uma tabela para a melhor visualização de alguns dados dos artigos que a compõe, tal como título, autoras/es, bases científicas em que estão inseridos, perspectiva teórica metodológica (neste caso, consideramos alguns dos instrumentos que foram possíveis de serem identificados e que fazem parte do percurso metodológico da pesquisa), e por último, a revista científica em que o artigo foi publicado.

Para cada categoria, a seguir, são apresentados os dados compilados, acompanhados da discussão e de uma análise da respectiva categoria.

3.2.1. Categoria 1. Sexualidade e Vulnerabilidade: “comportamento de risco”, prevenção ao HIV/Aids em Saúde Mental

Um total de 10 artigos compõem essa categoria sendo a maior parte dos artigos publicada em revistas da área da Saúde, como por exemplo, Medicina e Psiquiatria, o que pode ser um fator de análise em relação ao que vem sendo produzido nesse âmbito. Em relação às propostas metodológicas, foram encontrados diferentes instrumentos e perspectivas de estudo.

Tabela 2 Classificação dos artigos que estão inseridos na categoria 1.

Autoras/es	Título do artigo	Base científica	Perspectiva Teórico - Metodológica	Revista Publicada
Pinto et al. (2007)	Sexuality, vulnerability to HIV, and mental health: an ethnographic	LILACS SciELO Brasil	Abordagem qualitativa, observações etnográficas, grupos focais e	Cadernos Saúde Pública

	study of psychiatric institutions		entrevistas	
Campos et al. (2008)	HIV, syphilis, and hepatitis B and C prevalence among patients with mental illness: a review of the literature	LILACS	Revisão Sistemática da Literatura	Cadernos Saúde Pública
Guimarães et al. (2008)	Reliability and validity of a questionnaire on vulnerability to sexually transmitted infections among adults with chronic mental illness - PESSOAS Project	LILACS	Estudo piloto transversal, Entrevista semi estruturada	Revista Brasileira de Psiquiatria
Guimarães et al. (2009)	Prevalence of HIV, syphilis, hepatitis B and C among adults with mental illness: a multicenter study in Brazil	LILACS SciELO Brasil	Estudo multicêntrico nacional transversal e entrevistas	Revista Brasileira de Psiquiatria
Guimaraes et al. (2010)	HIV risk behavior of psychiatric patients with mental illness: a sample of Brazilian patients	LILACS SciELO Brasil	Entrevista e utilização de regressão logística para análise estatística.	Revista Brasileira de Psiquiatria
Melo et al. (2012)	Psychiatric patients' return for HIV/STI test results in mental health centers	LILACS SciELO Brasil	Estudo transversal	Revista de Saúde Pública
Barbosa, Guimarães e Freitas (2013)	Sexualidade e vulnerabilidade social em face das infecções sexualmente transmissíveis em pessoas com transtorno mentais	LILACS	Pesquisa qualitativa e Teoria das Representações Sociais	Revista de Medicina de Minas Gerais
Camelo et al. (2013)	Perceptions about HIV/Aids and health inequalities among psychiatric patients in Brazil	LILACS	Estudo transversal multicêntrico e Análise de conteúdo	Revista de Medicina de Minas Gerais
Camargo, Capitão e Filipe (2014)	Saúde mental, suporte familiar e adesão ao tratamento:	SciELO Brasil	Abordagem Quantitativa, instrumentos, Questionário de	Psico-USF, Bragança Paulista

	associações no contexto HIV/Aids		Saúde Geral de Goldberg (QSG) e Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF).	
Peixoto, Barros e Guimarães (2014)	Factors associated with unprotected sexual practice among men and women with mental illnesses in Brazil	LILACS	Desenho e amostra do estudo/ Entrevista e questionário semiestruturado	Cadernos Saúde Pública

Muitas questões em torno dessa problemática de sexualidade e vulnerabilidade/ “comportamento de risco” ao HIV/Aids relacionada a saúde mental devem ser (re)discutidas, pois são temas extremamente urgentes e necessários a se trabalhar no campo da saúde pública. Alguns estudos e seus resultados não são tão recentes, haja vista que muitas discussões a esse respeito avançaram, entretanto, permanecem como meios de divulgação/informação aos profissionais e afins, demonstrando a necessidade de problematização e visibilidade dessas questões, devido à ausência de materiais relacionados ao campo da saúde mental.

A partir da década de 1980, com o advento da epidemia de Aids, transformações sociais organizaram novos comportamentos e discursos sobre a sexualidade. Nesse contexto, a patologização, por exemplo, das sexualidades dissidentes, foi reforçada pela norma heterossexual desde o fim do século XIX. Os discursos médico, psiquiátrico, psicológico, jurídico e da sexologia, conduziram as sexualidades dissidentes como possíveis a classificações e passíveis de tratamento. Os efeitos desses discursos sobre os corpos, produzem verdades e meios de controle e normalização dos comportamentos, nos quais podemos inserir o dispositivo da Aids (PELÚCIO; MISKOLCI, 2009).

Nesta economia-política do desejo, as regras sociais têm sido aplicadas mais a alguns do que a outros. Exige-se de alguns maior controle e racionalização no que toca a seus desejos, enquanto a outros é atribuída uma inerente normalidade que os libera do mesmo grau de pressão e demanda em relação às suas vidas e aos seus amores (PELÚCIO; MISKOLCI, 2009, p.143).

Desse modo, o dispositivo da Aids organiza-se, trabalhando com a ideia de prevenção como forma estratégica de normalização, na qual “em uma teleologia

heterossexista que aponta para uma compreensão futura da vida como monogâmica, reprodutiva, familiar, em suma, privada e sob controle”. Logo, por meio de diversos discursos já citados anteriormente, o sexo passou a ser “moralizado”, principalmente pela medicina, os temores e perigos das sexualidades dissidentes, ou seja, as que não correspondiam às normas sociais impostas e naturalizadas, relacionando à “doença mental” e assim sendo, buscavam-se modos/procedimentos mais seguros (PELÚCIO; MISKOLCI, 2009, p.142-3).

Mas, será que esses temores estavam dirigidos para quem vivenciasse a dissidência sexual e/ou também podemos pensar em pessoas em que seus desejos eram/são considerados ilegítimos? O discurso preventivo volta-se para quais sujeitos e contextos?

No caso da prevenção, de maneira específica, faz parte dessa conversão a “responsabilização” do sujeito no que se refere à saúde, à forma de lidar com o corpo e aos vínculos que passaria necessariamente a ter com o sistema oficial preventivo (PELÚCIO; MISKOLCI, 2009, p.139).

O discurso preventivo requer então, a responsabilização da pessoa, sobre a qual é posto um conjunto de normas e comportamentos corretos a serem seguidos e regulados. Esse discurso também postula quais são os corpos que são mais considerados do que outros; e sugerindo que a prevenção, como já citada, deve ser por meio de modos racionais. Ora, então como inserir socialmente a pessoa dita louca “fora da sua razão”? Ela pode se responsabilizar pelos seus atos e comportamentos? Seus corpos e prazeres são regulados e aceitos? Será que vivenciam situações ditas de risco?

A epidemia mundial de HIV / AIDS frequentemente afeta os membros mais vulneráveis de uma sociedade. Os indivíduos com transtornos mentais graves são um exemplo dessa realidade, com altas taxas de infecção pelo HIV em comunidades urbanas de todo o mundo (PINTO, D. S. et al., 2007, p.2224, tradução nossa)²².

²² Versão do original em inglês: “The world HIV/AIDS epidemic frequently affects the most vulnerable members of a society. Individuals with severe mental disorders are an example of this reality, with high HIV infection rates in urban communities worldwide”.

Situações de risco não são específicas para pessoas em sofrimento psíquico, entretanto, alguns estudos mostram que essas situações podem ser vivenciadas mais frequentemente por elas, mostrando uma grande vulnerabilidade nesses grupos. Todos os artigos dessa categoria evidenciaram comportamentos de risco e vulnerabilidade maior entre pessoas em sofrimento psíquico. Entretanto, essas pessoas têm informação a respeito, têm o direito de poder se cuidar e de negociar em suas relações sociais?

Na seguinte citação, um paciente reconhece o risco de DSTs/AIDS, mas relata que ele continua a se envolver em sexo desprotegido: "Mas, quanto à proteção, você precisa se proteger. Mas eu estou fazendo algo que eu não deveria, porque estou fazendo sexo com uma garota, e eu não estou usando preservativos, acho que é desconfortável, e eu tenho sexo com ela, eu a conheço, mas essa é a Pergunta, nós realmente conhecemos alguém? [...] Mas eu estou fazendo a coisa certa? Aparentemente não, estou começando a pensar que não estou fazendo a coisa certa, que a coisa certa é usar preservativos" (PINTO, D. S. et al., 2007, p.2230, tradução nossa)²³

Em determinados contextos, é possível escutar a/o usuária/usuário e (re)conhecer suas experiências, suas dúvidas e, acima de tudo, trocar experiências, no entanto, isso nem sempre é possível. Como já discutido em outras pesquisas, que também serão trabalhadas nas próximas categorias, a sexualidade da pessoa em sofrimento psíquico, ora é invisibilizada, ora é hipersexualizada.

Desse modo, é possível perceber as diversas situações de experiências e as limitações nas políticas de prevenção, por conta de um discurso preventivo que pauta não somente a prevenção da Aids, mas também se ocupa de normas, modelos, procedimentos, critérios que norteiam o posicionamento médico, com o intuito de preservar a saúde das pessoas. Nesse contexto, pode-se compreender como são organizados os prazeres e seus corpos, envolvendo e conduzindo toda a vida da pessoa. Entretanto, algo não se efetua, pois "nas políticas de combate à Aids, o discurso médico parece considerar os órgãos e os corpos como coisas perfeitamente reguláveis. No entanto, enfrenta uma incontornável resistência: o desejo" (PELÚCIO; MISKOLCI, 2009, p.141).

²³ Versão do original em inglês: "In the following quote, a patient recognizes the risk of STDs/AIDS, but reports that he continues to engage in unprotected sex: "But as for protection, you do have to protect yourself. But I'm even doing something that I shouldn't, because I'm having sex with a girl, and I'm not using condoms, I think it's uncomfortable, and I have sex with her, I know her, but that's the question, do we really know someone? (...) But am I doing the right thing? Apparently not, I'm beginning to think I'm not doing the right thing, that the right thing is to use condoms"

Na seguinte citação, um paciente expressa sua indiferença quanto ao risco de contrair o HIV: "Para mim, não é grande coisa, eu não poderia me importar menos. Eu fodo qualquer, qualquer [...] eu fodo qualquer garota na rua. Eu fodo com AIDS, sem AIDS, sem um preservativo [realmente ...]" (Grupo de foco 29) (PINTO et al, 2007, p.2229, tradução nossa)²⁴.

Nessas palavras de um paciente, fica claro como o desejo, o afeto e até mesmo o prazer não pode ser regulado e/ou negado. A pessoa, por meio do desejo, anuncia para si e para a instituição, sua (re)existência, de forma que mostra seu corpo como um corpo que vibra de prazer, que é sexuado. Desse modo, apresenta-se um corpo que não está destruído e aniquilado, promovendo um empecilho no controle institucional por se tratar de um paciente que se mostra "vivo" e com vontade de existir. É fato que nesse contexto, "a sexualização do comportamento não é a única possibilidade de utilização do corpo como forma de contrapoder", até porque a superfície deste corpo que, remete ao prazer, é ampla e diversa. Todavia, a sexualidade permanece de forma imprescindível nessa organização que remete ao corpo (des)sexualizado (BIRMAN, 1980, p. 27).

Sendo assim, esse corpo mostra-se ativo sexualmente, porém, quando reconhecem esse fato, concomitantemente, observam-se que são pessoas em risco e em maior vulnerabilidade, como os artigos verificaram. Compreende-se que em algumas situações particulares, os riscos de exposição ao HIV podem ser aumentados, entretanto outras pesquisas que também serão analisadas neste trabalho, como por exemplo, o trecho citado a seguir, indicam também que certos aspectos da "doença mental"²⁵ podem ser facilitadores para o aumento dos comportamentos de risco, tais como:

Estudos mostram consistentemente que essa população é sexualmente ativa e a maioria se envolve em altos índices de comportamentos de risco sexual. As práticas sexuais que podem aumentar o risco de contrair HIV incluem: relações sexuais vaginais ou anais desprotegidas, sexo com múltiplos parceiros, sexo com parceiros de alto risco para o HIV (por exemplo, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo) ou práticas

²⁴ Versão do original em inglês: "Trecho original: "In the following quote, one patient expresses his indifference towards the risk of catching HIV: "For me, it's no big deal, I couldn't care less. I fuck any, any (...) I fuck any girl on the street. I fuck with AIDS, without AIDS, without a condom [really...]" (Focus group 29)".

²⁵ Termo utilizado pelo autor do artigo utilizado.

de troca de sexo. Para poder intervir com sucesso e diminuir o risco desta população, é importante compreender os padrões de comportamentos de risco e quais comportamentos específicos estão associados a uma maior probabilidade de infecção pelo HIV. (CAMPOS, L. N. et al., 2008, p.612, tradução nossa)²⁶

Os pacientes com doença mental crônica (CMIP) são conhecidos por terem uma vulnerabilidade aumentada, ou seja, susceptibilidade ou fatores relacionados a indivíduos ou grupos que poderiam aumentar o risco de um evento adverso, a várias condições de saúde, incluindo infecções sexualmente transmissíveis (IST), tais como HIV e Sífilis. As características sociais e comportamentais compõem os principais fatores que colocam o CMIP em maior vulnerabilidade a tais condições. (GUIMARAES, M.D.C et al., 2008, p.56, tradução nossa).²⁷

Nesse cenário, não se pode desconsiderar que determinados diagnósticos psiquiátricos, como as psicoses, por exemplo, atravessam de tal forma a vida da pessoa, que podem favorecer, ou não, práticas desprotegidas. Alguns diagnósticos interferem na forma da pessoa lidar com determinadas situações, como propiciando as impulsividades, restringindo capacidades de negociações nas relações, como por exemplo, negociações de preservativos e modos de prevenção e autocuidado, ou até mesmo ao contrário, por não desejarem se relacionar sexualmente (PEIXOTO; BARROS; GUIMARAES, 2014).

Nesse contexto, pode-se pensar também nas hospitalizações/internações dessas/desses pacientes, nas quais essas pessoas se tornam mais vulneráveis ao HIV, visto que, as (re)internações permitem rupturas de relacionamentos afetivos que foram estabelecidos no período da internação (sim, elas/eles se relacionam afetivamente/sexualmente) e com isso, favorecem encontros com muitas pessoas, às vezes, desconhecidas (OLIVEIRA; MANN; OLIVEIRA, 2002).

(...) a dificuldade em estabelecer uniões estáveis; encontrar-se social e economicamente em desvantagem; ser vítima de abuso sexual; estar com o juízo crítico prejudicado, principalmente nos surtos psicóticos;

²⁶ Versão do original em inglês: "Studies consistently show that this population is sexually active, and the majority engages in high rates of sexual risk behaviors. Sexual practices that can increase the risk of acquiring HIV include: unprotected vaginal or anal sexual intercourse, sex with multiple partners, sex with partners at high risk for HIV (e.g. injection drug users and sex workers), or sex exchange practices. In order to intervene successfully and decrease risk among this population, it is important to understand patterns of risk behaviors and which specific behaviors are associated with greater likelihood of HIV infection".

²⁷ Versão do original em inglês: "Chronic mentally ill patients (CMIP) are known to have an increased vulnerability, i.e., susceptibility or factors related to individuals or groups that could increase the risk of an adverse event, to several health conditions including sexually transmitted infections (STI) such as HIV and syphilis. Social and behavioral characteristics comprise the main factors that pose CMIP at increased vulnerability to such conditions"

hipersexualidade, impulsividade, baixa autoestima (OLIVEIRA; MANN; OLIVEIRA, 2002 p.20-21).

Além disso, pacientes hospitalizados apresentaram mais chances de não saber como descrever o conceito e os modos de transmissão da doença. Esses achados ilustram a necessidade de maior utilização do espaço institucional de cuidado psiquiátrico, independentemente da sua natureza, para fornecer acesso à informação, bem como para testes de HIV e encaminhamento (CAMELO, I.V.et al., 2013, p.444, tradução nossa).²⁸

Os artigos, de uma forma geral, promovem essa discussão sobre situações de risco, desenvolvendo pesquisas²⁹, por meio de entrevistas individuais, grupos focais em que apresentaram situações, as quais afirmam a vulnerabilidade de “comportamentos sexuais de risco”. Os resultados mostram que a questão da informação é apenas um dos muitos fatores a serem considerados na prevenção ao HIV/Aids, havendo outras questões

(...) como idade, sexo, status social, estado civil, diagnóstico psiquiátrico e características da instituição de tratamento. Além disso, fatores contextuais da família, instituições de tratamento, bem como os sociopolíticos, econômicos e culturais, que não foram analisados nesse trabalho, também devem ser levados em consideração (CAMELO, I.V.et al., 2013, p.444-5, tradução nossa)³⁰.

Dessa forma, de acordo com esses estudos, observamos a associação entre o uso de formas preventivas e os marcadores sociais da diferença como gênero, etnia, raça, classe, geração, dentre outros que influenciam de certo modo nas situações vivenciadas. Entretanto, não há muitas pesquisas que discutam essa problemática (CAMELO, I.V.et al., 2013).

²⁸ Versão do original em inglês: “Moreover, hospitalized patients presented more chances to not know how to describe the concept and modes of transmission of the disease. These findings illustrate the need for greater institutional space utilization of psychiatric care, regardless of their nature, to provide access to information, as well as HIV testing and referral”.

²⁹O artigo de Pinto e colaboradores (2007) utilizou dados do Projeto Interdisciplinar em Sexualidade, Saúde Mental e AIDS (PRISSMA). O Projeto PESSOAS (Pesquisa em Soroprevalência de Aids na Saúde Mental) é o resultado de um esforço conjunto entre os Programas Brasileiros de AIDS / DST e Saúde Mental e a Universidade Federal de Minas Gerais, com o objetivo de avaliar comportamentos de risco e prevalência de ITS). Exemplos de pesquisas, que estão sendo trabalhadas na presente dissertação e que utilizaram dados desse projeto: GUIMARAES et al. (2008, 2009, 2010); MELO et al. (2012); CAMELO et al. (2013); PEIXOTO; BARROS; GUIMARAES (2014) referentes a nossos artigos que estamos trabalhando.

³⁰ Versão do original em inglês: “such as age, gender, social status, marital status, psychiatric diagnosis, and characteristics of the treatment institution. In addition, contextual factors of family, treatment institution, as well as the socio-political, economic and cultural, which were not analyzed in this work, should also be taken into consideration”.

O que vem sendo abordado nesses trabalhos, refere-se às diferenças entre os gêneros no quesito: sexo desprotegido. Ou seja, alguns trabalhos verificaram que a mulher tem maior probabilidade de estar em situações de risco, ao contrário do homem.

As desigualdades de gênero, incluindo os valores culturais (por exemplo, os homens devem ter muitas parceiras, as mulheres devem ser monogâmicas), o contexto socioeconômico (por exemplo, acesso desigual à educação, ao emprego, violência aumentada, e os direitos reprodutivos restritos entre as mulheres) que potencialmente colocam as mulheres em desvantagem na negociação de sexo seguro ou na recusa de sexo não desejado, podem explicar parcialmente taxas diferenciais de sexo desprotegido relatadas entre homens e mulheres (PEIXOTO; BARROS; GUIMARAES, 2014, p.1476, tradução nossa)³¹

Quando se pensa nas diferenças entre os corpos marcados pelo gênero, também é importante refletir sobre o papel da instituição em que esses corpos muitas vezes são “aprisionados”. A instituição também regula os lugares que são do homem e os que são da mulher socialmente, assim sendo, a sexualidade é menos flexível para o comportamento sexual feminino, pois a sexualidade é marcada como condição do homem, primordial a ele, sendo que para a mulher, a sexualidade é tida como uma característica secundária. Já para o homem, a prática sexual é entendida como algo natural, e sendo assim, o grau de patologização é menor, todavia também recebe repressão, haja vista, quando se refere à homossexualidade, que ainda em muitos contextos, é vista como perversão, anormal e desviante (BIRMAN, 1980).

A respeito dessas diferenças de gênero em relação às práticas sexuais e às expressões da sexualidade, entendemos que não apenas a linguagem institucional apresenta essa reflexão. Em uma das falas das/os usuárias/usuários, as práticas sexuais são demarcadas pelos gêneros, como por exemplo, o afeto ligado a mulher e para os homens a questão do relacionamento, a prática sexual acontecer

³¹Versão do original em inglês: “Gender-based inequalities, including cultural values (e.g., men should have many partners, women should be monogamous), socioeconomic context (e.g. unequal access to education, employment, increased violence, and restricted reproductive rights among women) which potentially place women at a disadvantage for negotiating safer sex or refusing unwanted sex, can partially explain differential rates of unprotected sex reported among men and women”.

independente do sentimento, do afeto; algo mais voltado para a virilidade masculina. E, quando foi discutido a respeito da masturbação, para os homens era algo considerado natural e vivenciado até mesmo dentro das instituições, ao contrário das mulheres, para as quais a prática era vista como algo que causasse constrangimento, como se elas não se permitissem se desejar e sentir prazer com seu próprio corpo (BARBOSA; GUIMARAES; FREITAS, 2013).

Em um outro estudo, um paciente em uma das entrevistas demarca também essas diferenças:

(...) um paciente do sexo masculino mencionou as diferenças de gênero em relação à sexualidade durante uma entrevista. As pessoas atribuem valores aos homens que elevam o instinto e o impulso. Para as mulheres, os atributos são normalmente relacionados com as emoções: "Acho que os homens têm mais uma ideia fixa sobre o sexo do que as mulheres, e os homens são um pouco mais pervertidos (...) essa coisa sobre a idolatria do erotismo, a nudez é algo que os homens estão mais interessados em fazer (...) os homens são mais infiéis, eles gostam mais das mulheres soltas, até mesmo os homens casados, de qualquer classe, trabalhadores ou homens de negócios, eles estão sempre procurando prostitutas. (...) (PINTO, D. S. et al., 2007, p.2229, tradução nossa).³²

Por meio dessa fala, é visível como a construção social dos gêneros se dá em diversos espaços e cenários, sejam eles "cenários da loucura ou da normalidade". A mulher, bem com a sua sexualidade, é apresentada de forma mais ponderada em relação ao homem. Ela deve ser socialmente o objeto de desejo e investimento do homem, pois é assim que é dito natural acontecer. Caso haja uma inversão de papéis e lugares, ou seja, a mulher que investe e se move em direção ao desejo e prazer que lhe convém, isso se torna pavoroso e patológico mais rapidamente do que a mesma experiência caso fosse um comportamento sexual masculino. Logo, "uma mulher na busca insaciável do parceiro sexual é a própria personificação da loucura, realizando um comportamento antinatural, porque inesperado no seu destino social" (BIRMAN, 1980, p.51).

³² Versão do original em inglês: "Still, one male patient mentioned gender differences in relation to sexuality during an interview. People attribute values to men that high- light instinct and impulse. For women, the attributes are normally related to emotions: "I think men have more of a fixed idea about sex than women, and the men themselves are a little more perverted (...) that thing about idolizing eroticism, nudity is something that men are more keen on doing (...) men are more unfaithful, they like the loose women more, even married men, from any class, workers or business men, they're always looking for prostitutes".

Com isso, compreendemos quão presentes as questões de gênero estão nas expressões da sexualidade entre homens e mulheres, associando as feminilidades e masculinidades baseadas em dicotomias e binarismos de ordem biológica da sexualidade. Dessa forma, valores socialmente construídos dirigidos ao homem, como por exemplo, instintividade e dominação, e às mulheres como a passividade e submissão, promovem a (re)produção de desigualdades de situações que possibilitam excesso de poder e vulnerabilidade entre homens e mulheres (BARBOSA; GUIMARAES; FREITAS, 2013).

As relações de gênero no campo da Saúde Mental proporcionam uma reflexão de como esses papéis fazem parte da constituição subjetiva do sujeito em relação ao sofrimento, não apenas do modo como a pessoa se expressa, mas também da forma que ela sofre; bem como as especificidades e particularidades de sofrimento entre homens e mulheres. A complexidade do sofrimento psíquico deve ser entendida por meio de todo seu entorno social, no qual os aspectos sócios históricos que, constituem os sujeitos, devem permear essa compreensão, e, concomitantemente, as relações de gênero (ZANELLO, 2014).

Assim sendo, o desejo, o prazer da mulher é cada vez mais passivo, tal como, seus comportamentos. Ao serem submissas a seus parceiros, elas acabam muitas vezes em dificuldade de negociação de suas relações. O seu prazer não é considerado, até porque a satisfação sexual é dirigida ao prazer masculino, logo, resta a elas a única função que lhes é dada: procriar. Mas será que é desse modo que as relações acontecem e são experienciadas?

Encontramos uma maior proporção de percepções adequadas sobre a concepção de Aids entre as mulheres, o que pode ser explicado pela potencial expansão dos riscos de infecção pelo HIV entre as mulheres no curso atual da epidemia de HIV no Brasil. Entretanto, como em outros estudos, os homens estavam mais bem informados sobre os modos de transmissão do HIV. As mulheres valorizam mais a relação afetiva, o amor e a fidelidade, e têm dificuldades em negociar práticas sexuais e têm poucas opções de métodos preventivos sob seu controle. Isso pode levar as mulheres a buscarem menos informações sobre os modos de transmissão do HIV. Apesar de ter conhecimento da doença, uma vez que poderia ter a ideia de que isso não é necessário porque o parceiro é fiel e que esta atividade é o papel do homem (CAMELO, I.V.et al., 2013, p.)³³.

³³ Versão do original em inglês: "We have found a higher proportion of adequate perceptions about conception of Aids among females, which could be explained by the potential expansion of the risks of HIV infection among women in the current course of the HIV epidemic in Brazil. However, as in

Esse artigo é um exemplo, dentre outros, em que se verifica maior vulnerabilidade de comportamentos de risco em mulheres, e um dos motivos é a dificuldade de negociação com o parceiro e também, não menos importante, o fator de total confiança junto ao parceiro. Entretanto, alguns dados como, por exemplo, o trecho abaixo de um dos artigos, mostram que a ideia de comportamentos/grupos de risco pode estar em contextos até então considerados seguros.

A monogamia aumenta a vulnerabilidade ao HIV quando o parceiro sexual é arriscado, como demonstraram alguns estudos realizados no Brasil e em outros lugares com outras populações: as mulheres casadas/monogâmicas podem estar em maior risco (GUIMARAES, M. D. C. et al., 2010, p.363, tradução nossa)³⁴.

Outras pesquisas compartilham dessa ideia, e discutem como no atual momento que vivenciamos, acompanha-se uma efetividade do tratamento, juntamente com as campanhas de HIV/Aids em que objetivam desconstruir o preconceito e estigma, apresentando que a Aids não é uma doença restrita a pessoas “fora das normas”, “do desvio”, de um grupo específico e “marcado”, mas que atinge as famílias heteronormativas, “dorianas” e monogâmicas (PELÚCIO; MISKOLCI, 2009, grifo nosso).

Dessa forma, as políticas de prevenção assumem seu papel de controle e também de vigilância dos corpos, ainda que, mais de uns do que de outros. Entretanto, quando se diz respeito ao campo da saúde mental, na atenção psicossocial, as discussões ainda são incipientes. Mesmo quando se fala em sexualidade, o que mais se tem feito é em relação à prevenção a DSTs/HIV/Aids, como pode ser observado pelo fato de que o maior número de artigos encontrados é do recorte de pesquisa com o tema: “prevenção/comportamentos de riscos”. No entanto, o que se fala exatamente sobre?

other studies men were more well- informed about the modes of HIV transmission. Women value more affective relationship, love and fidelity, and they have difficulties to negotiate sexual practices and they have little options of preventive methods under your control.^{29,30} This may lead the women to seek less information about the modes of transmission of HIV, despite having knowledge of the disease, since it could have the idea that this is not necessary because the partner is faithful and that this activity is man’s role”.

³⁴ Versão do original em inglês: “Monogamy increases vulnerability to HIV when the sexual partner is risky, as some studies in Brazil and elsewhere with other populations have demonstrated: married/monogamous women may be at increased risk”.

O cenário em que a vivência da sexualidade acontece para as pessoas com transtornos mentais graves e persistentes é de grande vulnerabilidade, alocada principalmente nos arranjos e âmbitos sociais. São quase inexistentes ações de prevenção de ISTs e HIV/AIDS nessa população, o que compromete o direito à saúde sexual para essas pessoas (BARBOSA; GUIMARAES; FREITAS, 2013, p.460).

No Brasil, as políticas de prevenção e intervenção de ITS / Aids para a população psiquiátrica têm sido até agora insuficientes, apesar da consciência de que esse grupo é potencialmente mais vulnerável à infecção pelo HIV do que a população em geral. As conclusões de nosso estudo apontam para o que ainda precisa ser fortalecido. É necessário implementar uma melhor integração entre os serviços (MELO, A. P. S. et al., 2012, p.298, tradução nossa)³⁵.

Nesse contexto, foi observado a dificuldade dos serviços para a realização de testes/exames anti-HIV e outras DSTs, bem como as devolutivas de exame e a falta de integração da rede. Também foi observada a importância de políticas/intervenções de prevenção a HIV/Aids para essa população, que é considerada mais vulnerável, embora haja poucos estudos a respeito. Uma questão que dificulta essas intervenções é relacionada ao fato de que a maior parte dos serviços de saúde mental no Brasil não fornecem exames no local em que se situam e assim, as/os usuárias/os necessitam se deslocar para um outro local da rede de saúde, sendo isso um obstáculo para o tratamento/acompanhamento ser contínuo. Desse modo, mostra-se a importância das intervenções acontecerem nos próprios centros de saúde mental. Atualmente, existem alguns serviços de saúde mental em que são realizados testes rápidos HIV/Aids por profissionais instrumentalizados³⁶, com o intuito de fortalecer práticas de prevenção continuada nos próprios serviços como parte da atenção integral à/ao usuária/usuário (MELO, et al., 2012).

³⁵ Versão do original em inglês: "In Brazil STI/AIDS prevention and intervention policies for the psychiatric population have been up to now insufficient despite awareness that this group is potentially more vulnerable to HIV infection than the general population. Our study findings point to what remains to be strengthened. Better integration between services needs to be implemented".

³⁶ No ano de 2013, durante meu aprimoramento profissional, participei da "**Capacitação para o Diagnóstico da Infecção do HIV e Triagem para Sífilis, utilizando testes rápidos**", promovida pela Secretaria Municipal da Saúde de Assis- Programa Municipal de DST/HIV/AIDS e Tuberculose e Grupo de Vigilância Epidemiológica XIII- Assis. Sendo assim, estou instrumentalizada a realizar o Teste Rápido Diagnóstico anti-HIV e os testes de triagem para Sífilis, segundo as normatizações do Ministério da Saúde. A ideia foi promover essa capacitação para os profissionais da Atenção Básica e também da Saúde Mental para a realização dos testes rápido nos próprios serviços. Nesse mesmo ano, participei do processo de triagem e realização do teste rápido, juntamente com outras profissionais, no serviço de saúde mental em que estava inserida.

Além da rede de serviços estar articulada e comprometida com a/o usuária/o e poder oferecer o atendimento integral a essa pessoa, para bom acompanhamento e bons resultados, um outro estudo mostrou a importância do envolvimento da família no tratamento, “apontando o suporte família como um fator facilitador da adesão ao tratamento e atenuador em termos de saúde mental no contexto HIV/Aids”, pois em algumas situações, o desânimo, a não importância de se autocuidar deve-se, dentre vários motivos, ao abandono social e familiar (CAMARGO; CAPITAO; FILIPE, 2014, p.230).

Assim, muitos fatores e entornos sociais contribuem para o acompanhamento no processo de cuidado da pessoa em sofrimento psíquico. Outro artigo trouxe como alguns instrumentos podem auxiliar na identificação de vulnerabilidades; como um questionário que tem o intuito de avaliar o comportamento de risco de pessoas em sofrimento psíquico, para as infecções sexualmente transmissíveis. O objetivo foi verificar a confiabilidade deste questionário por meio de um estudo piloto em um hospital psiquiátrico e um Centro de Atenção Psicossocial. O questionário mostrou-se como uma possibilidade importante para perceber quais as pessoas que se encontram em risco em serviços de saúde, e desse modo, propiciar aos profissionais intervenções junto a essas pessoas (GUIMARAES et al, 2008).

Finalmente, indicamos que os adultos com doença mental no Brasil estão em maior risco de IST em comparação com outros grupos populacionais. Há uma necessidade urgente de desenvolver políticas de saúde pública para proporcionar estratégias mais compreensivas e integradas de cuidados de saúde e prevenção para esses pacientes (GUIMARAES et al, 2009, p.48, tradução nossa)³⁷.

Dessa forma, por meio dos artigos, encontramos a prevalência de riscos em relação à população em geral, em uma perspectiva heteronormativa das relações afetivo-sexuais, as quais (re)produzem de forma significativa os modos de comportamentos considerados aceitos socialmente. Em relação as práticas não heteronormativas, há uma lacuna sobre essas questões, não se sabendo como são vistas e abordadas.

³⁷ Versão do original em inglês: “Finally, we indicate that adults with mental illness in Brazil are at increased risk for STI compared to other population groups. There is an urgent need of developing public health policies towards providing a more comprehensive and integrated health care and prevention strategies for these patients”.

Um outro ponto é em relação, ao que de certa forma, não foi tão problematizado nos artigos, como a dificuldade que algumas pessoas em sofrimento psíquico enfrentam ao estabelecer compromissos afetivos sexuais. Dessa forma, por conta dos processos psíquicos vivenciados em suas experiências de vida e até mesmo por conta de inúmeras hospitalizações; relatos de violências/abusos sexuais e também de bloqueios familiares, sociais e pessoais que distanciam de uma vivência da sexualidade de forma favorável e tranquila. Essas situações, bem como, há o isolamento social dessas pessoas e a falta de troca de informações corretas, podem propiciar relações sexuais mais vulneráveis (CAMELO et al, 2013).

Assim sendo, quando pensamos no discurso preventivo, no estigma da Aids, a ideia da culpa, da imoralidade, do perigo, tornam-se presentes e intimidadores da organização social. Com isso, “os elementos poluidores poderiam ser “higienizados” e as sexualidades desinfetadas por práticas higienistas que instituíram toda uma hierarquia do risco” (PELÚCIO; MISKOLCI, 2009, p.136, grifo do autor).

Desse modo, poderíamos pensar em um duplo estigma, uma pessoa considerada “louca socialmente” e com sua sexualidade “infectada”. Esta pessoa seria um perigo a sociedade? Um perigo de contaminação e reprodução do imoral, do perverso? E o que os profissionais pensam a respeito e como se posicionam frente a essas demandas?

3.2.2. Categoria 2. Percepções/Representações Sociais que norteiam a atuação de profissionais frente às questões da sexualidade

Nesta categoria estão 6 artigos (1 artigo se repete, por também estar na categoria 1) que se encontram publicados em sua maioria em revistas específicas de enfermagem e um em uma revista de Saúde. O fato das publicações estarem concentradas nessas áreas de formação faz crer que estas são as áreas que vêm produzindo discursos e discussões a respeito da sexualidade e o campo da Saúde Mental. Ainda há um predomínio de pesquisas qualitativas e como alguns dos instrumentos utilizados destacam-se as entrevistas.

Tabela 3. Classificação dos artigos que estão inseridos na categoria 2

Autoras/es	Título do artigo	Base científica	Perspectiva Teórico - Metodológica	Revista Publicada
Miranda; Furegato (2002)	Percepções da sexualidade do doente mental pelo enfermeiro	SciELO Brasil	Técnica de Investigação em Situações Cotidianas-TSC para os procedimentos projetivos de análise de dados.	Rev.Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto
Carneiro et al. (2004)	O sexo dos outros: percepção da enfermagem psiquiátrica sobre a vida sexual dos pacientes internados	LILACS	Pesquisa Qualitativa, com entrevista semi estruturada	Esc Anna Nery R Enferm
Pinto et al. (2007)	Sexuality, vulnerability to HIV, and mental health: an ethnographic study of psychiatric institutions	LILACS SciELO Brasil	Observações Etnográficas, grupos focais e entrevistas	Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro
Miranda; Furegato e Azevedo (2008)	Práticas discursivas e o silenciamento do doente mental: sexualidade negada?	SciELO Brasil	Técnica de Investigação em Situações Cotidianas (TSC),	Esc Anna Nery Rev Enferm
Ziliotto; Marcolan (2013)	Percepção de trabalhadores de enfermagem sobre sexualidade de portadores de transtornos mentais	LILACS SciELO Brasil	Pesquisa Qualitativa, fundamentada nas Teorias das Representações Sociais, entrevistas e questionário semi estruturado	Acta Paul Enferm.
Ziliotto; Marcolan (2014)	Representações Sociais da Enfermagem: A Sexualidade de Portadores de Transtornos Mentais	LILACS	Pesquisa Qualitativa, descritivo-exploratória, abordagem metodológica das representações sociais.	Rev Min Enferm.

Muitos profissionais não consideram as construções subjetivas e identitárias, marcadas pela diferença, e assim promovem desigualdades e também produzem sofrimentos nas pessoas que estão sendo atendidas. Dessa forma, é necessário que

se possa considerar atravessamentos de marcadores sociais como gênero, raça, classe para compreender a singularidade de cada pessoa, bem como suas relações sociais, para não se produzir mais estigmas e exclusão (ADRIÃO, BORELLI, COELHO, 2014).

De acordo com Carneiro et al. (2004), a instituição promove estigmas e estereótipos em relação a pessoa em sofrimento psíquico não considerando as expressões da sexualidade, como algo que perpassa e atravessa todas as pessoas. Nesse contexto, essa expressão é vista como uma manifestação da sua doença, logo, por fazer parte do seu estado psicopatológico, ela pode até ser previsível e considerada, de acordo com alguns profissionais entrevistados nas diferentes pesquisas. Nestes recortes de entrevistas extraídos de alguns artigos selecionados isso se torna evidente

O modo como eles fazem, como eles agem. Acho que é devido à doença. Porque um ser humano normal, ele não faz sexo assim explícito [...], ao céu (risos). Se fossem pessoas que realmente tivessem uma consciência, eles procurariam um lugar assim. Também não escolhem parceiros não. Fazem com qualquer um. Porque nós, normais, escolhemos, e eles devido essa deficiência, talvez por isso não escolham bem os parceiros (CARNEIRO et al, 2004, p.432).

Dependendo da patologia, a sexualidade dele é bastante aflorada, por exemplo, no transtorno afetivo bipolar, quando eles têm mania, que é como a gente fala normalmente que é bem aflorada, eles não têm escrúpulos, eles chegam mesmo se insinuando, soltam frases como se estivessem na rua, literalmente cantam você. No caso dos esquizofrênicos, eles também têm a sexualidade aflorada, porém eles são mais reservados, bem mais reservado. É difícil um paciente esquizofrênico te abordar com gracinhas. Ele até chega pra falar com você, mas é uma coisa mais embotada. Bipolar em mania é terrível, tanto homem como mulher (Auxiliar de Enfermagem 4) (ZILLOTTO; MARCOLAN, 2014, p.968).

Os pacientes psiquiátricos têm alterações na psicopatologia, que acabam alterando a libido completamente, apresentando-se erotizados, desinibidos, com humor bem expandido, necessitando de uma abordagem mais firme, com pouca tolerância e estabelecendo limites para esses comportamentos disfuncionais” (Enfermeiro 1) (ZILLOTTO; MARCOLAN, 2013, p.88).

A partir dessas falas mostra-se quão reducionista é a percepção de algumas/uns profissionais em relação à sexualidade das pessoas em sofrimento psíquico. Essa associação da sexualidade como um sintoma patológico pertence a uma perspectiva biomédica de atenção à saúde, na qual o intuito é considerar a doença e a cura, enfatizando a sexualidade como algo apenas biológico, na contramão da Atenção Psicossocial (ZILLOTTO; MARCOLAN, 2013).

Os artigos mostraram por meio dos relatos que as/os profissionais associam as expressões da sexualidade aos sintomas dos transtornos mentais, e assim justificam e controlam os comportamentos sexuais. Desse modo, atuam no sentido de negar e invisibilizar a sexualidade, o que pode ser visto nos artigos de Ziliotto e Marcolan (2014), Pinto et al. (2007), Miranda, Furegato e Azevedo (2008), Miranda e Furegato (2002).

Esse silenciamento de acordo com Miranda, Furegato e Azevedo (2008), no campo da enfermagem, por exemplo, relaciona-se a um modo de posicionamento e prática profissional. A negação das expressões da sexualidade insere a mesma como desviante e patológica, dessa forma a/o profissional posiciona-se distanciando-se da situação, reprimindo em alguns momentos e em outros, posicionando-se na defensiva. Essa atitude caminha no sentido do esperado institucionalmente, “os elementos do saber-fazer, do não-dito, do indisível revelam o campo figurativo como uma zona inscrita no silenciamento sobre as manifestações da sexualidade” (IDEM, 2008, p.141).

Desse modo, qualquer expressão de desejo e afeto é considerada como psicopatológica, a pessoa em sofrimento psíquico é despida de toda sua singularidade e é tida como incapaz, perante seu entorno social, de qualquer afeto e sentimento. É como se não pudessem se relacionar de forma tida como “normal”, ou seja, não fossem capazes de organizar seus desejos e comportamentos, não conseguindo socializar-se de forma socialmente esperada. Em alguns casos “eles ficam muito desinibidos, mostrando as partes íntimas. As mulheres geralmente começam pelos seios e os homens começam pelo pênis” (Enfermeiro 7) (ZILIOTTO; MARCOLAN, 2013, p.88).

A concepção da sexualidade, como expressão de uma enfermidade, faz com que ela seja medicalizada pelos discursos médico-psiquiátricos, em formas de punições e correções ditas pedagógicas, para manter a ordem institucional. Nesse contexto, são utilizados medicamentos em formas de tratamentos para controlar as manifestações do paciente, não considerando suas singularidades (BIRMAN, 1980).

Assim sendo, além da associação do desejo sexual à doença, também ocorre uma relação a respeito dos efeitos dos medicamentos que provocam mudanças em seus comportamentos sexuais.

Em muitos casos sim, eles se liberam mais. Vai depender do tipo de medicação que eles tomam. Têm uns que têm medicamentos que os mantêm mais excitados e outros remédios que os privam de sentirem prazer. Assim, eles não sentem vontade de transar. Depende muito da medicação deles e do estado clínico também (CARNEIRO et al, 2004, p.433).

(...) sexualidade do portador de transtorno mental ligada à esquizofrenia, já que aqueles que apresentam esse tipo de transtorno manifestam, muitas vezes, a libido diminuída decorrente de efeito colateral dos psicofármacos utilizados e pelo afeto embotado, ambos prejudiciais à socialização do sujeito (ZILIOTTO; MARCOLAN, 2014, p.969).

Nesse âmbito, é compreensível como a sexualidade dessas pessoas ora está muito aflorada, ora inexistente, sendo dependente de meios que controlam essas intensidades, como uso e efeito dos psicofármacos e também, por exemplo, de hospitalizações por longos períodos, tendo como consequência a não socialização. Assim, de imediato “[...] eu acho em primeiro lugar que tem que evitar, quando a gente vê esses pacientes com a sexualidade alterada você tem que ficar de controle de um a um (Auxiliar de Enfermagem 8)” (ZILIOTTO; MARCOLAN, 2013, p.969).

Como a gente tem unidades mistas, a sexualidade aflora e a gente tem diversos transtornos. Então, o que a gente percebe é que alguns transtornos deixam os pacientes mais hipersexualizados, a sexualidade do paciente aparece, só que a gente inibe intercurso sexual entre pacientes [...] (Enfermeiro 2) (ZILIOTTO; MARCOLAN, 2014, p.968).

A sexualidade fica mais em evidência quando o paciente está em estado de mania, que ele fica com a sexualidade mais exacerbada” (Auxiliar de Enfermagem 6) (ZILIOTTO; MARCOLAN, 2013, p.88).

O que eles [as enfermeiras] estão dizendo é verdade, porque a sexualidade em hospitais psiquiátricos é realmente exacerbada pelo paciente psiquiátrico, é algo que estamos ouvindo há algum tempo aqui no hospital, a sexualidade no hospital psiquiátrico... "(grupo focal 09) (PINTO et al., 2007, p.2228, tradução nossa)³⁸.

Essas “intensidades” relacionadas à sexualidade podem proporcionar uma maior vulnerabilidade às DSTs/Aids, pois de acordo com alguns estudos e relatos, a pessoa em sofrimento psíquico, além de estar em maior risco, por conta de seu estado clínico, como alguns desses trabalhos observaram, também tem dificuldades para avaliar os riscos.

³⁸ Versão do original em inglês: ““What they [the nurses] are saying is true, because sexuality in psychiatric hospitals is really exacerbated by the psychiatric patient, it’s something we’ve been hearing about for some time here in the hospital, sexuality in the psychiatric hospitals ...” (Focus group 09).

"Eu mesmo, como profissional de saúde, quando você está trabalhando com isso (...) Nós sabemos, certo? Olhe, o que vemos, as pessoas estão lá, ouvindo e dizendo: "Não, isso não vai acontecer comigo." Eu acho que para eles, com essa impulsividade, essa coisa muito mais exacerbada, é sem dúvida (...). Muito mais arriscado. Muitos deles estão cientes [do risco de DSTs/HIV] (Entrevistas com informantes-chave, 04 - Manuela, psiquiatra). (PINTO et al., 2007, p.2229, tradução nossa).³⁹

Nessa mesma discussão, profissionais desse estudo relataram que as questões da sexualidade estavam relacionadas às diferenças de gênero. As/os profissionais que trabalham diretamente e estão mais próximos cotidianamente das/os usuárias/usuários enfatizam as diferenças nas formas de se relacionar sexualmente entre mulheres e homens:

Durante muito tempo [pensava-se que] os homens tinham pulsão [sexual], mas não as mulheres. Eu acho que isso mudou, certo? A muito tempo atrás. As mulheres têm tanta pulsão quanto os homens. E há também um certo mito, certo? Que [na doença mental], a mulher tem a sexualidade mais exacerbada. (...) (PINTO et al., 2007, p.2229 tradução nossa).⁴⁰

Desse modo, a sexualidade e a loucura, assim como a pessoa em sofrimento psíquico, passam a ser avaliadas mediante suas manifestações corporais e comportamentais. Com isso, seus desejos e práticas sexuais são negados e estigmatizados, e sua autonomia é perdida. Uma vez que a lei 10.216 de 2001 propõe o direito e a proteção das pessoas em sofrimento psíquico e assegura de qualquer forma de discriminação, será que esta lei realmente está conseguindo alcançar seus objetivos?

(...) o enfermeiro, ao confrontar-se a partir da sua experiência pessoal com a sexualidade, adota uma decisão de interdição, afastamento, negação, omissão, situada ao nível social e interacional. Dito de outra forma, a informação sobre a sexualidade está ancorada na experiência pessoal e, concomitantemente, objetivada a partir da pressão, inferência e engajamento da informação que revela um sentido de economia discursiva, por situar-se na esfera do silenciamento, ou seja, do não-dizível (MIRANDA; FUREGATO; AZEVEDO, 2008).

Essa ilegitimidade, atribuída à sexualidade do doente mental, o enfermeiro procura enquadrar nas cenas, como doença, agressão, desvio ou transgressão. Incipientemente diluída na mensagem totalitária das

³⁹Versão do original em inglês: "'I myself, as a health professional, when you're working with this (...) We know, right? Look, what we see, people are there, listening and saying: 'No, it won't happen to me.' I think for them, with that impulsiveness, that much more exacerbated thing, it's without a doubt (...) much riskier. Some of them are even aware [of the risk of STDs/HIV]" (Interviews with key informants, 04 – Manuela, psychiatrist)"

⁴⁰ Versão do original em inglês: "For a long time [it was thought that] men had drive, but not women. I think this has changed, right? A long time ago. Women have as much drive as men. And there's also a certain myth, right? That [in mental illness], the woman has more exacerbated sexuality. (...)"

representações clássicas da enfermagem, observa-se leve tendência para reconhecer a sexualidade como um sinal de saúde (MIRANDA; FUREGATO, 2002, p.212).

Nesta perspectiva, percebemos como o posicionamento das/os profissionais, e aqui em especial das/os profissionais da enfermagem, atua em referência a um modelo de atendimento que corresponda ao poder dominante da instituição.

Emite um posicionamento estruturado no seu discurso, revelando sua percepção e compreensão sobre o corpo. Ao situá-lo espacialmente, adota o entendimento de que esse corpo é fragmentado, resultante da doença mental e da sexualidade. Adotando essa atitude, o enfermeiro estabelece vínculos com a ideologia dominante do contexto institucional (MIRANDA; FUREGATO, 2002, p.213).

Desse modo, justificam suas formas de atuação em relação a essas questões da sexualidade como responsabilidade e função técnica, que a família e toda a sociedade demandaram à instituição. Logo, configura-se um contexto de controle e proibições no âmbito da sexualidade dessas pessoas (ZILIOTTO; MARCOLAN, 2013).

Vigilância, controle e punição

Por meio dos modos de discurso de tutela e segurança, as/os pacientes permanecem sendo observados pelas/os profissionais e principalmente pela equipe da enfermagem, já que são os que permanecem mais próximos no cotidiano das/os usuárias/usuários. Assim nesse contexto, os desejos são regulados por essas/esses trabalhadoras/trabalhadores que se mostram sem referências para trabalhar com essas demandas, realizando apenas, a estratégia do silenciamento, negando essas expressões, mesmo reconhecendo a existência dessas questões (MIRANDA; FUREGATO; AZEVEDO, 2008).

Nesse contexto, em alguns casos, a/o profissional não se sente apropriado para atuar e se posicionar em determinadas situações referentes à sexualidade dos pacientes e por isso acabam reprimindo, silenciando ou até mesmo invisibilizando. Pensar nessas questões envolve uma (auto)reflexão sobre a própria sexualidade, seus desejos, comportamentos, crenças e valores.

“Eu, no lugar dessa enfermeira, já penalizaria essa funcionária, por ter visto a relação sexual entre os pacientes e fechado a porta, como se aquilo fosse normal pro ambiente que ela se encontra. Pra mim, ela deveria ser penalizada e orientada pela atitude que ela teve” (Enfermeiro 2) (ZILIOTTO; MARCOLAN, 2013, p.89).

“[...] durante a noite, foi pego um paciente no quarto do outro fazendo sexo oral. Aí foram abordados pela equipe de enfermagem que estava no noturno e acabaram tendo alta administrativa, os dois” (Auxiliar de Enfermagem 2) (IDEM, 2013, p.89).

“[...] A gente tenta explicar pro paciente, que a gente entende que ele tem o desejo sexual pelo outro, só que aqui não é o momento dele expressar esse desejo. Não é o momento, nem o lugar pra isso, né? Que a gente respeita, que eles podem ter uma relação da porta pra fora, mas aqui dentro não [...]” (Enfermeiro2) (IDEM, 2013, P.88).

São situações corriqueiras que acontecem dentro dos serviços de saúde mental, com que muitas vezes a/o profissional depara-se e (re)age, a priori, reprimindo. As/os profissionais justificam essa atitude alegando que a instituição não é um espaço de exercer a sexualidade e sim é um local para a realização do tratamento, direcionado a doença e a cura. “Mas nada que a gente esteja discriminando, mas que a opção sexual deles seja lá fora e não aqui dentro do hospital, que aqui é pra se tratar e não namorar” (Auxiliar de Enfermagem 3) (ZILIOTTO; MARCOLAN, 2013, p.89). Logo, relatam que diante dessas situações vinculadas à sexualidade da/do paciente, a atitude é de impedir, interditar, separar qualquer manifestação e comportamentos sexuais.

Existem casos específicos que se tornam uma grande ameaça à instituição⁴¹, como por exemplo, a gravidez decorrente de uma relação que ocorreu dentro deste espaço, pois de acordo com Birman (1980), esse acontecimento provoca danos negativos tanto para a instituição quanto para a família da mulher. Essa preocupação institucional produz os mecanismos de controle sexuais.

A instituição e a família possuem um vínculo de cuidado e responsabilidade, na qual a gravidez seria uma demonstração de uma forma de ausência de responsabilidades e cuidados da instituição, uma vez que a função de tutela da paciente é uma das funções que lhe são concedidas.

A inquietação é maior quando for paciente do sexo feminino-mulher e adolescente: nunca teve relação sexual, principalmente quando é mulher,

⁴¹ Refere-se aqui às diversas instituições que atendem pessoas em sofrimento psíquico, como as psiquiátricas existentes até os Centros de Atenção Psicossocial, dentre outras.

queira ou não, a gente fica mais preocupada. Quando acontece de alguma adolescente se internar, e a gente vê assim a questão da idade, bem nova, que nunca manteve relação sexual. Eu pelo menos fico muito preocupada e eu mesmo vou perguntar diretamente se manteve [...] (CARNEIRO et al., 2004, p.432).

Podemos pensar como a sexualidade e a loucura associam-se ao controle de diversas formas, como o controle de reprodução. Nesse contexto, como estratégias para esse controle, temos alguns métodos contraceptivos utilizados por mulheres para esse fim, como por exemplo, a pílula anticoncepcional⁴². Um fato interessante é que a pílula anticoncepcional foi testada primeiramente em Porto Rico, por mulheres negras e por grupos de pacientes psiquiátricos do *Worcester State Hospital* e por prisioneiros do Estado de Óregon entre 1956 e 1957. O intuito era avaliar a eficácia da pílula no controle da natalidade entre as mulheres e também a eficácia para controlar e diminuir a libido e as tendências homossexuais em homens. Nesse sentido, cabe destacar que Preciado (2008) levanta a reflexão sobre o fato de a pílula não ser somente um método de controle de reprodução mas, sobretudo, um método de produção e de purificação da raça, uma técnica eugênica de controle da reprodução da espécie.

A pílula funciona como uma peça semiótico-material (ao mesmo tempo máquina e discurso) chave na gramática racista da cultura ocidental, obcecada pela contaminação das linhagens, da pureza da raça, da separação dos sexos e do controle dos gêneros (PRECIADO, 2008, p.130, tradução nossa)⁴³.

Desse modo, abrimos esse breve paralelo da discussão a respeito da pílula para percebemos como é configurado os modos de controle dos corpos, bem como suas estratégias. Assim, uma outra forma de contracepção, que é marcada por algumas/uns profissionais como uma postura um pouco contraditória e de vigilância, é em relação a distribuição do preservativo nas instituições:

É permitida [...]. Acho [...]. Não sei te dizer, não. Porque, a maioria dos pacientes tem uma vida sexual abundante. E às vezes, o pessoal fala e às vezes, até a direção chega a dizer que eles podem se eles [forem um] casal ou tiverem feito o casamento né? Aí está sendo permitido [...] (CARNEIRO, et al., 2004, p.434).

⁴² Sobre a discussão da pílula anticoncepcional e seus desdobramentos, consultar Preciado (2008).

⁴³ Versão do original em espanhol: "La píldora funciona como una pieza semiótico-material (al mismo tiempo máquina y discurso) clave dentro de la gramática racista de la cultura occidental, obesionada por la contaminación de los linajes, la pureza de la raza, la separación de los sexos y el control de los géneros".

Em geral a postura de vigilância e de um certo moralismo perpassa a conduta da/o profissional em relação à distribuição do preservativo. Nessa fala acima, é observado o que é considerado permitido ou não, de acordo com valores, crenças de cada profissional e da ordem institucional. De um modo geral, os relatos são em torno da preocupação com a prática sexual, pois em alguns casos, a/o paciente pode estar em um estado clínico em que não consiga negociar o uso do preservativo e também pelo fato de abusos e violências sexuais cometidos contra elas/eles.

Essas “preocupações”, mesmo com uma pretensão de cuidado e em forma de vigilância das/dos profissionais, acabam em algumas circunstâncias promovendo uma hierarquia de poderes, onde quem dita as ordens e regras independente do direito do outro é a/o profissional. Acabam por governar e controlar as individualidades das/os pacientes. Nesse relato abaixo, a profissional pensa em uma estratégia para ser possível a vivência das relações na instituição, entretanto é algo um pouco complexo ditar quando e de que forma o desejo do outro pode ser expresso e experienciado. De qualquer modo, é um “sinal” de que algo está em movimento nessa prática profissional em relação à vivência da sexualidade:

(...) aí, eu pensei; bem, se precisa de uma sala pra encontro íntimo, a gente poderia determinar um desses quartos, ou esses dois quartos; e as pessoas lá receberiam suas camisinhas, a gente teria a chance de orientar essas pessoas. E eu achei que seria uma idéia que seria boa pra eles. Mas quando eu ventilei essa possibilidade, pelo menos essas pessoas que estavam junto de mim não gostaram da idéia, porque falaram que seria uma forma de expor a intimidade deles, porque às vezes a vontade de transar e eles me disseram não é na hora que a senhora está aqui doutora! Como é que a senhora vai ficar com a chave, se eu é que quero transar? (CARNEIRO, et al., 2004, p.436).

Do mesmo modo, observa-se situações em que é imposto algo ao usuário que nem mesmo o profissional havia se questionado em relação a sua própria vida.

Eu acho importante, porque eu acho que precisam orientar mais sobre sexo, para eles também se realizarem; às vezes transam com a outra paciente só porque eles sentem necessidade, mas não sabem dizer porque têm que fazer sexo. [E você sabe dizer o porquê de se fazer sexo?]. (entrevistado manteve-se em silêncio) (CARNEIRO, et al., 2004, p.435).

Assim sendo, verificamos como as crenças, valores, o preconceito das/dos trabalhadoras/trabalhadores interferem de forma a estigmatizar de maneira negativa o cuidado à assistência à/ao usuária/usuário. Percebe-se de acordo com as pesquisas, a dificuldade das/dos profissionais em trabalhar com essa demanda nos

serviços, uma vez que essas questões acabam envolvendo um olhar e escuta de si mesmos, em compreender como se dão as representações da sexualidade em seus corpos no cuidado junto ao paciente; pois em muitas situações de atendimento, as/os profissionais da enfermagem se veem como assexuados. Essa ideia é produzida pela negação da sexualidade e das vontades sexuais das/dos pacientes por parte dos profissionais (ZILLOTTO; MARCOLAN, 2013).

Embora o profissional de enfermagem tenha a permissão social de tocar o corpo do outro para atender às necessidades humanas básicas e prestar cuidados, os enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem atuam e percebem-se como assexuados, ignorando sua sexualidade e a do cliente a ser cuidado (IDEM, 2013, p.91).

Destacamos a dificuldade dos profissionais, sujeitos do estudo, em perceberem a importância de seus corpos como instrumento do cuidado de enfermagem, a ausência do tema sexualidade nas representações de si mesmos, entendendo-se como assexuados (IDEM, 2013, p.92).

O cuidado, quando voltado para área de enfermagem, é dirigido de forma mais mecânica, técnica e objetiva; sendo, portanto, os profissionais dessa área formados para atuarem em um modelo de atendimento voltado mais para uma perspectiva biológica em relação às demandas da sexualidade. Há relatos da ausência de disciplinas sobre sexualidade nos cursos de graduação; bem como de discussões sobre essas questões no cotidiano das instituições, como por exemplo, ausência de abordagem dessa temática nos programas de Educação Permanente⁴⁴, supervisões institucionais e demais atividades cotidianas dos serviços (ZILLOTTO; MARCOLAN, 2013; PINTO et al. 2007).

Nessa conjuntura, algumas situações diante das demandas de sexualidade das/os pacientes foram observadas, demonstrando que muitas vezes, a/o profissional, não sente preparado para o acolhimento e assistência à pessoa:

Acredito que ele não está preparado emocionalmente, nem tecnicamente para trabalhar com pacientes que têm transtorno afetivo bipolar, porque assim como a gente orienta os pacientes que eles podem conter as suas emoções sexuais, nós como profissionais também temos que nos conter e trabalhar as nossas emoções sexuais (Enfermeiro 4) (ZILLOTTO; MARCOLAN, 2014, p.970).

⁴⁴ Refere-se à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. (Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para implementação da política). Para maiores informações veja Brasil (2009).

Em outros casos, há a ideia de um despreparo e abuso diante da/do paciente e uma suposição de trabalho de equipe em que não há uma consideração em relação à sexualidade e desejos dissidentes. Situações essas em que as/os trabalhadoras/trabalhadores supõem que existe apenas o desejo direcionado ao sexo oposto, como sugere o fato de que o cuidado de quem acompanha a/o paciente deve ser feito por uma/um profissional do mesmo sexo da/do paciente, como forma de proteção. Entretanto, essa prática é desconsiderada quando a orientação sexual e/ou desejo sexual da/do paciente não seja heterossexual, uma vez que se tem profissionais do mesmo sexo fazendo o papel de cuidadores.

Assim, se ele encaminhou, já é errado homem, no caso profissional homem, encaminhar uma mulher pro banho. Assim, é realmente uma coisa complicada porque a gente vê aí casos e casos desse tipo de atitude, de ação de um profissional do sexo masculino levar uma paciente feminina pro banho. Ele logo viu que ela estava se masturbando, ele já teria que ter saído do banheiro. No caso, a uma enfermagem feminina, você encaminharia a paciente pro banho. Aliás, ele nem deveria ter ido. Se ele viu que ia acontecer uma coisa dessa, a paciente se masturbando, ele já teria que ter saído e avisado pra chefia dele. E pedido pra uma enfermagem feminina ter ido. Ele foi errado no caso de ter encaminhado essa paciente pro banho (Auxiliar de Enfermagem 1) (ZILLOTTO; MARCOLAN, 2014, p.970).

De qualquer modo, devemos nos atentar para todas as formas de abuso e violências que são dirigidas as/aos pacientes, pois a violência proveniente do machismo produz abusos. Como consequência essas atitudes são percebidas como um modo de prevenção, entretanto essa perspectiva torna-se heterossexista, como visto acima, pois entende-se que só o homem é uma “ameaça” para mulher, como se todos fossem heterossexuais. E no caso de profissionais lésbicas ou gays, por exemplo? Esta é uma questão complexa, pois de fato os abusos contra as mulheres, em quase sua totalidade, são cometidos por homens, o que torna compreensível a questão da preocupação e cuidado da auxiliar de enfermagem junto ao paciente. Assim, nesse âmbito, a/o profissional deve acima de tudo atuar e se posicionar eticamente e profissionalmente sem discriminação e viés de (pre)conceitos, estando atenta/o a toda essa conjuntura previamente discutida, mesmo que muitas vezes exista a dificuldade em lidar com determinadas situações.

Por meio das pesquisas encontradas, percebe-se uma certa resistência das/dos trabalhadoras/es em compreender que as pessoas em sofrimento psíquico possam relacionar-se sexualmente e ter uma vida sexual ativa. Há limitações e

dificuldades em abordar essas questões e em se posicionar de formas hierárquicas de poder nas relações com as/os pacientes, como consequência, estas/estes profissionais não consideram, em determinadas situações, as necessidades e os direitos dessas pessoas. Nos relatos verifica-se que a ideia de repressão da sexualidade não diminuía as situações de risco, por isso a importância do reconhecimento dessas pessoas enquanto pessoas que expressam seus desejos, vontades e comportamentos (CARNEIRO et al., 2004).

Por fim, é necessário (re)pensar as práticas profissionais e considerar a questão da sexualidade no cuidado integral a pessoa em sofrimento psíquico. Afirmar a sexualidade do sujeito implica todos os desdobramentos das experiências da pessoa, entretanto isso já faz parte do cuidado e assistência à pessoa. O movimento da Reforma Psiquiátrica realmente se dispõe a esse objetivo, ou seja, a Atenção Psicossocial?

(...) auto-estima e a saúde dos pacientes melhoram quando começam um novo relacionamento: A gente percebe que os pacientes, por exemplo, que começam um relacionamento novo aqui dentro, conseguem melhorar sua auto-estima, melhorar sua saúde, aceitam melhor as normas do hospital, aceitam melhor o convívio com outras pessoas e ficam mais tolerantes. Então, eu acho que também é terapêutico a gente namorar, se relacionar sexualmente com uma pessoa que a gente prefira, que a gente goste (CARNEIRO, et al., 2004, p.435).

3.2.3. Categoria 3. Comportamentos/Violências Sexuais e suas associações com “transtornos mentais”

Essa categoria é formada por 6 artigos publicados em áreas de Psiquiatria e Psicologia, com diferentes propostas metodológicas, como pode ser visualizado na tabela a seguir.

Tabela 4. Classificação dos artigos que estão inseridos na categoria 3

Autoras/es	Título do artigo	Base científica	Perspectiva Teórico - Metodológica	Revista Publicada
Teixeira; Dalgalarondo (2006)	Crime, diagnóstico psiquiátrico e perfil da vítima:	SciELO Brasil	Análises de prontuários e utilização do programa	J Bras Psiquiatr,

	um estudo com a população de uma casa de custódia do estado de São Paulo		estatístico SPSS versão 7.5.	
Padovani; Willians (2008)	Histórico de Violência Intrafamiliar em Pacientes Psiquiátricos	SciEIO Brasil	Roteiro de Entrevista individual semi estruturado, Análise dos resultados de forma quanti e qualitativamente (análise do auto-relato)	Psicologia Ciência e Profissão
Acha et al. (2011)	Prevalence of mental disorders among sexual offenders and non-sexual offenders	SciELO Brasil	Análise de Prontuários	Bras Psiquiatria
Cristo (2012)	Terapêutico no CAPS: Cuidado a Homens com Sofrimento Mental e Histórico de Violência	SciEIO Brasil	Abordagem Fenomenológica	Rev. NUFEN [online].
Valença, Nascimento e Nardi (2013)	Relação entre crimes sexuais e transtornos mentais e do desenvolvimento: uma revisão	SciElo Brasil	Pesquisa bibliográfica em bases de dados	Rev Psiq Clín
Oliveira, Machado e Guimarães (2013)	Physical violence against patients with mental disorders in Brazil: sex differences in a cross-sectional study	SciElo Brasil	Estudo multicêntrico nacional transversal, Regressão logística	Rev Psiq Clín.

No campo da Saúde Mental, casos de violências são praticados contra e também cometidos por usuárias/os. Em determinados contextos, algumas pesquisas trazem a discussão da associação de “transtornos mentais”, violências sexuais e seus desdobramentos. E qual seria o porquê dessa associação?

De acordo com Cristo (2012), violência e loucura possuem uma relação existente, em que a loucura pode ser a causa para determinadas violências, estando essa relação presente em algumas pesquisas. Nesse momento, o intuito deste trabalho é dar o enfoque às violências sexuais e ao que se discute em relação a

elas. Desse modo, esse trecho abaixo discute a violência intrafamiliar em pacientes psiquiátricos em regime ambulatorial.

Outro estressor de extrema gravidade relatado pelo presente estudo foi que, adicionalmente à violência física e psicológica, cinco participantes do sexo feminino revelaram a presença da violência sexual na vida conjugal, sendo que um participante do sexo masculino afirmou ter mantido relações sexuais com a parceira sem o consentimento desta. As implicações da presença de estressores associados à violência sexual para a saúde física e mental vêm sendo analisadas por estudiosos da área (PADOVANI; WILLIAMS, 2008, p.532).

De acordo com o relatório de Gestão (2003-2006) da Saúde Mental no SUS, referente ao conteúdo de saúde mental e gênero, é observado que a violência doméstica e sexual é maior entre as mulheres, o que proporciona maiores índices de internações de mulheres devido a alguns transtornos, como por exemplo, transtorno de humor (BRASIL, 2007 apud PADOVANI; WILLIAMS, 2008).

Nesse mesmo contexto, compreendemos a importância de trabalhar com as demandas de discussões de gênero, como a violência de gênero contra mulher, pois essas questões trabalhadas e visibilizadas no processo de tratamento das/os usuárias/os poderiam contribuir nas formas de não reincidências de internações e no melhor acompanhamento do tratamento. Nesse mesmo estudo (PADOVANI; WILLIAMS, 2008) foi observada uma baixa escolaridade das pessoas ali atendidas, com isso, é relevante considerar no tratamento os marcadores sociais da diferença, como gênero, raça, etnia, classe social, geração e etc. Assim, o todo, o entorno social pode propiciar a vulnerabilidade das pessoas em sofrimento psíquico e facilitar formas de violências.

Um outro estudo demonstrou que algumas vulnerabilidades vivenciadas podem estar relacionadas à violência física. Neste estudo, foi relatada a questão do início da vivência da sexualidade ser anterior aos 14 anos de idade e nesse contexto, um maior risco de violência física contra as mesmas, muitas vezes por seus próprios companheiros, bem como situações de uso de álcool e outras drogas e relacionamentos sexuais associados a esse uso (OLIVEIRA; MACHADO; GUIMARAES, 2013).

Em nosso estudo, mulheres e homens com doenças mentais tiveram vários fatores semelhantes associados à violência física (isto é, hospitalização psiquiátrica prévia, história de diagnóstico de DST ao longo da vida, consumo de álcool ao longo da vida, recebido ou oferecido dinheiro para o

sexo e encarceramento vitalício). Outros estudos encontraram resultados semelhantes para ambos os sexos, destacando a vulnerabilidade à DST, mas sem estratificação e/ou distinção sexual entre violência sexual e violência física (OLIVEIRA; MACHADO; GUIMARAES, 2013, p.175).

Nesse âmbito das violências, em muitos casos, a pessoa que exercita um ato violento, acaba estigmatizada e, em determinadas situações, após se inserir em um serviço de saúde, ocorre de certa forma, um outro tipo de violência contra essa pessoa a violência institucional, acarretando mais sofrimento psíquico. Esse fato é demonstrado em um estudo referente a um grupo terapêutico de um CAPS com homens com histórico de violência sexual e física (CRISTO, 2012).

Essa relação muitas vezes se configura numa violência institucional, como a resistência em atender essa demanda de homens, que pode afastar esse usuário do serviço e agravar seu quadro, já tão comprometido pelo sofrimento mental (CRISTO, 2012, p.69).

Com isso, o que foi percebido é que esses homens como protagonistas de determinadas violências, também estavam em um sofrimento psíquico. Entretanto, um fato interessante é que a maior parte desses homens que participavam do grupo terapêutico apresentavam posturas/comportamentos violentos anterior as manifestações psicóticas. Logo, é importante antes de associar determinados fatores, refletir sobre as experiências singulares de cada um. O que foi observado é que em determinadas situações, as/os profissionais e a equipe como um todo, são resistentes a essas questões e demandas. O homem que agride, violenta, é de certa forma estigmatizado e acaba muitas vezes, afastando-se dos serviços, interrompendo o tratamento ou até mesmo não o iniciando (CRISTO, 2012).

De qualquer modo, há questionamentos em relação a essas discussões que precisam ser retomados para o melhor entendimento das hipóteses que associam violência aos ditos transtornos mentais, uma vez que alguns estudos realizam essa associação, enquanto outros promovem discussões e reflexões diferentes.

A pergunta decorrente e de investigação complexa envolve saber se o transtorno mental teria se manifestado caso não tivesse existido o estressor violento. Ou ainda, se a violência não existisse, o prognóstico e o processo de reabilitação psicossocial seriam os mesmos? (PADOVANI; WILLIAMS, 2008, p.534).

Assim, de acordo com Valença, Nascimento e Nardi (2013), há a associação entre as condutas sexuais agressivas e os momentos de reincidência da doença em

pacientes em sofrimento psíquico Desse modo, o que importa para essas pesquisas não é classificar e/ou condenar essas pessoas que realizam essas violências, pelo contrário, a ideia é entender quais as razões, as condições que favorecem essas práticas, assim como, pensar em projetos terapêuticos para essas pessoas.

Entretanto, como já mencionado, não há conclusão inequívoca sobre quais os parâmetros clínicos que levam a um comportamento sexual desviante: se a própria doença, características de personalidade, ou preocupações sexuais que levam o paciente a cometer o delito sexual. Certamente os transtornos mentais graves podem estar associados a hostilidade, distorções cognitivas, fantasias sexuais desviantes, obsessões sexuais e precária habilidade social, os quais são considerados fatores de risco para os crimes sexuais. Também não se pode deixar de considerar que os transtornos mentais podem agir como fatores desinibidores sociais, interagindo com outros fatores de risco, como abuso de álcool e drogas (VALENCA; NASCIMENTO; NARDI, 2013, p.102).

Pesquisas abordando populações psiquiátricas específicas relacionadas à violência poderão acrescentar informações ao processo de identificação de risco e à prevenção da violência cometida por pessoas com transtornos mentais graves (TEIXEIRA; DALGALARRONDO, 2006, p.194).

Pode-se perceber como a ideia de associações de risco a questão das vulnerabilidades, está presente quando se fala em loucura e sexualidade, seja relacionando à prevenção às DSTs/Aids, seja em relação as violências sexuais. Ora, por que ainda passado um tempo, a pessoa considerada “louca” ainda é vista de forma perigosa? Ou, por que em algumas situações caso alguém cometa um crime, uma violência, é justificável quando se diz que a pessoa não estava em seu estado normal? Mas o que seria estado normal?

(...) o sujeito com transtorno mental que comete violência grave, como assassinato ou outro crime considerado hediondo, vai para o manicômio judiciário (uma espécie de hospital presídio), justamente por ser inimputável, só tendo direito à liberdade após alta da psiquiatria CRISTO,2012, p.65).

É necessário optar, porque a loucura apaga o crime, a loucura não pode ser o lugar do crime e, inversamente o crime não pode ser, em si, um ato que se arraiga na loucura. Princípio da porta giratória: quando o patológico entra em cena, a criminalidade, nos termos da lei, deve desaparecer. A instituição médica, em caso da loucura, deve tomar o lugar da instituição judiciária (FOUCAULT, 2010, p.27).

Assim sendo, Acha et al. (2011), em sua pesquisa, aponta que as pessoas com “transtornos mentais” não são consideradas criminosas e que o intuito dos estudos em relação a essas questões é verificar os modelos e padrões de doenças/diagnósticos, para o melhor entendimento e possível tratamento.

(...) um melhor entendimento da relação entre transtorno mental e violência sexual pode tornar possível o desenvolvimento de mais políticas efetivas legais, correcionais e de saúde pública, direcionadas a indivíduos que cometeram crimes sexuais. Segundo, o tratamento psicofarmacológico apropriado dos transtornos mentais desses indivíduos, administrado em conjunção com programas de tratamento psicossociais e correcionais, pode aumentar as chances de reabilitação bem-sucedida, dessa forma reduzindo a reincidência criminal, a vitimização pública e o uso de serviços correcionais de alto custo. Terceiro, fatores de risco e estratégias de prevenção contra a violência sexual podem ser identificados e desenvolvidos (VALENCA; NASCIMENTO; NARDI, 2013, p.102).

Por meio desse excerto acima, o que identificamos é a ideia de que pesquisas relacionadas aos crimes sexuais proporcionarão formas de avaliação de risco de condutas sexuais violentas, com o objetivo de desenvolver ações terapêuticas junto aos serviços, prisões e com extensão à população. Ainda, as pesquisas pontam para a necessidade de evidenciar estratégias como “educação sexual, aconselhamento, treinamento de habilidades sociais, melhora da autoimagem, autoconfiança e consciência social”. Como consequência, proporcionando formas de prevenção de discriminações, acompanhamentos e assistências pertinentes para essas pessoas (VALENCA; NASCIMENTO; NARDI, 2013, p.102).

Desse modo, para Padovani e Williams (2008), é preciso de intervenções informativas, educacionais e formas de conscientização nos acompanhamentos e tratamentos dessas pessoas, a fim de repensar e promover mudanças comportamentais.

Entretanto, a reflexão que se faz imprescindível é a de uma transformação das percepções jurídicas relacionadas aos ditos “transtornos mentais” e suas formas de tratamentos como interdições, encarceramentos, segregações e exclusões sociais e estigmas em relação as/os usuárias/usuários da Saúde Mental. É necessário um diálogo permanente com os poderes judiciários, bem como outras instâncias, para entender e reconhecer os serviços que compõem a rede de Atenção Psicossocial (LUZIO, 2010).

Tecendo as categorias...

Por meio dessas categorias temáticas construídas, percebemos alguns dos olhares sobre a sexualidade na Saúde Mental. Foram levantados os aspectos mais

relevantes a serem discutidos e que foram olhados pela ótica do objetivo do trabalho, entretanto, tantos outros podem e poderão ser revistados.

Os temas se articulam a todo o momento, a separação foi apenas por questões estratégicas metodológicas, com o intuito de visualizar e compreender temáticas que se apresentavam com maior frequência e também de que forma a mesma temática era abordada nos diferentes artigos. Isso tudo compôs os analisadores desta pesquisa.

De um modo geral, observou-se que o contexto no qual as/os profissionais estão inseridas/os, é um tanto quanto biomédico higienista, em que o discurso classifica, patologiza e diagnostica as expressões de gênero e sexualidade de pessoas em sofrimento psíquico. Entretanto, as poucas pessoas que vêm produzindo artigos na área oferecem críticas a isso, como visualizado em algumas/uns autoras/autores dos artigos da análise, ainda que, haja uma ausência de discussão em uma perspectiva/referencial teórico de gênero e sexualidade, nesse campo, por parte das/dos autoras/autores.

Verificou-se a dificuldade das/dos profissionais, em grande maioria da enfermagem, em lidar com as questões da sexualidade, recorrendo assim, em muitas situações, a estratégias de negação, controle e até mesmo repressões. A ideia de uma sexualidade associada ao seu sintoma e ao diagnóstico ainda é muito presente e interfere dessa forma, em olhar para as singularidades, atravessamentos e experiências de cada pessoa.

Nesse sentido, este trabalho reforça a ideia de considerar gênero, raça, classe, e outros marcadores na escuta e cuidado ao sofrimento psíquico. Alguns artigos, por exemplo, apontavam para as diferenças de gênero nas experiências de sexualidade e sofrimento, mas muito pouco era discutido. Assim, enfatizamos essa importância no olhar e na escuta junto a/ao usuária/usuário e todo seu entorno social.

Também foi observado que o número maior de artigos encontra-se na categoria “Sexualidade e Vulnerabilidade: “comportamento de risco”, prevenção ao HIV/Aids em saúde mental”; e que de uma forma geral, a ideia do controle, prevenção, comportamentos de riscos e vulnerabilidade, permeiam toda a discussão. A ideia do sexo seguro como estratégia de higienização e domesticação é ressaltada nas “entrelinhas” do discurso. Vale esclarecer que não está sendo dito

que desenvolver trabalhos com prevenção, conscientização, não seja importante; não há dúvidas que seja, entretanto, se está questionando é o porquê da sexualidade na Saúde Mental ser associada a uma ideia de alarme, de risco. Por que falar de sexualidade é dar ênfase maior a prevenção e comportamento de risco? Nesse contexto ainda, notamos como as expressões da sexualidade quando vistas, referem-se somente a práticas heteronormativas, não sendo discutidas, por exemplo, práticas dissidentes a norma heterossexual.

Em relação às violências sexuais, a ideia de associação à periculosidade também esteve presente, bem como a ideia de prevenir comportamentos indesejáveis através do desenvolvimento de estudos e avaliações para mudanças comportamentais. Compreendemos que esse é um assunto complexo, que envolve vários âmbitos e que a pessoa em sofrimento está envolvida e sendo estigmatizada socialmente.

Nesse cenário de problematizações, há algo muito importante que não foi dito, ou foi dito de outra forma: a questão que se instala é que pouco se “escutou a voz” da/do usuária/usuário a respeito do que ele pensa e vivencia da sua sexualidade. Alguns artigos até trouxeram relatos de pacientes por meio das/dos profissionais, no entanto, o que mais foi relatado era o que pensavam as/os trabalhadoras/trabalhadores sobre as vivências dessa pessoa em sofrimento. Logo, não podemos deixar calar e falar por elas/eles, proporcionando espaços de escuta e voz a essas pessoas. Podemos e devemos estar juntas/os no movimento, no cuidado e no acompanhamento, mas o protagonismo é delas/es.

Por fim, quando reiteramos a importância de afirmar e reconhecer o desejo, suas práticas sexuais e afetivas, suas limitações, experiências, singularidades e todos os atravessamentos de sua vida, afirma-se o direito à existência. Dado que, quando se é negada a sexualidade dessas pessoas, nega-se, retira-se seu direito à cidadania.

Considerações para um próximo encontro...

Todo esse percurso que realizamos, mostrou-nos que temos ainda muitos encontros e (des)encontros entre sexualidade e Saúde Mental, pois o mais árduo é (re)existir em meio a tantas classificações e patologizações da existência.

Para isso, é preciso transformar as representações dos usuários, dos trabalhadores, enfim, de todos os segmentos sociais, acerca da loucura e de seu cuidado. A luta por uma sociedade sem manicômio deve transcender a especificidade da saúde mental e manter um estreito vínculo com a luta pela transformação da sociedade (LUZIO, 2010, p.173).

Deparamo-nos com o desafio, ainda existente do movimento da reforma Psiquiátrica de reivindicação de direitos. Mesmo com a lei da Reforma, percebemos que os direitos dessas pessoas ainda não estão assegurados.

Algumas mulheres, por exemplo, foram institucionalizadas e excluídas socialmente apenas por serem mulheres e por não corresponderem aos papéis de gênero designados a elas. Dessa forma, receberam, e ainda recebem, diagnósticos diversos, foram e são estigmatizadas e patologizadas por uma "sociedade dita normal". Assim, questionar e compreender os aspectos relacionados à loucura, seus tratamentos e suas terapêuticas, e à instituição manicomial, também é questionar e problematizar a respeito da concepção dos sofrimentos psíquicos que atingem, em sua maioria, as mulheres, na patologização de seus sentimentos/desejos e no empoderamento de seus corpos.

Muitas vezes, a não correspondência aos padrões/estereótipos de gêneros e sexualidade recebe o nome de loucura. Seja para desqualificar um discurso ou, até mesmo, para estigmatizar e excluir uma mulher da sociedade. Assim, compreendemos que a luta antimanicomial também deveria ser considerada uma luta feminista, já que historicamente tivemos e ainda temos nossos corpos e sentimentos invalidados e patologizados, visto que o aparato manicomial é usado também para reprimir, normalizar e excluir as diferenças de gêneros e sexualidade.

Em determinados contextos, as questões da sexualidade tornam-se um campo problemático para alguns profissionais, funcionárias/os, pois estes se sentem inseguros em abordar tais questões, uma vez que precisam se despir de valores, crenças e, de um certo moralismo, e precisam se posicionar eticamente para fazer

possível a escuta e o olhar para o sujeito, sem diagnósticos e rótulos. Tendo em vista assim, a diversidade que nos atravessa, sem pensar a sexualidade desse sujeito como negação de algo ou sem associar a condutas desviantes, que resultam em transgressões e patologias.

Existem questões que vão na contramão do que acreditamos ou pensamos sobre algo, nesse sentido vimos que os preconceitos e a discriminação encontram-se alocados, muitas vezes, no profissional em si. O estigma classifica e marca os sujeitos, uma vez que é tido como um desvio do padrão de comportamento social, um preconceito que reforça esse processo identitário. Em algumas situações, a pessoa em sofrimento psíquico é estigmatizada e classificada como alguém com um desvio comportamental, conseqüentemente, tendo esses atributos (re)afirmados pelo preconceito fundamentado em valores socialmente aceitos.

Assim, faz-se importante o trabalho de formação com a equipe, a formação na graduação e pós-graduação, tendo em vista a abordagem e as reflexões sobre essas problematizações, pois a formação das/dos profissionais parece estar cada vez mais técnica, no âmbito dos especialismos. É fundamental o diálogo entre as áreas e linhas de pesquisa, muitas vezes distantes e ao mesmo tempo tão próximas em suas demandas e em seus movimentos de luta.

É necessário pensar em orientação e instrumentalização das/os profissionais da saúde no intuito de cuidarem de seus pacientes como sujeitos desejantes e que, às vezes, sofrem por desejar e não conseguem lidar com isso. Nesse contexto, é necessário que a/o profissional possa estar preparada/o quando for confrontado com suas próprias pré-noções sobre a sexualidade, pois muitas/muitos profissionais apresentam-se com posturas rígidas e com certa fixidez e distorções referentes às identidades sexuais e de gênero.

Consideramos uma necessidade de grande avanço na problematização acerca da sexualidade de maneira geral. É necessário retomar as discussões do que é sexualidade, para além das práticas (hetero)sexuais e livrá-la da moral e do julgamento de valor que cada um de nós realiza. Há que se fazer um questionamento a todo o corpo social.

Desse modo, é preciso colocar em pauta a sexualidade das/nas pessoas em sofrimento psíquico, colocar em pauta a própria sexualidade – de cada profissional – e seus valores e concepções de afeto, sexo, prazer, desejo, etc. A sexualidade em nós deve ser colocada em discussão para que alcance a Atenção Psicossocial de

maneira a promover o trabalho com a complexidade e o reposicionamento do sujeito em sua existência, tão caros a esse paradigma. Dessa forma, os discursos e práticas vão se traduzindo em pedagogias de gênero e sexualidade, formando e informando relações institucionais e práticas profissionais não voltadas para a singularidade do sujeito.

A articulação entre sexualidade e saúde mental, pautada nos preceitos da Atenção Psicossocial, é um desafio para as políticas públicas, pois sinaliza limites que devem ser superados. É de tamanha importância, discutir os saberes e fazeres que produzem e naturalizam a normalização dos corpos ou mesmo dos discursos que negam esses corpos.

Como discorreremos durante o texto, a loucura foi silenciada pela razão por meio de discursos científicos e, desse modo, o direito a existir enquanto cidadão foi (re)negado a determinadas pessoas. Se essas pessoas não são autorizadas nem a existir enquanto pessoas de direitos, como então poderiam ter o direito ao desejo de afecto, prazer, sexo ou quaisquer que sejam as expressões de sexualidade. Como já foi dito anteriormente, a sexualidade dessas pessoas foi e é judicializada, parecendo que para a loucura permanecer e se manter é necessário negar/retirar a sexualidade dessas pessoas.

Desse modo, os discursos em torno dessas questões foram se constituindo de tal forma que existe uma ausência de estudos e discussões sobre a sexualidade no cenário da loucura. A produção científica ainda permanece escassa, e quando há esse diálogo são evidenciadas as limitações e dificuldades em trabalhar com esse tema, dar voz e visibilizar essas questões nesse campo.

O que podemos compreender é que o dispositivo da sexualidade atua sim nesses corpos marcados pela loucura de diversas formas e meios como, por exemplo, na separação de alas femininas e alas masculinas. Seria essa separação algo a se evitar? É necessário impossibilitar a procriação dessas pessoas? Será que são pessoas que poderiam vir a reproduzir? Será que poderiam reproduzir mais loucura?

Enfim, esses corpos dissidentes são considerados corpos não produtivos, pois não estão no maquinário capitalístico, não fazem o capital funcionar, são corpos indesejáveis por não servirem ao/para o Estado. O Estado apresenta o que constitui o ideal de corporeidade, quais são os corpos que correspondem ao projeto ideal de nação e os que não estão inclusos nesse padrão, acabam por serem

aniquilados/excluídos.

E, por fim, até quando será que vamos ter que pedir licença para sentirmos e desejarmos?

*Não quero e nem pretendo me
tornar uma pessoa normal*

*A minha loucura me permite
fazer voos rasantes e voos altos*

*Minha mente é livre, vou onde
quero ir*

*Posso ser várias coisas, em
vários momentos*

*Não gosto de pessoas chatas.
Não gosto, e por essa e outras
razões não quero deixar de ser
eu mesma*

*Não me permito ser totalmente
curada. Minha médica até*

*tenta me tornar uma pessoa
normal. Mas ela também sabe*

*que o dia em que isso acontecer
eu não serei eu e sim uma*

*pessoa hipócrita e muito triste e
chata também*

(Felina)⁴⁵

⁴⁵Célia Regina de Oliveira (Felina) é escritora, poetisa e artesã. Integrante da Associação de usuários, amigos e familiares da Saúde Mental PIRASSIS e também integrante como compositora e backing vocal da BANDA LOKO NA BOA.

REFERÊNCIAS

I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL. **Conferência nacional de saúde mental: relatório final**. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1988.

II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL. **II Conferência Nacional de Saúde mental – a reestruturação da saúde mental no Brasil: modelo assistencial, direito à cidadania: relatório final**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1992.

ADRIÃO, K.G; BORELLI, M; ARAÚJO, M.F. Reflexões sobre o uso da interseccionalidade na interface com os processos de subjetivação no campo da saúde mental: questões de gênero, classe e geração na formação em psicologia. In: Zanello, V. & Andrade, A.P.M. (Orgs). **Saúde Mental e Gênero: Diálogos, Práticas, Interdisciplinaridade**. Curitiba: Appris, 2014, pp.107-128.

AGAMBEN, G. **O que é contemporâneo?** e outros ensaios. Chapecó, SC: Argos, 2009.

AMARANTE, P. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: FERNANDES, M. I.; SCARCELLI, I. R.; COSTA, E. S. (Org.). **Fim do século: ainda manicômios?** São Paulo: IPUSP, 1999. p. 47 – 53.

_____. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: _____. (Coord.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU, 2003. p. 45 – 65.

_____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

ARAGÃO, E. M. et. al. Falando de metodologia de pesquisa. In: **Estudos e pesquisa em Psicologia**. Rio de Janeiro, 2005, p. 18-28.

ASSMANN, S. et. al. Corpo e Biopolítica: poder sobre a vida e poder da vida. In: **Anais do XV Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte/ II Congresso Internacional de Ciências do Esporte**, Colégio Brasileiro de Ciências do Esporte, Recife: CBCE, 2007, p.1 - 9.

BARBOSA, J.A.G; GUIMARÃES, M.D.C; FREITAS, M.I.F. Sexualidade e vulnerabilidade social em face das infecções sexualmente transmissíveis em pessoas com transtornos mentais. **Rev Med Minas Gerais**, v.23, n.4, p.455-461, dez 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARROS, A.J.S et al. Homicídio sexual: relato de caso de perícia psiquiátrica forense. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v. 32, n. 4, p. 466-467, dez. 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516>. Acesso em: 07 ago. 2016.

BIRMAN, J. **Sexualidade na Instituição Asilar**. Rio de Janeiro/RJ: Achiamé Ltda, 1980.

BRASIL. **Lei 10.216 de seis de abril de 2001**. Brasília: Diário Oficial da União, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 548 p.: il. (**Caderno HumanizaSUS; v. 5**)

BRITO, P; OLIVEIRA, C. A sexualidade negada do doente mental: percepções da sexualidade do portador de doença mental por profissionais da saúde. In: **Ciências e Cognição**, Rio de Janeiro, v.14, 2009, p. 246-254

BUTLER, J. **Problemas de Gênero: Feminismo e subversão da identidade**. 2.ed^o. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

_____. Desdiagnosticando o gênero. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 95-126, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 agost. 2016.

_____. Regulações de gênero. **Cad. Pagu**, Campinas, n. 42, p. 249-274, June 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332014000100249&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 agost. 2016.

_____. **Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto?** Rio de Janeiro Civilização Brasileira, 2015.

CÂMARA, R.H. Análise de Conteúdo: da teoria às práticas em pesquisas sociais aplicadas às organizações. In: **Revista Interinstitucional de Psicologia**. Brasília, 2013, p. 179-191.

CAMELO, V.C. et al. Perceptions about HIV/Aids and health inequalities among psychiatric patients in Brazil. **Rev Med Minas Gerais**, v.23, n.4, p.432-440, 2013.

CAMPOS, L. N. et al. HIV, syphilis, and hepatitis B and C prevalence among patients with mental illness: a review of the literature. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 4, p. s607-s620, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001600012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: em 07 ago. 2016.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6^a ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009

CAPONI, S. Michel Foucault e a persistência do poder psiquiátrico. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(1):95-103, 2009.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU, 2003. p. 13-45.

CUNHA, A. C. M.; LUZIO, C. A.; PAIVA CRUZ, S. G. F. A arqueogenealogia como ferramenta de pesquisa no campo da Atenção Psicossocial. In: **Revista de Ciências Humanas**. Santa Catarina, vol.48, n.2, 2014, p.186-203.

DELEUZE, G; GUATTARI, F. **O que é filosofia?** Trad: Bento Prado Jr. e Alberto Alonso Muñoz. Editora 34: Rio de Janeiro, 1992.

_____. **Foucault**. Trad: Cláudia Sant'Anna Martins. 6ª reimpressão da 1ª ed. São Paulo: Brasiliense, 2005.

FOUCAULT, M.; DELEUZE, G. Os intelectuais e o poder. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2011.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. **Doença Mental e Psicologia**. Trad: Lilian Rose Shalders. Tempo Brasileiro: Rio de Janeiro, 1991.

_____. **História da Sexualidade I – a vontade de saber**. Trad: Maria Thereza da Costa Albuquerque e José Augusto Guilhon Albuquerque. Editora Graal: Rio de Janeiro, 2010.

_____. "A ética do cuidado de si como prática da liberdade". In: **Ditos & Escritos V - Ética, Sexualidade, Política**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

_____. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2008.

----- **Os Anormais**: curso no Collège de France (1974-1975).-São Paulo: Martins Fontes, 2010.

_____. Os intelectuais e o poder. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Organização e tradução: Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2011, p. 69-78.

_____. **A arqueologia do saber**. Trad: Luiz Felipe Baeta Neves. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013. 254 p.

FRAYZE-PEREIRA, J.A. **O que é loucura**. Brasiliense, 1985.

GUIMARAES, M.D.C et al. Reliability and validity of a questionnaire on vulnerability to sexually transmitted infections among adults with chronic mental illness: PESSOAS Project. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v. 30, n. 1, p. 55-59, mar. 2008
Disponível em
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: em 07 ago. 2016.

GUIMARAES, M. D. C et al. HIV risk behavior of psychiatric patients with mental illness: a sample of Brazilian patients. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v. 32, n. 4, p. 349-350, dez. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462010000400007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: em 07 ago. 2016.

KHUN, T. **A estrutura das revoluções científicas**. Trad: Beatriz Vianna Boeira e Nelson Boeira. São Paulo: Perspectiva, 1975, 262 p.

LIMA, E. M. A. **Clínica e Criação**: um estudo sobre o lugar das atividades nas práticas em saúde mental. 1997. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1997.

LIMA, E. M. F. A. Dogville ou quando a vida é reduzida a um ciclo interminável de produção e consumo. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 8, n. 15, p. 393-396, ago. 2004.

LIMA, E. M. F. A.; YASUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. In: **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, 2014, p. 593-606.

LOPES, M. M; PISCITELLI, A. Revistas científicas e a constituição do campo de estudos de gênero: um olhar desde as "margens". **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 12, n. spe, p. 115-121, dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2004000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso: em 19 jan. 2017.

LUZIO, C. A. **Atenção Psicossocial: reflexões sobre o cuidado em saúde mental no Brasil**. Tese de Livre-Docência não publicada. Assis, 2010. Cedida pelo autor.

OLIVEIRA, C.S.S; MANN, C. G; OLIVEIRA, S.B. Guia para profissionais de saúde mental sexualidade & dst/aids: discutindo o subjetivo de forma objetiva. In: **Guia para profissionais de saúde mental sexualidade & dst/aids: discutindo o subjetivo de forma objetiva**. Brasil. Ministério da Saúde, 2002.

PEIXOTO, E. R. de M; BARROS, F. C. R; GUIMARAES, M. D. C. Factors associated with unprotected sexual practice among men and women with mental illnesses in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1475-1486, jul. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000701475&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: em 07 ago. 2016.

PELBART, P. P. **A nau do tempo rei: 7 ensaios sobre o Tempo da Loucura**. Rio de Janeiro: Imago, 1993.

PELÚCIO, L., MISKOLCI, R. A prevenção do desvio: o dispositivo da aids e a repatologização das sexualidades dissidentes. **Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana**, Norteamérica, 0, abr. 2009. Disponível em: <<http://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/SexualidadSaludySociedad/article/view/29/132>>. Acesso em: 27 jan. 2017.

PERES, W.S. Cenas de exclusões anunciadas: travestis, transexuais, transgêneros e a escola brasileira. In: JUNQUEIRA, R. D. (Org.). **Diversidade sexual na**

educação: problematizações sobre a homofobia nas escolas. Brasília: MEC, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade, UNESCO, 2009, p.235-263.

PRECIADO, B. **Testo Yonqui.** Madrid: Espasa, 2008.

_____. El miembro fantasma: Carol Rama y la historia del arte. In: "**La pasión según Carol Rama**". Preciado, B; Dressen ,A; Grandas, T. Barcelona: MACBA. 2014. (Catálogo de exposição).

PROVIDELLO, G.G.D. **Projeto Banda Lokonaboa: criando uma acorde entre arte, loucura e reforma psiquiátrica.** Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2011.

PINTO, D. S et al. Sexuality, vulnerability to HIV, and mental health: an ethnographic study of psychiatric institutions. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2224-2233, set. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000900030&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: em 07 ago. 2016.

REBELLO, H.C.Jr. Foucault em vôo rasante. Artigo não publicado. Cedido pelo autor.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental** – transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina/Editora UFRGS, 2011.

ROSEMBERG, B; MINAYO, M.C.S. A experiência complexa e os olhares reducionistas. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n.1, 2001, p.115-123.

ROTELLI, F.; LEONARDI, O. & MAURI, D. Desinstitucionalização uma outra via. In NICÁCIO, F. (org) **Desinstitucionalização.** São Paulo: HUCITEC, 2001.

RUBIN, G. **Pensando o Sexo:** Notas para uma Teoria Radical das Políticas da Sexualidade. Tradução de Felipe Bruno Martins Fernandes. Revisão de Miriam Pillar Grossi, 1984/2012. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/1229/rubin_pensando_o_sexo.pdf?sequence=1.

SANTOS, B. (Org.). **Conhecimento prudente para uma vida decente:** um discurso sobre as ciências revisitado. São Paulo: Cortez, 2003. 821 p.

SILVA, C. R., GOBBI, B. C., & SIMÃO, A. A. O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: Descrição e aplicação do método. **Organizações Rurais Agroindustriais.** Revista Eletrônica de Administração da UFLA, LAVRAS, vol. 7, n. 1, p. 70-81, 2005. Disponível em <http://revista.dae.ufla.br/index.php/ora/article/view/210/207>. Acesso: em 23 ago.2016.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS). Conselho nacional de saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde**

Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002.

_____. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010.** Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010.

SPOSITO, S.H. **Homossexualidades na psicologia:** da despatologização à luta por direitos. 2015. 209 f. Tese (Doutorado em Psicologia) Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2015.

TEIXEIRA-FILHO, F.S; RONDINI, C. A.; BESSA, J. C. Reflexões sobre homofobia e educação em escolas do interior paulista. In: **Revista da Faculdade de Educação da USP. Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.37, n.4, 2011, p. 725-741.

TEIXEIRA-FILHO, F. S. **Psicologia e Teoria Queer:** das identidades aos devires. 2013. 204 f. Tese (Livre Docência em Psicologia) – Pós-graduação em Psicologia, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2013.

Disponível em <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14101/15919>. Acesso: em 23 ago.2016.

TINOCO, S.G. **Articulando Gênero e Saúde Mental: Implicações da saúde mental nas construções de masculinidades de homens usuários do CAPS II de Alvorada/RS.** Trabalho de Conclusão de curso (Programa de Pós-graduação em Educação). Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre -2009.

VASCONCELOS, M.F.F. Como tantas: Maria. In: **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v.35, n.3, 2010, p.277-302.

ZANELLA, A.V. et.al. Diversidade e Diálogo: Reflexões sobre alguns métodos de pesquisa em Psicologia. In: **Interações**. vol. 12, n.22, 2006, p. 11-38

ZANELLA, A.V; SAIS, A.P. Reflexões sobre o pesquisar em psicologia como processo de criação ético, estético e político. In: **Análise Psicológica**. vol.26, n.4, 2008, p. 679-687.

ZANELLO, V. A Saúde Mental sob o viés do gênero: uma releitura gendrada da epidemiologia, da semiologia e da Interpretação Diagnóstica. In: Zanello, V. & Andrade, A.P.M. (Orgs). **Saúde Mental e Gênero: Diálogos, Práticas, Interdisciplinaridade.** Curitiba: Appris, 2014, pp. 41-58.

ZILIOOTTO, G; MARCOLAN, J.F. Representações sociais da enfermagem: a sexualidade de portadores de transtornos mentais. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.18, n. 4, p.966-978, nov 2014.

YASUI, S. **Rupturas e encontros:** desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. 2006. Tese (Doutorado em Ciências na Área de Saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública da Associação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

YASUI, S. **Rupturas e Encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Coleção Loucura & Civilização. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

ANEXO

Anexo A – Resumo dos artigos por categorias temáticas

Categoria 1. Sexualidade e Vulnerabilidade: “comportamento de risco”, prevenção ao HIV/Aids em saúde mental

Saúde mental, suporte familiar e adesão ao tratamento: associações no contexto HIV/Aids (2014)

Luiza Azem Camargo; Cláudio Garcia Capitão; Elvira Maria Ventura Filipe

Resumo: A adesão dos pacientes ao tratamento antirretroviral tem sido um dos maiores desafios no contexto HIV/Aids. São muitos os fatores implicados, e este estudo buscou privilegiar os relativos à saúde mental e suporte familiar, investigando sua associação com a adesão. Para tanto, foram utilizados um questionário semiestruturado composto de informações sociodemográficas, clínicas e adesão, e os instrumentos Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG) e Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF). A amostra foi composta por 73 pacientes com HIV/Aids, com idades entre 29 e 67 anos, em tratamento antirretroviral em um ambulatório de São Paulo. Os resultados apontaram índices significativos de adesão irregular aos antirretrovirais e de perfis sintomáticos para transtornos mentais nessa população. Foram encontradas correlações significativas entre adesão e o fator “desejo de morte” do QSG, e entre adesão e quase todos os fatores do IPSF, evidenciando a importância desses fatores na adesão ao tratamento.

Palavras-chave: Adesão à medicação; Antirretrovirais; Família; Saúde mental; HIV/Aids.

Sexuality, vulnerability to HIV, and mental health: an ethnographic study of psychiatric institutions

Sexualidade e vulnerabilidade ao HIV em saúde mental: um estudo de base etnográfica de instituições psiquiátricas (2007)

Diana de Souza Pinto; Claudio Gruber Mann; Milton Wainberg; Paulo Mattos; Suely Broxado de Oliveira

Resumo: Este artigo apresenta dados da fase formativa, de base etnográfica, do Projeto Interdisciplinar em Sexualidade, Saúde Mental e AIDS (PRISSMA) patrocinado pelo National Institute of Mental Health (NIMH) e desenvolvido em duas instituições psiquiátricas da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. São descritos e discutidos os resultados obtidos nas observações etnográficas, grupos focais e entrevistas com informantes-chave realizados com diferentes grupos de profissionais de saúde mental e usuários de saúde mental do hospital-dia e/ou em tratamento ambulatorial, relativos às concepções de sexualidade e vulnerabilidade para o HIV. Os resultados sugerem uma diversidade de relatos e noções sobre o exercício da

sexualidade por ambos os grupos e aponta para o alto risco sexual para o HIV nessa população psiquiátrica. Esta fase formativa embasou a adaptação cultural e a criação de uma intervenção brasileira para prevenção desse vírus em portadores de transtornos mentais graves cuja viabilidade foi avaliada com sucesso na fase piloto.

Palavras-chave: Sexualidade; Vulnerabilidade em Saúde; HIV, Saúde Mental

HIV, syphilis, and hepatitis B and C prevalence among patients with mental illness: a review of the literature

Prevalência de infecção por HIV, sífilis e hepatite B e C entre portadores de doenças mentais crônicas (2008)

Lorenza Nogueira Campos; Mark Drew Crosland Guimarães; Ricardo Andrade Carmo; Ana Paula Souto Melo; Helian Nunes de Oliveira; Katherine Elkington; Karen McKinnon

Resumo: Os portadores de doenças mentais crônicas encontram-se em risco para a infecção pelo HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis. Entretanto, a prevalência dessas infecções entre portadores de doença mental crônica ainda não está claramente estabelecida nesta população. A maioria dos trabalhos sobre o tema foi conduzida em países desenvolvidos, com amostras relativamente pequenas e não representativas. Foi realizada uma revisão sistemática da literatura para identificar estudos sobre a prevalência do HIV, sífilis, hepatite B e C entre pacientes com doença mental crônica no Brasil e no mundo. De um modo geral, as prevalências variaram de 0% a 29%, 3 a 66%, 0,4 a 38% e 3,3% a 7,6% para HIV, hepatite B, hepatite C e sífilis, respectivamente. Vários fatores de risco foram identificados e discutidos, embora a literatura atual não demonstre achados significativos gerados por estudos representativos. Tal revisão destaca a escassez de informação sobre a prevalência de infecções sexualmente transmitidas e seus fatores associados entre portadores de doenças mentais crônicas e identifica lacunas no conhecimento atual em países desenvolvidos bem como nos em desenvolvimento.

Palavras-chave: Pessoas Mentalmente Doentes; Doenças Sexualmente Transmissíveis; HIV

Reliability and validity of a questionnaire on vulnerability to sexually transmitted infections among adults with chronic mental illness - PESSOAS Project

Confiabilidade e validade de um questionário sobre vulnerabilidade para infecções sexualmente transmissíveis entre adultos com transtorno mental crônico – Projeto PESSOAS (2008)

Mark Drew Crosland Guimarães; Helian Nunes de Oliveira; Lorenza Nogueira Campos; Carolina Ali Santos; Carlos Eduardo Resende Gomes; Suely Broxado de Oliveira; Maria Imaculada de Fátima Freitas; Francisco de Assis Acúrcio; Carla Jorge Machado

Resumo: Descrever a confiabilidade/validade de um questionário semi-estruturado para avaliar comportamento de risco para as infecções sexualmente transmissíveis entre adultos com doença mental crônica. **Método:** Estudo-piloto transversal em um hospital psiquiátrico e um centro de atenção psicossocial. Dados clínicos, comportamentais e sociodemográficos foram coletados por entrevistas semi-estruturadas/ prontuários médicos. Cento e vinte pacientes foram selecionados aleatoriamente a partir de listas pré-definidas de ambos os centros, enquanto 89 (74%) foram entrevistados, indicando uma taxa de não-participação de 26%. Protocolo, participação, consentimento e outros fatores foram avaliados. A entrevista semi-estruturada foi avaliada em sua confiabilidade (intra e inter-observador) e validade de construto, por repetição aleatória (razão 1:1), com até uma semana de intervalo. A confiabilidade foi estimada pelo percentual de concordância/coeficiente Kappa (intervalo de confiança 95%). A validade de construto foi avaliada pelo modelo Grade of Membership. **Resultados:** Os coeficientes Kappa variaram de 0,40-1,00 para a maioria das variáveis. A análise Grade of Membership gerou três perfis de vulnerabilidade. O perfil um representou principalmente mulheres em relacionamentos estáveis que não usavam preservativo; o perfil dois revelou principalmente homens em relacionamentos estáveis, mas múltiplos comportamentos de risco; o terceiro perfil indicou uma alta proporção de uso de substâncias lícitas e/ou ilícitas. **Conclusões:** A confiabilidade e validade de construto indicaram que a entrevista foi adequada para captar os comportamentos de risco nesta população.

Palavras-chave: Infecções sexualmente transmissíveis; Assunção de riscos; Reprodutibilidade dos testes; Validade dos testes; Saúde mental

Prevalence of HIV, syphilis, hepatitis B and C among adults with mental illness: a multicenter study in Brazil

Prevalência de HIV, sífilis, hepatites B e C entre adultos com transtornos mentais: um estudo multicêntrico no Brasil (2009)

Mark Drew Crosland Guimarães¹, Lorenza Nogueira Campos; Ana Paula Souto Melo; Ricardo Andrade Carmo; Carla Jorge Machado; Francisco de Assis Acurcio

Resumo: Evidências indicam que pacientes com transtornos mentais têm elevada prevalência de infecções sexualmente transmissíveis, mas dados brasileiros são escassos. O objetivo deste estudo foi determinar a prevalência do HIV, hepatites C e B, e sífilis entre pacientes com transtornos mentais no Brasil. **Método:** Uma amostra representativa de pacientes adultos com transtornos mentais foi aleatoriamente selecionada de instituições públicas de saúde mental no Brasil. Dados sociodemográficos, comportamentais e clínicos foram obtidos por entrevista face-a-face e sangue foi coletado para exames. Soroprevalências com intervalo de 95% de confiança foram obtidas com correção para o esquema amostral. **Resultados:** Dos 2.475 pacientes entrevistados, 2.238 tiveram sangue coletado. A maioria era sexualmente ativa ao longo da vida (88,8%) ou nos últimos seis meses (61,4%), do gênero feminino (51,9%), solteira (66,6%), com metade dos participantes com menos de cinco anos de escolaridade e renda média mensal baixa individual (US\$210). Uso de preservativo foi baixo em toda a vida (8%) ou nos últimos seis

(16%). As soroprevalências gerais foram 1,12%, 0,80%, 1,64%, 14,7% e 2,63% para, respectivamente, sífilis, HIV, HBsAg, anti-HBc e anti-HCV. Conclusões: As soroprevalências encontradas são maiores do que outros estudos com populações representativas no Brasil, com altos índices de comportamento sexual de risco. Isto é preocupante e estratégias de prevenção e cuidado para as infecções sexualmente transmissíveis entre pacientes psiquiátricos devem ser urgentemente implementadas pelos serviços de saúde.

Palavras-chave: Transtornos mentais; Soroprevalência de HIV; Sífilis; Estudo multicêntrico; Hepatite B

HIV risk behavior of psychiatric patients with mental illness: a sample of Brazilian patients

Comportamento de risco para o HIV de pacientes psiquiátricos: uma amostra de pacientes brasileiros (2010)

Mark Drew Crosland Guimarães; Karen McKinnon; Lorenza Nogueira Campos; Ana Paula Souto Melo; Milton Wainberg

Resumo: A prevalência do HIV em pacientes psiquiátricos é maior do que na população geral em diversos países. Diversos comportamentos de risco têm sido identificados em estudos em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Entretanto, limitações amostrais restringem a generalização dos resultados em sua grande maioria. O objetivo deste trabalho foi apresentar resultados do primeiro estudo representativo de uma amostra nacional de pacientes psiquiátricos sobre a prática do sexo desprotegido e seus fatores associados. Método: Uma amostra representativa de pacientes adultos com transtornos mentais foi aleatoriamente selecionada de instituições públicas de saúde mental no Brasil. Dados sociodemográficos, comportamentais e clínicos foram obtidos por entrevista face-a-face e sangue foi coletado para exames sorológicos. Foi utilizada regressão logística para análise estatística. Resultados: A prevalência da prática do sexo desprotegido ao longo da vida foi de 80,3%. Pacientes casados/em união, mais velhos e do sexo feminino, aqueles com múltiplos parceiros e morando somente com filhos ou com parceiros e aqueles com condições psiquiátricas menos graves praticaram o sexo desprotegido mais frequentemente. Discussão: A avaliação de comportamentos de risco é um instrumento crítico para que profissionais de saúde sejam capazes de determinar as necessidades de cuidados relacionados ao HIV para seus pacientes garantindo o acesso ao tratamento e prevenção. Intervenções que abordam situações de risco na vida dos pacientes psiquiátricos – institucional ou individual – e que contribuam para sua capacidade de tomar decisões informadas sobre sua saúde sexual são urgentemente necessárias.

Palavras-Chave: HIV; Transtornos mentais; Comportamento sexual; Países em desenvolvimento; Estudo multicêntrico

Psychiatric patients' return for HIV/STI test results in mental health centers

Devolução dos resultados de exames sorológicos de HIV/IST entre pacientes psiquiátricos nos serviços de saúde mental (2012)

Ana Paula Souto Melo; Karen McKinnon; Milton L Wainberg; Cibele Comini César;
Mark Drew Crosland Guimarães

Resumo: Analisar fatores associados ao recebimento de resultados de exames sorológicos para HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST) entre pacientes psiquiátricos. **MÉTODOS:** Estudo de corte transversal multicêntrico nacional de 2.080 participantes selecionados aleatoriamente dentre 26 instituições de saúde mental brasileiras em 2007. O efeito do indivíduo (nível 1) e dos serviços de saúde mental (nível 2) no recebimento dos resultados dos exames foi avaliado utilizando-se regressão logística multinível. **RESULTADOS:** A proporção de retorno dos resultados de exames HIV/IST foi de 79,6%. Entre as características individuais, houve associação do desfecho com: viver na mesma cidade onde se encontravam os serviços, ser solteiro, não ter ouvido falar sobre aids e não ter sido previamente testado para HIV. Entre as características dos serviços de saúde, apenas distribuição de preservativos esteve associada ao recebimento dos resultados de exames. **CONCLUSÕES:** É urgente promover melhor integração entre os serviços de saúde, além de expandir a oferta de exame anti-HIV e outras IST, em especial em serviços de atenção a pacientes psiquiátricos potencialmente mais vulneráveis a essas condições.

Palavras-chave: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, prevenção & controle. Sorodiagnóstico da AIDS. Psiquiatria. Serviços de Saúde Mental. Aconselhamento Sexual. Estudos Transversais.

Sexualidade e vulnerabilidade social em face das infecções sexualmente transmissíveis em pessoas com transtornos mentais (2013)

Jaqueline Almeida Guimarães Barbosa; Mark Drew Crosland Guimarães; Maria Imaculada de Fátima Freitas

Resumo: o autocuidado diante de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e HIV/Aids tem sido relacionado aos significados atribuídos à sexualidade. **Objetivos:** este estudo teve o objetivo de compreender representações de pessoas com transtornos mentais sobre sexualidade. **Método:** trata-se de estudo fundamentado na Teoria das Representações Sociais. Foram entrevistados 39 usuários de serviços públicos de saúde mental nos estados de Minas Geras e no Rio de Janeiro. A análise dos dados se deu com base na Análise Estrutural de Narração. **Resultados:** as representações sobre sexualidade englobaram aquelas sobre o sexo, papéis e identidade de gênero, entre outras, formando uma teia de representações interdependentes que apresentaram importante assimetria de gênero e implicaram diferentes vulnerabilidades. Os entrevistados conhecem pouco sobre as ISTs e sobre as formas de prevenção. **Conclusões:** pessoas com transtornos mentais têm sua vulnerabilidade agravada pelo contexto de exclusão social, pobreza, violência, uso de drogas, prostituição e baixa autoestima. Faz-se urgente assistir integralmente essa população, incluindo promoção da saúde sexual e prevenção dos agravos sexualmente transmissíveis.

Palavras-chave: Sexualidade; Doenças Sexualmente Transmissíveis; Transtornos Mentais; Serviços de Saúde Mental; HIV; Pesquisa Qualitativa

Factors associated with unprotected sexual practice among men and women with mental illnesses in Brazil

Fatores associados com a prática do sexo desprotegido entre homens e mulheres com transtornos mentais no Brasil (2014)

Eliane Rezende de Moraes Peixoto; Fabiana Cristina Ribeiro de Barros; Mark Drew Crosland Guimarães

Resumo: Este estudo estimou a prevalência e os fatores associados com o sexo desprotegido recente entre pacientes psiquiátricos sexualmente ativos no Brasil, estratificados por sexo. A prevalência de sexo desprotegido entre mulheres e homens foi 89% e 77%, respectivamente. Os fatores associados significativamente com o sexo desprotegido foram: estar casado/em união, viver com filhos/ parceiros, e tabagismo em ambos os sexos; baixa renda e diagnósticos de depressão e ansiedade apenas entre homens; idade maior que 40 anos, nenhum teste prévio para o HIV, sexo sob a influência de álcool/drogas e violência verbal apenas entre as mulheres. Intervenções para reduzir comportamentos de risco entre pacientes psiquiátricos no Brasil são urgentes e devem considerar as diferenças de gênero.

Palavras-chave: HIV; Comportamento Sexual; Transtornos Mentais

Categoria 2. Percepções/Representações Sociais que norteiam a atuação de profissionais frente às questões da sexualidade

Percepções da sexualidade do doente mental pelo enfermeiro (2002)

Francisco Arnaldo Nunes de Miranda; Antonia Regina Ferreira Furegato; Miranda FAN, Furegato ARF.

Resumo: Esta pesquisa teve por objetivo identificar as Representações Sociais dos profissionais enfermeiros, expressas nas situações em que a sexualidade do doente mental constitui um fato evidente, nas instituições psiquiátricas. O recurso técnico metodológico para coleta dos dados, baseado nos procedimentos projetivos, foi denominado Técnica de Investigação em Situações Cotidianas - TSC. Esse instrumento foi composto por dezesseis pranchas com reproduções gráficas da atuação cotidiana desse profissional, das quais foram utilizadas seis, para a análise da sexualidade do doente mental. Dezessete enfermeiros que trabalham em hospitais psiquiátricos de Ribeirão Preto compôs a amostra. Sua manifestação discursiva mostrou a negação da sexualidade do doente mental, circunscrevendo-a no rol dos desvios, transgressões e doença. Ao negar, adotam uma posição de

afastamento, em atitude ora repressiva, ora defensiva. Tal posicionamento revela a estratégia adotada sobre esse saber e poder, cumprindo as determinações do seu estatuto profissional, ir ao encontro às expectativas institucionais e sociais.

Palavras-chave: enfermagem psiquiátrica, sexualidade

Práticas discursivas e o silenciamento do doente mental: Sexualidade Negada? (2008)

Francisco Arnoldo Nunes de Miranda; Antonia Regina Ferreira Furegato; Dulcian Medeiros de Azevedo

Resumo: O estudo teve por objetivo identificar as Representações Sociais dos profissionais enfermeiros sobre a sexualidade do doente mental. Trata-se de uma pesquisa de natureza exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa. Utilizou-se o recurso técnico-metodológico denominado Técnica de Investigação em Situações Cotidianas (TSC), aplicado aos 17 enfermeiros que trabalhavam em serviços psiquiátricos de Ribeirão Preto/SP. Através das manifestações discursivas, verificou-se que o profissional enfermeiro nega a sexualidade do doente mental, como uma forma de silêncio, estabelecendo limites para a censura sobre essa questão. Nesta perspectiva, ocorre o silenciamento sobre a sexualidade do doente mental, estabelecendo-se uma política do sentido sobre o mesmo. Tal posicionamento revela a estratégia adotada sobre esse saber e poder, cumprindo as determinações do seu estatuto profissional que é ir ao encontro às expectativas institucionais e sociais.

Palavras-chave: Saúde Mental; Sexualidade; Pessoas Mentalmente Doentes; Enfermagem Psiquiátrica; Pesquisa Qualitativa

O Sexo dos outros: percepção da enfermagem psiquiátrica sobre a vida sexual dos pacientes internados (2004).

Fernanda Oliveira da Silva Carneiro; Rosilene Pereira da Silva; Cristina Maria Douat Loyola; Rosane Mara Pontes de Oliveira

Resumo Percepção dos profissionais de um hospital psiquiátrico da rede pública do município de São Luís - Maranhão acerca da prática sexual dos pacientes internados. Pesquisa qualitativa, com entrevista semi-estruturada, gravada com 10 profissionais. Os dados coletados agruparam-se em três núcleos de sentido: Preconceitos; Discurso Moral; postura diante da prática sexual dos doentes mentais. A análise aponta que a proibição à prática sexual dos pacientes é velada, haja vista que não é permitida abertamente, mas são distribuídos preservativos. Os profissionais apresentam uma postura professoral e vigilante, sendo que a preocupação com a virgindade tem conteúdo moral e a distribuição de preservativo é uma contradição não explicitada. Mostra-se que o interesse sexual do doente mental é visto de maneira estereotipada, como sintoma da doença.

Palavras-chave: Sexualidade. Psiquiatria Comunitária. Assistência Centrada no Paciente

Percepção de trabalhadores de enfermagem sobre sexualidade de portadores de transtornos mentais (2013)

Gisela Cardoso Ziliotto; João Fernando Marcolan

Resumo: Conhecer como trabalhadores de enfermagem percebem a sexualidade do portador de transtorno mental. Métodos: Pesquisa qualitativa, fundamentada na teoria das Representações Sociais, realizada por meio de entrevistas com sete enfermeiras e 11 auxiliares de enfermagem, utilizando questionário semiestruturado e duas análises de situações diárias. Resultados: Os depoimentos obtidos revelaram que trabalhadores de enfermagem percebiam a sexualidade enquanto orientação sexual, papel sexual ou manifestação do transtorno. Notamos a disciplina e vigilância como formas de controle de sexualidade manifestada em ambiente hospitalar. Conclusão: Verificou-se que trabalhadores de enfermagem perceberam a sexualidade do portador de transtorno mental de acordo com seus valores, tabus e preconceitos, configurando despreparo dos profissionais frente à sexualidade do sujeito a ser cuidado.

Palavras-chave: Enfermagem; Enfermagem prática; Cuidados de enfermagem; Sexualidade; Saúde mental

Representações sociais da enfermagem: a sexualidade de portadores de transtorno mentais (2014)

Gisela Cardoso Ziliotto; João Fernando Marcolan

Resumo: compreender como trabalhadores de enfermagem percebem a sexualidade do portador de transtorno mental. Metodologia: pesquisa qualitativa, descritivo-exploratória, abordagem metodológica das representações sociais. Resultados: participaram 18 trabalhadores de enfermagem de um Centro de Atenção Integral à Saúde Mental no município de São Paulo. Foi realizada coleta de dados por meio de entrevistas com aplicação de questionário semiestruturado, entre março e junho de 2009. A maioria dos depoentes percebeu a sexualidade como forma de doença, sendo que esta era alvo de vigilância, controle e punição. Notou-se despreparo de profissionais de enfermagem frente à sexualidade do portador de transtorno mental. Conclusão: verificaram-se mitos, tabus, preconceitos e falta de conhecimento de trabalhadores de enfermagem frente à sexualidade do portador de transtorno mental. Reforça-se a necessidade de olhar singularmente para a sexualidade como fenômeno inerente ao ser humano.

Palavras-chave: Sexualidade; Enfermagem; Saúde Mental; Psiquiatria.

Sexuality, vulnerability to HIV, and mental health: an ethnographic study of psychiatric institutions

Sexualidade e vulnerabilidade ao HIV em saúde mental: um estudo de base etnográfica de instituições psiquiátricas (2007)

Diana de Souza Pinto; Claudio Gruber Mann; Milton Wainberg; Paulo Mattos; Suely Broxado de Oliveira

Resumo: Este artigo apresenta dados da fase formativa, de base etnográfica, do Projeto Interdisciplinar em Sexualidade, Saúde Mental e AIDS (PRISSMA) patrocinado pelo National Institute of Mental Health (NIMH) e desenvolvido em duas instituições psiquiátricas da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. São descritos e discutidos os resultados obtidos nas observações etnográficas, grupos focais e entrevistas com informantes-chave realizados com diferentes grupos de profissionais de saúde mental e usuários de saúde mental do hospital-dia e/ou em tratamento ambulatorial, relativos às concepções de sexualidade e vulnerabilidade para o HIV. Os resultados sugerem uma diversidade de relatos e noções sobre o exercício da sexualidade por ambos os grupos e aponta para o alto risco sexual para o HIV nessa população psiquiátrica. Esta fase formativa embasou a adaptação cultural e a criação de uma intervenção brasileira para prevenção desse vírus em portadores de transtornos mentais graves cuja viabilidade foi avaliada com sucesso na fase piloto.

Palavras chaves: Sexualidade; Vulnerabilidade em Saúde; HIV, Saúde Mental

Categoria 3. Comportamentos/Violências Sexuais e associações a “transtornos mentais”

Crime, diagnóstico psiquiátrico e perfil da vítima: um estudo com a população de uma casa de custódia do estado de São Paulo (2006)

Eduardo Henrique Teixeira e Paulo Dalgalarondo

Resumo Objetivo: Estudar a população de uma casa de custódia quanto a aspectos criminais, diagnóstico clínico e perfil da vítima. **Métodos:** Foram examinados os prontuários de 269 pacientes durante o ano de 2005 Considerou-se apenas a população do gênero masculino cujos casos já tinham laudo anexado ao prontuário psiquiátrico-criminal. **Resultados:** Foi encontrado predomínio de transtornos psicóticos (58%). O crime mais freqüente foi contra a vida (52,8%), sendo o grupo dos pacientes psicóticos o que teve maior associação com esse tipo de crime ($p < 0,05$). Desses crimes, 89,7% resultaram em morte e em 34,5% a vítima era um parente próximo. Os sujeitos com retardo mental cometeram proporcionalmente mais crimes sexuais quando comparados com os pacientes psicóticos e considerando somente crime sexual ou contra a vida ($p < 0,05$). Em 78,5% dos crimes sexuais as vítimas tinham idade inferior a 14 anos. **Conclusão:** A população estudada é semelhante às de outras instituições com o mesmo perfil. Os achados em relação às características das vítimas, tanto nos casos de homicídio pelos psicóticos como nos crimes sexuais dos sujeitos com retardo mental, indicam que aspectos da vítima têm papel importante no crime.

Palavras-chave: psiquiatria forense, doença mental, comportamento violento, casa de custódia.

Histórico de Violência Intrafamiliar em Pacientes Psiquiátricos (2008)

Ricardo da Costa Padovani; Lucia Cavalcanti de Albuquerque Williams

Resumo: O objetivo da presente pesquisa foi caracterizar o histórico de violência intrafamiliar em pacientes psiquiátricos inseridos em tratamento de regime ambulatorial. Pretendeu-se, mais especificamente, identificar o tipo de violência vivenciada pelos usuários. Participaram do estudo 23 pacientes de ambos os sexos, em tratamento ambulatorial. A coleta de dados envolveu a aplicação de um roteiro de entrevista individual, com informações sobre o histórico de internação e violência intrafamiliar e com descrição da infância, dentre outros itens. Apenas um dentre 23 participantes relatou ausência de histórico de violência intrafamiliar, 20 participantes indicaram histórico infantil de maus tratos físicos e psicológicos. Na fase adulta, dos 13 participantes que declararam viver com parceiros/parceiras no presente ou no passado, 8 participantes do sexo feminino relataram agressividade por parte do companheiro e 2 participantes do sexo masculino afirmaram ter agredido as esposas no passado. Com relação à violência sexual, 5 participantes relataram ter experienciado relação sexual forçada por parte do parceiro e um participante relatou ter abusado sexualmente da parceira. Os resultados chamam a atenção pela alta frequência e pela gravidade de episódios de violência intrafamiliar, que evidenciam a necessidade de se replicar o estudo com amostras maiores e, na prática clínica, investigar tais questões rotineiramente, uma vez que sua esquivia pode contribuir para o processo de adoecimento psíquico.

Palavras-chave: Violência intrafamiliar. Paciente psiquiátrico. Saúde mental. Hospital psiquiátrico.

Prevalence of mental disorders among sexual offenders and non-sexual offenders

Prevalência de transtornos mentais entre agressores sexuais e não sexuais (2011)

Maria Fernanda Faria Achá; Sérgio Paulo Rigonatti; Fabiana Saffi; Daniel Martins de Barros; Antônio de Pádua Serafim

Resumo: Avaliar a prevalência de transtornos mentais em pacientes em cumprimento de medida de segurança por crimes de natureza sexual e não sexual. Método: Foram analisados 89 prontuários de pacientes do sexo masculino internados no período de março de 2005 a agosto de 2006. A análise consistiu na avaliação de dois grupos de estudo assim divididos: Grupo I, composto de sujeitos que cometeram crimes sexuais, e Grupo II, formado por sujeitos que foram condenados por outros crimes que não de natureza sexual. As variáveis analisadas foram: idade, grau de escolaridade, estado civil, cútis, naturalidade, internações psiquiátricas anteriores e diagnóstico psiquiátrico. Resultados: Entre os sujeitos do Grupo I (condenados por crimes sexuais), observou-se maior prevalência de diagnóstico de retardo mental (61,76%) e transtorno de personalidade (29,41%). Já no Grupo II (condenados por crimes de outra natureza que não sexual), houve

predominância do diagnóstico de esquizofrenia (82,93%). Conclusão: Diferentemente do encontrado na literatura internacional, em nosso meio observou-se baixo índice de transtorno de personalidade entre os sujeitos estudados, o que pode ser justificado pelo fato de o sistema penal brasileiro considerar tal diagnóstico apenas como perturbação da saúde mental, não acarretando em medida de segurança ou internação psiquiátrica.

Palavras-chave Epidemiologia, violência, transtornos mentais, criminoso sexual

Grupo Terapêutico no CAPS: cuidado a homens com sofrimento mental e histórico de violência (2012)

Dorotéa Albuquerque de Cristo

Resumo O presente relato aborda uma experiência do trabalho psicológico de grupo com 10 homens apresentando sofrimento mental e comportamento violento. Foi realizada num Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da região metropolitana de Belém e teve duração de seis anos (2005 a 2011). Esse grupo teve como objetivo o cuidado a homens com o histórico de violência sexual e física, em diferentes contextos (de rua, doméstica, trabalho, etc.) e que foram diagnosticados como portadores de algum sofrimento mental grave. O trabalho objetivou uma abordagem compreensiva de tratamento ao usuário e modos de prevenir futuros atos de violência. Nesse sentido é importante destacar que não é um olhar só para o aspecto patológico da violência, mas também um olhar para a pessoa que a utiliza como forma de relação com o mundo e as possibilidades de resignificação dessas relações

Palavras-chave: violência; homens; saúde mental; grupos.

Relação entre crimes sexuais e transtornos mentais e do desenvolvimento: uma revisão (2013)

Alexandre Martins Valença; Isabella Nascimento; Antonio Egidio Nardi

Resumo: A violência sexual é um grave problema de saúde pública que preocupa e confronta nossa sociedade. A prevalência, a magnitude e as consequências desse problema tem merecido atenção crescente por parte de estudiosos e pesquisadores da saúde e dos direitos humanos. Objetivo: Realizar uma revisão bibliográfica sobre a relação entre crimes sexuais e transtornos mentais e do desenvolvimento. Métodos: Foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados do PubMed, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Lilacs, utilizando os descritores “*sexual crime*”, “*sexual offense*”, “*mental disorder*”, “*mental retardation*”, “*developmental disability*” e suas combinações. Resultados: Os transtornos mentais e do desenvolvimento mais frequentemente relacionados a perpetração de crimes sexuais foram esquizofrenia, transtorno bipolar e retardo mental. Conclusão: São importantes a detecção e o tratamento da morbidade psiquiátrica entre ofensores sexuais nos sistemas de saúde e de justiça criminal, o que pode contribuir para menor risco de reincidência desse comportamento sexual.

Palavras-chave: Crime sexual, ofensa sexual, transtorno mental, retardo mental, transtorno do desenvolvimento.

Physical violence against patients with mental disorders in Brazil: sex differences in a cross-sectional study

Violência contra pacientes com transtorno mental no Brasil: diferenças por sexo em estudo transversal (2013)

Helian Nunes de Oliveira; Carla Jorge Machado; Mark Drew Crosland Guimarães

Resumo **Objetivos:** Pacientes com transtorno mental estão mais expostos à violência do que a população em geral. Este estudo avaliou os fatores associados à violência física na vida contra esses pacientes, por meio de análise estratificada por sexo, no Brasil. **Métodos:** Trata-se de estudo multicêntrico nacional transversal, com amostra representativa de 2.475 pacientes selecionados aleatoriamente de 26 serviços públicos de saúde mental. A regressão logística foi utilizada para avaliar os fatores associados à violência física, e *odds ratio* brutos e ajustados (ORa), com intervalo de 95% de confiança, foram estimados. O nível de significância considerado foi de 0,05. **Resultados:** A prevalência na vida de violência física contra pacientes com transtornos mentais foi semelhante para mulheres (57,6%) e homens (57,8%). A violência física contra as mulheres esteve independentemente associada com: internações psiquiátricas anteriores (ORa = 2,09), histórico de doença sexualmente transmissível (ORa = 1,75), histórico de uso de álcool (ORa = 1,59), idade de iniciação sexual (< 16 anos) (ORa = 1,40), histórico de sexo sob efeito de drogas/álcool (ORa = 2,08), ter recebido/oferecido dinheiro por sexo (ORa = 1,73) e histórico de encarceramento (ORa = 1,69). Entre os homens, os fatores associados foram: idade (18-40) (ORa = 1,90), histórico de morar na rua (ORa = 1,71), internação psiquiátrica anterior (ORa = 1,39), histórico de doença sexualmente transmissível (ORa = 1,52), histórico de consumo de álcool (ORa = 1,41), uso na vida de maconha ou cocaína (ORa = 1,54), ter recebido/oferecido dinheiro por sexo (ORa = 1,47), histórico de encarceramento (ORa = 2,07). **Conclusão:** A prevalência de violência física nessa população foi elevada para ambos os sexos. Embora haja fatores semelhantes independentemente associados à violência física entre homens e mulheres, há diferenças importantes, tais como a idade de início da vida sexual e o sexo sob uso de drogas/álcool para mulheres, mas não para os homens. Já para os homens, mas não para as mulheres, o histórico de morar na rua e o uso de maconha ou cocaína na vida estiveram associados ao evento. Triagem para a história da violência na admissão e intervenções precoces para diminuir a vulnerabilidade são necessárias nos serviços públicos de saúde mental no Brasil.

Palavras-chave: Violência física, prevalência, gênero, sexo, doença mental, estudo multicêntrico, vulnerabilidade, epidemiologia, Brasil.