

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE CIÊNCIAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E
APRENDIZAGEM

MIRELA BOSCO

**A EDUCAÇÃO SEXUAL EM CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL INFANTO JUVENIL: REVISÃO DE
LITERATURA E CONCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS
ATUANTES NESSE SERVIÇO**

BAURU
2021

MIRELA BOSCO

**A EDUCAÇÃO SEXUAL EM CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL INFANTO JUVENIL: REVISÃO DE
LITERATURA E CONCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS
ATUANTES NESSE SERVIÇO**

Dissertação apresentada como requisito para o título de Mestre junto a Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Programa de Pós Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, sob orientação da Prof^a Assoc. Ana Cláudia Bortolozzi.

BAURU
2021

Bosco, Mirela.

A Educação Sexual em Centro de Atenção Psicossocial
Infanto Juvenil: revisão de literatura e concepções de
profissionais atuantes nesse serviço / Mirela Bosco,
2021

100 f.: il.

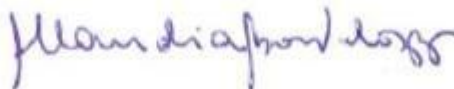
Orientadora: Ana Cláudia Bortolozzi

Dissertação (Mestrado)-Universidade Estadual
Paulista. Faculdade de Ciências, Bauru, 2021

1. Sexualidade. 2. Educação Sexual. 3. Crianças e
adolescentes. 4. CAPSi. I. Universidade Estadual
Paulista. Faculdade de Ciências. II. Título.

ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE Mestrado de MIRELA BOSCO, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM, DA FACULDADE DE CIÊNCIAS - CÂMPUS DE BAURU.

Aos 28 dias do mês de maio do ano de 2021, às 09:30 horas, no(a) Faculdade de Ciências (UNESP/Bauru), realizou-se a defesa de DISSERTAÇÃO DE Mestrado de MIRELA BOSCO, intitulada *A Educação Sexual em Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil: revisão de literatura e concepções de profissionais atuantes nesse serviço*. A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes membros: Profa. Dra. ANA CLAUDIA BORTOLOZZI (Orientador(a) - Participação Virtual) do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências de Bauru, Profa. Dra. PATRÍCIA DE OLIVEIRA E SILVA PEREIRA MENDES (Participação Virtual) do(a) Departamento de Pedagogia / Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Profa. Dra. TATIANA DE CÁSSIA RAMOS NETTO (Participação Virtual) do(a) Centro de Ciências Humanas / Centro Universitário Sagrado Coração (UNISAGRADO). Após a exposição pela mestranda e arguição pelos membros da Comissão Examinadora que participaram do ato, de forma presencial e/ou virtual, a discente recebeu o conceito final APROVADA. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelo(a) Presidente(a) da Comissão Examinadora.



Profa. Dra. ANA CLAUDIA BORTOLOZZI

AGRADECIMENTOS

Ao entrar para a carreira acadêmica, escutei que o caminho era solitário e por vezes, difícil de conseguir manter por conta da solidão. A produção da dissertação, de fato, é individual, mas todo o processo, eu descobri que não precisa ser. Dessa forma, quero agradecer a quem me acompanhou durante a caminhada de estudos, escritas e apoio a ponto de darem sentido para esse período - com e sem pandemia - e proporcionar que fosse mais prazeroso.

Agradeço à minha mãe, meu pai e ao meu irmão por me apoiarem nas decisões que tenho tomado no âmbito profissional e entenderem o caminho que quero seguir, sem questionar e sem cobrar que seja diferente. São neles que me inspiro para ser uma profissional e uma pessoa melhor a cada dia.

Agradeço à minha orientadora, a Cau, por todo apoio e disponibilidade para aceitar as ideias trazidas, por incentivar e possibilitar as experiências acadêmicas de modo geral, e por toda leveza na forma de se relacionar com os orientandos, que através de uma relação sincera e bem humorada, faz com que o processo fique mais prazeroso.

Agradeço aos professores e professoras que cruzaram o meu caminho, minha intenção dentro da academia é proporcionar o mesmo que vocês proporcionaram para mim: liberdade.

Agradeço à minha companheira de caminhada, Tamires, que em momentos difíceis estava por perto para dar apoio e suporte. Dividimos angústias e receios sobre o Mestrado e sobre os processos que enfrentamos juntas.

Agradeço à minha melhor amiga, Leilane, por toda lealdade e parceria que continuamos construindo e sonhando juntas; por todo apoio, incentivo e orientações que tem me dado e por acreditar em quem eu sou como profissional e pessoa.

Agradeço à minha companheira de vida, Laura, por me escutar atentamente e sugerir mudanças com um olhar carinhoso para melhoria da pesquisa; pela paciência e por me incentivar em todos os momentos para que eu não deixasse as dúvidas e medos tomarem conta do processo.

Agradeço ao LASEX (e ao GPESEC) por ser um espaço de compartilhar ideias, teorias, angústias e inquietações de uma forma espontânea e divertida, sempre acompanhado de um café e um bolo para aliviar as tensões que a academia produz.

Agradeço, por fim, à vida, ao sagrado e ao universo que me trouxeram para esse lugar e espaço de tanto aprendizado e de tanto crescimento. Com toda a certeza: eu não sou mais a mesma pessoa.

Muito obrigada.

“Mas a isso a água acrescenta a massa obscura de seus próprios valores: ela leva embora, mas faz mais que isso, ela purifica. Além do mais, a navegação entrega o homem à incerteza da sorte: nela, cada um é confiado o seu próprio destino, todo embarque é, potencialmente, o último”.

(FOUCAULT, 1978, p. 16)

BOSCO, M. A Educação Sexual em Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil: revisão de literatura e concepções de profissionais atuantes nesse serviço. 2021. 100f. Dissertação (Mestre em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) - Unesp, Faculdade de Ciências, Bauru, 2021.

RESUMO

A saúde e a sexualidade têm seus conceitos modificados ao longo do processo evolutivo da humanidade. Com os conhecimentos adquiridos é possível defini-los a partir de uma perspectiva mais ampla que contemple aspectos múltiplos e que proporcione intervenções a nível de prevenção, promoção e reabilitação. A Educação Sexual (ES), quando sistematizada e organizada, é um formato de ação que pode compor políticas públicas educacionais e de saúde a fim de proporcionar um experienciar da sexualidade mais saudável, coesa e integrativa. Na adolescência, a ES é de extrema importância devido aos riscos e às vulnerabilidades que os adolescentes vivenciam ao desejarem explorar as sexualidades e não terem meios informativos confiáveis para se espelharem e se embasarem. A sexualidade é inerente ao desenvolvimento humano e todos a experienciam – inclusive as subjetividades vistas socialmente como desviantes da norma, como é o caso das crianças e adolescentes com transtorno mental frequentadores do Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil (CAPSi). Dessa forma, esta pesquisa, dividida em estudo 1 e estudo 2, teve dois objetivos (a) realizar um estudo de revisão sistemática que identifique a sexualidade como fator integrativo do tratamento em pessoas com transtorno mental nas bases de dados com estudos brasileiros e (b) compreender as concepções de profissionais de saúde mental atuantes no CAPSi sobre a sexualidade e educação sexual nesse serviço. No estudo 1, as bases de dados consultadas foram LILACS, SCIELO E CAPES. Foram localizados 81 artigos, no entanto após a aplicação de critérios de inclusão e da leitura dos resumos, somente 6 foram incluídos. Os resultados mostram uma definição de sexualidade naturalizada, parte do ser humano, bem como, como manifestação do transtorno - hipersexualização dos usuários. Indicam que há maior quantidade de estudos publicados na área de enfermagem que revela a perspectiva biológica aderida e ensinada pela sociedade e pelos dispositivos repressivos existentes e por fim, propõem como resolutiva para a sexualidade da pessoa com transtorno mental tanto a intervenção com as oficinas em sexualidade, quanto às medidas de repressão e controle das manifestações sexuais. No estudo 2, foram sete participantes de nível superior em um CAPSi de uma cidade do interior de São Paulo que responderam a uma entrevista com perguntas abertas elaborada pela pesquisadora e pela orientadora, aplicada no próprio serviço em sessões individuais que duraram aproximadamente 20 minutos. Os dados foram transcritos e analisados com base na análise de conteúdo. Os resultados apontam para uma compreensão maior de sexualidade como uma vivência própria do ser humano e parte do desenvolvimento. A maioria dos participantes entendem a ES como um espaço organizado e sistematizado a fim de orientar sobre práticas saudáveis, como a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e gravidezes não-planejadas e transformações do corpo. Quanto à existência de ES sistematizada no serviço, os entrevistados apontaram para a presença de formas secundárias em orientações quando aparecem demandas dentro dos atendimentos, e se colocam à favor de implementarem um projeto por entenderem ser uma necessidade dos adolescentes que frequentam o serviço. A intervenção poderia ser feita por qualquer profissional atuante em ES desde que tivessem uma capacitação e deveria ser oferecida a depender da demanda dos usuários em formato de oficinas fechadas em consideração a faixa etária de cada usuário, embora os profissionais atentem para as dificuldades em conscientizar os jovens e os familiares sobre a importância da ES. Por fim, relacionam a prática sexual saudável com a saúde mental em pontuar que há sofrimentos originados pela violência sexual e pelo preconceito familiar e a dificuldade de autoaceitação. Conclui-se, assim, a necessidade de investimento de uma Educação Sexual estruturada e emancipatória que auxilie na experiência saudável da sexualidade dos jovens e capacite os profissionais e familiares para educar as crianças e adolescentes no cotidiano.

Palavras-chaves: Sexualidade. Educação Sexual. Adolescentes. CAPSi.

BOSCO, M. 2021. **Sexual Education in “Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil”:** literature review and conceptions of mental health professionals working at this service. 100f. Dissertation (Master in Developmental and Learning Psychology) – Unesp, Faculdade de Ciências, Bauru, 2021.

ABSTRACT

Health and sexuality have their concepts modified throughout the evolutionary process of humanity. With the knowledge acquired, it is possible to define them from a broader perspective that contemplates multiple aspects and that provides interventions in terms of prevention, promotion and rehabilitation. Sexual Education (ES), when systematized and organized, is an action format that can compose public educational and health policies in order to provide a healthier, more cohesive and integrative experience of sexuality. In adolescence, the ES is extremely important due to the risks and vulnerabilities that adolescents experience when they want to explore their sexualities and do not have reliable informational means to mirror and base themselves on. Sexuality is inherent to human development and everyone experiences it – including subjectivities seen socially as deviating from the norm, as is the case of children and adolescents with mental disorders who attend the “Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil” (CAPSi). Thus, this research, divided into study 1 and study 2, had two objectives (a) to carry out a systematic review study that identifies sexuality as an integrative factor in the treatment of people with mental disorders in databases with Brazilian studies and (b) understand the conceptions of mental health professionals working at CAPSi about sexuality and sexual education in this service. In study 1, the databases consulted were LILACS, SCIELO and CAPES. 81 articles were found, however after applying the inclusion criteria and reading the abstracts, only 6 were included. The results show a definition of naturalized sexuality, part of the human being, as well as a manifestation of the disorder - hypersexualization of service users. They indicate that there is a greater number of studies published in the field of nursing that reveal the biologist perspective adhered to and taught by society and by the existing repressive devices and, finally, they propose intervention with workshops on sexuality as a solution for the sexuality of people with mental disorders as to measures of repression and control of sexual manifestations. In study 2, seven professionals in a CAPSi in a city in the interior of São Paulo responded to an interview with open questions prepared by the researcher and the advisor, applied in the service itself in individual sessions that lasted approximately 20 minutes. Data were transcribed and analyzed based on content analysis. The results point to a greater understanding of sexuality as a human experience and part of development. Most participants understand SE as an organized and systematized space in order to provide guidance on healthy practices, such as the prevention of sexually transmitted infections and unplanned pregnancies and body transformations. As for the existence of systematized sexual education in the service, the interviewees pointed to the presence of secondary forms of guidance when demands appear within the services, and are in favor of implementing a project because they understand it is a need for adolescents who attend the service. The intervention could be made by any professional working in SE as long as they had training and should be offered depending on the demand of users in the format of closed workshops taking into account the age of each user, although the professionals pay attention to the difficulties in raising awareness young people and their families about the importance of sexual education. Finally, they relate healthy sexual practice with mental health, pointing out that there is suffering caused by sexual violence and family prejudice and the difficulty of self-acceptance. Thus, it is concluded that there is a need to invest in a structured and emancipatory Sexual Education that helps in the healthy experience of young people's sexuality and empowers professionals and families to educate children and adolescents in their daily lives.

Keywords: Sexuality. Sexual Education. Adolescents. CAPSi.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos participantes (n = 7)	43
Tabela 2 – Eixos temáticos do instrumento de coleta de dados	44
Tabela 3 - Número de artigos nas Bases de Dados	46
Tabela 4 – Caracterização dos artigos incluídos	47
Tabela 5 - Distribuição das categorias sobre os conceitos de sexualidade do ponto de vista dos profissionais do CAPS e exemplos de respostas em cada uma delas.	55
Tabela 6 - Distribuição das categorias e subcategorias sobre os conceitos de educação sexual do ponto de vista dos profissionais do CAPSi e exemplos de respostas em cada uma delas.	57
Tabela 7 - Distribuição das categorias sobre a opinião se há ou não educação sexual nos serviços do CAPSi do ponto de vista dos profissionais trabalhadores em saúde mental e exemplos de respostas em cada uma delas.	60
Tabela 8 - Distribuição das categorias sobre ser favorável ou não a existir ES no CAPSi.	62
Tabela 9 - Distribuição das categorias sobre a população a ser destinada a ES no CAPSi.	64
Tabela 10 - Distribuição das categorias sobre conteúdos e finalidades que a ES no CAPSi deveria ter, segundo os /as profissionais do CAPSi.	66
Tabela 11 - Distribuição das categorias sobre como os programas de ES no CAPSi poderiam ser feitos, segundo os /as profissionais do CAPSi.	69
Tabela 12 - Distribuição das categorias sobre as barreiras e dificuldades que poderia existir na instituição na implementação de programas de ES no CAPSi, segundo os /as profissionais de saúde mental do CAPSi.	71
Tabela 13 - Distribuição das categorias sobre as facilidades que poderia existir na instituição na implementação de programas de ES no CAPSi, segundo os/as profissionais do CAPSi.	74
Tabela 14 - Distribuição das categorias sobre os/as profissionais mais indicados para serem ES no CAPSi, segundo os /as participantes.	76
Tabela 15 - Distribuição das categorias sobre a possibilidade dos profissionais de saúde mental dos CAPSi participantes da pesquisa serem responsáveis pela ES.	78
Tabela 16 - Distribuição das categorias sobre a possibilidade dos profissionais de saúde mental dos CAPSi participantes da pesquisa serem colaboradores da ES.	80
Tabela 17 - Distribuição das categorias sobre a formação sobre sexualidade e educação sexual na formação inicial e/ou continuada dos/as participantes.	80
Tabela 18 - Distribuição das categorias sobre a avaliação das disciplinas sobre sexualidade e educação sexual na formação inicial e/ou continuada dos/as participantes.	83
Tabela 19 - Distribuição das subcategorias sobre a relação de sexualidade e saúde mental conforme a opinião dos/as participantes.	8

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 – Seleção dos artigos incluídos.

47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ONU: Organização das Nações Unidas
OMS: Organização Mundial de Saúde
ISTs: Infecções Sexualmente Transmissíveis
CIPD: Conferência Internacional Sobre População e Desenvolvimento
SUS: Sistema Único de Saúde
UNESCO: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
LGBTQI+: Lésbicas, gays, bissexuais, transgênero, queer, intesex e mais
EIS: Educação Integral em Sexualidade
HIV: Vírus da imunodeficiência humana
AIDS: Síndrome da imunodeficiência humana
VBG: Violência baseada em gênero
PCN: Parâmetros Curriculares Nacionais
BNCC: Base Nacional Comum Curricular
ECA: Estatuto da Criança e do Adolescente
ES: Educação Sexual
CAPS: Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi: Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil
PTS: Projeto Terapêutico Singular
RAPS: Rede de Atenção Psicossocial
CAPS III: Centro de Atenção Psicossocial III
CAPS III AD: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas III
CAPSi AD: Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil Álcool e Outras Drogas
TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
1 INTRODUÇÃO	16
1.1 Saúde e Sexualidade: conceitos amplos e históricos	16
1.2 Educação Sexual	26
1.3 Adolescência, Sexualidade e vulnerabilidades	30
1.4 Estigma e Discriminação em Saúde	34
1.5 “Loucura” e a intersecção com os estudos sobre a sexualidade	36
2 JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS	38
3 MÉTODO	40
3.1 ESTUDO 1 - Revisão Sistemática da Literatura	40
3.1.1 Natureza do Estudo	40
3.1.2. Base de dados e critérios de inclusão	40
3.1.3. Procedimento de análise de dados	40
3.2 ESTUDO 2 - Concepções de profissionais atuantes no CAPSi sobre a sexualidade e a Educação Sexual	41
3.2.1 Natureza do Estudo	41
3.2.2. Local	41
3.2.3 Participantes	42
3.2.4 Instrumentos de coleta de dados	43
3.2.5 Procedimentos	43
3.2.5.1 Procedimentos éticos	44
3.2.5.2 Procedimentos de coleta e análise de dados	45
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	45

4.1 ESTUDO 1 - Revisão sistemática da literatura: Sexualidade da pessoa com transtorno mental.	45
4.1.1 Caracterização da amostra encontrada de artigos na revisão	45
4.1.2 Convergências temáticas dos artigos analisados: categorias temáticas emergentes da revisão sistemática	48
4.2.1.2 Artigos que versam sobre a compreensão dos participantes sobre a sexualidade- a sexualidade naturalizada e a manifestação do transtorno	48
4.2.1.3 Artigos que versam sobre a área da ciência do estudo: a enfermagem, medicina e psicologia	50
4.2.1.4. Artigos que versam sobre propostas de intervenção para os jovens no serviço: oficinas de educação sexual	53
4.3 ESTUDO 2 - Concepções de profissionais atuantes no CAPSi sobre a sexualidade e a Educação Sexual	54
4.3.1 Conceito de Sexualidade e Educação Sexual de profissionais do CAPSi	54
4.3.2 A Educação Sexual no CAPSi	59
4.3.3 Atuação profissional e a formação acadêmica em Educação Sexual	78
4.3.4 Sexualidade e a relação com saúde mental	83
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
REFERÊNCIAS	88
APÊNDICES	97

APRESENTAÇÃO

Durante a adolescência tive pouca instrução sobre a sexualidade, o “essencial” estava dito, mas me questionava se era somente aquilo que poderia saber! No Ensino Médio, meus amigos mais próximos assumiram identidades que são entendidas como “desviantes” da norma social e entendi, pela primeira vez, que a vivência de uma sexualidade é contextualizada. Assustei-me e recuei para pensar sobre a minha própria experiência.

Ao final, pude me perceber e entender que ao assumir, igualmente aos meus amigos, uma distinta orientação – que não heterossexual – teria, daquele momento em diante, um caminho árduo e longo. Com pouca informação e muita vontade de saber, durante a graduação, pude pesquisar e me interessar a fundo sobre a temática, a ponto de tornar parte de um “grupo referência” da sala de aula em que todos os seminários que poderiam envolver “sexualidade” eram automaticamente atribuídos a nós. Eu não precisei mais decidir e escolher, me sentia escolhida. Tanto nas experiências práticas de estágio e projetos de extensão, quanto nos estudos teóricos.

A partir daí, reconheci todo meu percurso enquanto uma criança-adolescente-mulher que pouco conseguiu se encaixar em uma feminilidade premeditada, em papéis sociais estabelecidos de acordo com o gênero e que por – na época – ser gorda, teve uma experiência da sexualidade completamente atravessada por inseguranças, receios e incertezas. Entendo, hoje, que a abordagem teórica que mais me identifico – Psicanálise – diz muito sobre a função da sexualidade na minha vida. É estrutural para a teoria e para a visão de homem-mundo daqueles que a estudam. Seria diferente pra mim?

No mesmo período, durante a formação, me interessei por Saúde Mental e por personalidades e indivíduos que pouco – ou nada – se adequam ao funcionamento social existente e que diante da inadequação e exclusão, sofriam. Novas indagações surgiram: em quais espaços eles podem existir? Quais direitos lhe são assegurados? E se, a sexualidade dentro de um desenvolvimento socialmente entendido como normativo já é um tabu – com déficit educacional e informativo - como as pessoas com transtorno mental a experienciam?

Na tentativa de responder algumas dessas questões, ingressei em 2018, no Curso de Pós-Graduação em Saúde Mental e Cognição na Universidade Federal de São Carlos e posteriormente, em 2019, no Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem sob a orientação de Prof.^a Assoc. Ana Cláudia Bortolozzi, que muito me foi indicada – durante a graduação – para estudar mais a fundo sobre sexualidade e desenvolvimento humano, devido a importância que tem para a área. Mais adiante, me

orientou durante a escrita do Trabalho de Conclusão de Curso da especialização, intitulado “*Sexualidade da pessoa com transtorno mental: uma revisão de literatura*”, usado como capítulo integrador da dissertação.

No Mestrado, com supervisão da orientadora, pude experienciar o Estágio em Docência, em 2019 na disciplina “Desenvolvimento e Educação Sexual” e em 2020, no estágio “Processos de Intervenção: Educação Sexual” que fazem parte da grade curricular do curso de Psicologia. Igualmente em 2020, além de integrar o Grupo de Estudo e Pesquisa em Sexualidade, Educação e Cultura, a coordenação das reuniões ficou sob minha responsabilidade em conjunto com as demais orientadas da Prof.^a Assoc. de Mestrado, em que discutimos sobre temáticas relacionadas à sexualidade e gênero. Além disso, organizamos o I e II Encontro do GEPESEC em que dialogamos com diversos profissionais da área e o Volume 5 “Leituras Sobre a Sexualidade em Filmes: feminilidades, masculinidades e transgeneridades”¹ da “Coleção Sexualidade & Mídias”².

A trajetória contada acima resulta no estudo apresentado e desenvolvido, dividido em diferentes seções. A primeira é a introdução em que dissertamos a respeito dos conceitos de saúde e sexualidade, a educação sexual, a adolescência, sexualidade e vulnerabilidades, o estigma e a discriminação em saúde e a revisão de literatura sistematizada da intersecção entre sexualidade e transtorno mental. A segunda, estruturamos com a justificativa e objetivos e a terceira com o método – participantes, instrumentos, coleta e análise de dados -. Por fim, a quarta seção são os resultados, as discussões e as considerações finais que encerram a pesquisa.

¹ BORTOLOZZI, A. C.; BOSCO, M.; DE CARVALHO, L. R. S (Orgs.). Leituras sobre a Sexualidade em Filmes: feminilidades, masculinidades e transgeneridades. Volume 5. 1^a ed. São Carlos: Pedro & João Editores, 2020. 177p. (Coleção Sexualidade & Mídias).

² Organizada inicialmente a partir da proposta de análises de diferentes mídias dos discentes da disciplina “Desenvolvimento e Educação Sexual”.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Saúde e Sexualidade: conceitos amplos e históricos

Conceituar “saúde” é ter em conta o cenário socioeconômico e político-cultural. O significado diverge de acordo com o momento histórico, a localização geográfica e as condições financeiras. A “doença” é igualmente circunscrita. É correlativa às noções da ciência, da filosofia e religião (SCLAIR, 2007) e estão como fundamento da organização das sociedades por serem estruturadas com projetos, ações e elementos do próprio território e cultura (LAGDON; WIIK, 2010). De acordo com os autores (p. 180):

As questões relativas à saúde e à doença não podem ser analisadas de forma isolada das demais dimensões da vida social, mediadas e permeadas pela cultura que confere sentido a essas experiências. Os sistemas de atenção à saúde são sistemas culturais, consonantes com os grupos e realidades sociais, políticas e econômicas que os produzem e replicam.

Na história a interpretação judaico-cristã concebe a doença enquanto consequência da desobediência de uma ordem divina, em que os enfermos são marcados por seus pecados e maldições, seja fisicamente – como com a hanseníase e as deficiências, e mentalmente – com os transtornos mentais. Difere da concepção grega, que endeuza, na própria mitologia, os processos de saúde e de cura, além de usufruir de recursos naturais para os tratamentos.

Na Grécia, Hipócrates de Cós (460-377 a.C. – considerado o pai da Medicina), desenvolve a ideia de que há elementos existentes no organismo, nomeados como “humores³”, que são responsáveis por regular os processos de saúde de cada indivíduo e podem ser acometidos por eventos internos e externos. Ao total são quatro diferentes estados: a bile amarela, bile negra, fleuma e sangue que quando estão armazenados em demasia ou em falta são agentes de doença. Nesse caso, o equilíbrio - dos humores -, feito de maneira orgânica, é fundamental para uma vida saudável (REZENDE, 2009; SCLAIR, 2007).

Sclair (2007) caracteriza a Idade Média com a coexistência destas concepções sobre saúde: a religiosa (preponderante) e a de Hipócrates. A Igreja é responsável por administrar os espaços de cuidado e de apoio aos necessitados e ao mesmo tempo, a sociedade conserva as ideias vindas do filósofo ao priorizarem uma vida regrada a fim de manter o equilíbrio entre os humores.

Com o avanço da ciência e da modernidade, no fim do século XIX, as experimentações laboratoriais permitem saber sobre uma realidade desconhecida: a dos

³ Como legado do conceito humoral, usamos as expressões “bom humor”, “bem humorado” ou “mau humor” e “mal humorado” em alusão ao equilíbrio e desequilíbrio dos elementos (REZENDE, 2009).

microrganismos causadores de doenças que podem ser identificados, prevenidos e curados. Embora essas conquistas, “não havia ainda um conceito universalmente aceito do que é saúde. Para tal seria necessário um consenso entre as nações, possível de obter somente num organismo internacional” (SCLAIR, 2007, p. 36). É somente após a Segunda Guerra Mundial com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial da Saúde (OMS) que a delimitação pôde existir.

Isto posto, com base na Organização Mundial da Saúde (1948; 2006) a saúde é qualidade ampla de satisfação física, mental e social. É uma concepção além da ideia de inexistência de doença. É um dos direitos fundamentais dos indivíduos – independente de quaisquer características e um dos fatores para uma sociedade mais coesa e harmoniosa. Deve ser garantida através da criação de serviços e medidas de cuidado à saúde, e da cooperação do Estado e da sociedade civil.

O conceito “modelo” de saúde é criticado em estudos atuais (BEZERRA; SORPRESO, 2016; CARRAPATO; CORREIA; GARCIA, 2017) por questionarem a existência de uma possível idealização e impossibilidade de alcance devido a aproximação com a “felicidade”. Estes defendem os determinantes em saúde (GEORGE, 2011; CARRAPATO; CORREIA; GARCIA, 2017) de ordem ambiental, econômica, social como influentes para ter uma qualidade de vida, e pontuam que há diferenças de referenciais de atuação em saúde em países desenvolvidos e subdesenvolvidos. Nesse caso, a demanda de assistência perpassa as limitações e desigualdades sociais, características de países como o Brasil.

Para a finalidade do estudo, foca-se em dois constituintes do conceito amplo de saúde: a mental e sexual. A Organização Mundial de Saúde (2018, on-line, tradução nossa), define a *saúde mental*⁴ como:

um estado completo de bem-estar em que os indivíduos são capazes de recorrer às próprias habilidades para lidar com eventos estressores, para serem produtivos e conseguirem colaborar com a sociedade. É fundamental para o senso coletivo e individual. Relaciona-se com a capacidade de pensar, de se emocionar, de interagir socialmente e de manter práticas saudáveis de vida. É determinada por questões sociais, psicológicas e biológicas. A

⁴ Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity [...] Mental health is a state of well-being in which an individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and is able to make a contribution to his or her community. Mental health is fundamental to our collective and individual ability as humans to think, emote, interact with each other, earn a living and enjoy life. Multiple social, psychological, and biological factors determine the level of mental health of a person at any point of time. For example, violence and persistent socio-economic pressures are recognized risks to mental health. The clearest evidence is associated with sexual violence. Poor mental health is also associated with rapid social change, stressful work conditions, gender discrimination, social exclusion, unhealthy lifestyle, physical ill-health and human rights violations.

deterioração pode estar associada a uma mudança abrupta de contextos, as condições precárias de trabalho, a discriminação de gênero, exclusão social e a violação dos direitos humanos. Por exemplo, violências e pressões sociais econômicas são entendidas como riscos, a incluir a violência sexual.

A saúde sexual⁵ é, por sua vez, definida como um “estado de bem-estar físico, emocional, mental, social na expressão da sexualidade”. É, para além de prevenir disfunções de ordem sexual ou infecções sexualmente transmissíveis, a prática saudável e consciente de relações sexuais que priorizam o prazer e experiências seguras – livres de violência de gênero, discriminação ou abuso sexual e estupro (OMS, 2006, on-line, tradução nossa). É comumente conceituada em conjunto com a saúde reprodutiva em consequência de serem temáticas interligadas, embora diferentes.

A saúde reprodutiva tem maior relação com o cuidado pleno⁶ do sistema reprodutor e dos órgãos e processos componentes. Por assim dizer, ter uma boa saúde reprodutiva é: conhecer e acessar os métodos contraceptivos e de fertilidade, ter o acompanhamento durante a gravidez para evitar riscos do período gestacional e durante o parto, e participar de práticas preventivas, de promoção ou interventivas em infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) (VIANNA; LACERDA, 2004).

No entanto, exercer o direito - a uma saúde sexual e reprodutiva - é restrito a uma porcentagem pequena da população devido à ausência de saberes sobre a sexualidade. A maioria usufrui de serviços incipientes que contribuem para uma experiência sexual pouco (ou nada) saudável por serem distantes da igualdade de gênero e de intervenções sistematizadas em sexualidade para adolescentes (VIANNA; LACERDA, 2004).

Dessa forma, questionamentos surgem sobre: como crianças e adolescentes conseguem discriminar quando uma violência de gênero ou sexual acontecem com elas? Como podem perceber um relacionamento abusivo se não forem educados para a sexualidade? Em última instância, como os espaços de atenção e assistência em saúde mental podem intervir para que os usuários menores de idade possam ter um olhar crítico e uma experiência saudável em face ao que é ensinado socialmente?

Tanto a saúde mental quanto a sexual e reprodutiva, são postas como de igual importância, quando comparada a saúde física, durante a Conferência Internacional Sobre

⁵A state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. For sexual health to be attained and maintained, the sexual rights of all persons must be respected, protected and fulfilled.

⁶ “Estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não de mera ausência de enfermidade ou doença” (VIANNA; LACERDA, 2004, p. 169).

População e Desenvolvimento (CIPD) (1994), em que se debate a existência de serviços que amparem as demandas de saúde sexual e mental. Delibera-se, assim, a urgência de responsabilizar os Estados para que as intervenções sejam possíveis em espaços públicos para qualquer indivíduo ter acesso e adquirir autonomia para decidir acerca das próprias vivências (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO, 1994).

Como efeito da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 e das deliberações resultantes da CIPD em 1994, as discussões e implementações de serviços na atenção à saúde mental e à saúde sexual e reprodutiva saíram, supostamente, do papel. Para exemplificar, a Lei da Reforma Psiquiátrica (10.216/2001) é um marco legal no cuidado de pessoas com transtorno mental ao prever novas possibilidades de modelo assistencial. Baseado em uma prática humanitária e que corrobora com a compreensão de que a fração “mental” é parte de uma saúde mais ampla e complexa e que, portanto, deve ser atendida de forma contextualizada. A reforma psiquiátrica objetiva, assim, reduzir a barreira criada por instituições totais de cuidado entre “sujeito louco” vs. sociedade. Nomeadas como manicômios, a lógica de tratamento era a de “mortificação do eu da pessoa” (p. 24) e perda de identidade (GOFFMAN, 1974).

Outro exemplo, é a proposta de efetivar uma série de ações destinadas à prevenção, promoção e reabilitação da saúde sexual e reprodutiva através da Lei do Planejamento Familiar (Lei nº 9.263/1996), são essas: “assistência à concepção e contracepção; atendimento pré-natal; assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato; controle das doenças sexualmente transmissíveis; e controle e prevenção do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis” (VIANNA; LACERDA, 2004; TAQUETTE, 2013, p. 75).

É, nesta perspectiva, que se acata o desenvolvimento saudável da sexualidade humana como um dos aspectos da saúde. Transformado dentro de um processo histórico que hoje compõe um dos pilares do ser humano e do ciclo vital (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/MS, 2017).

Podemos dizer que a sexualidade, no senso comum, é automaticamente definida de forma simplista enquanto *ato sexual* e *genitalidade*, como vemos em estudos como em Freitas e Dias (2010)⁷ e em Macedo, Miranda, Júnior, Nóbrega (2013)⁸. Ao partir dessa

⁷ FREITAS, K. R. de; DIAS, S. M. Z. Percepções de adolescentes sobre sua sexualidade. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 351-357, Jun 2010.

⁸ MACEDO, S. da R. H.; MIRANDA, F. A. N. de; JÚNIOR, J. M. P.; NÓBREGA, V. K. de M. Adolescência e sexualidade: scripts sexuais a partir das representações sociais. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. 1, p. 103-109, Feb. 2013.

compreensão, consideramos apenas um dos aspectos que a compõem e excluimos quaisquer demais fatores que provoquem efeitos na forma de manifestá-la.

Entretanto, é um fenômeno que se apresenta em todo ciclo vital e em inúmeras expressões dos seres humanos, ainda que em períodos históricos tentassem silenciar e reduzi-lo ao sentido de reprodução, ao benefício do homem e das instituições que a reprimem (VITIELLO, 1997). Ainda, o mesmo autor sugere que na contemporaneidade há uma hiper estimulação – inclusive midiática - do sexo, que obriga uma resolução orgástica como um caminho para a felicidade e que normatiza padrões a serem seguidos dentro das relações sexuais. Em consequência, rejeita-se as particularidades e especificidades da sexualidade daqueles que demandam de transgressões da regra vigente para vivenciar o próprio desejo.

Dessa forma, é importante elucidar que a sexualidade não pode ser estritamente de ordem biológica se a manifestação é dada na cultura e na história e os seres humanos são adequados a uma norma socialmente preestabelecida. Com isso, entende-se que os elementos constituintes da sexualidade são, segundo Nunes (1987, p. 10),

o sexo biológico-reprodutivo, que congrega homens, animais, plantas, todos os seres vivos. Esse é o sexo como categoria de reprodução, aparelhos reprodutores naturais ou artificiais [e, da mesma forma], existe o nível psicossocial, que é como se constituem as diferenças sociais entre os sexos masculino e feminino [...] e envolve um estudo histórico desses processos de constituição dos papéis sexuais, que é o seu nível complementar.

Para Foucault (2014) a sexualidade é um instrumento de extrema importância por entrelaçar o orgânico-biológico – corpos -, o saber-teórico - discurso e conhecimentos - e as práticas - repressiva sexual e de transgressão das normativas. Dessa forma, o fenômeno não pode existir de maneira estritamente natural, não diz respeito somente ao físico e não é restrito ao ato sexual. É, portanto, uma manifestação do indivíduo que o caracteriza de acordo com as vivências sexuais.

A sexualidade pode ser definida como um fenômeno complexo, formado por múltiplos fatores, como sentimento, identidade, desejo e prazer, que reverbera no comportamento em nível individual e social, e deve ser percebido como muito além do sistema reprodutor e da prática sexual. Sofre, por assim dizer, a interferência cultural, pois se molda em entendimentos e percepções de cada povo e sociedade (MAIA, 2006).

É possível, dado isso, considerar que a sexualidade obedece às regras, às normas e às ordens estabelecidas dentro de um padrão vigente, que com base em Maia e Ribeiro (2010) dizem respeito aos padrões construídos no âmbito social, econômico e cultural e

apresentam-se nas grandes mídias. A definição mais complexa é corroborada pela Organização Mundial de Saúde⁹ (2006, on-line, tradução nossa):

a sexualidade é um aspecto central dos seres humanos que perpassa todo o desenvolvimento e engloba aspectos como as práticas sexuais, a identidade e papéis de gênero, a orientação sexual, o erotismo, prazer, intimidade e reprodução. É experienciada e expressada através de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas e relacionamentos. Embora a sexualidade possa incluir todas as dimensões, não são todas que são manifestadas. É, ainda, composta por a interação entre a dimensão biológica, psicológica, social, econômica, política, cultural, legal, histórica, religiosa e espiritual.

As possibilidades de manifestação da sexualidade são, invariavelmente, sistematizadas pela sociedade. O fenômeno é visto enquanto um produto societário e uniformizado por discursos originadores de uma máxima sexual a ser seguida. No entanto, a identidade sexual interliga-se às individualidades que direcionam a experiência de cada um (LOURO, 2000). Como exemplo, um homem, branco, heterossexual, de classe média alta, cis gênero e dentro de um desenvolvimento cognitivo-físico-mental visto enquanto normativo, vivenciará a identidade sexual de uma forma completamente diferente de uma mulher, preta, homossexual, de classe média baixa, cis gênero e com algum comprometimento no desenvolvimento seja de ordem cognitiva, física ou mental.

A construção social delimitada por instituições repressoras e por uma educação normativa, mantenedoras de princípios conservadores e silenciadores da sexualidade, não impede o desenvolvimento diverso de identidades sexuais humanas. Nos debates identitários, a afirmação de sujeitos vistos como periféricos ganha corpo (espaço) dentro dos diálogos e estudos sobre gênero e sexualidade (LOURO, 2000).

A identidade refere-se à singularidade do sujeito e ao processo de olhar-se diferente em relação ao outro e ao contexto em que se insere (CARVALHO, 1999). De acordo com Sabat (2001, p. 17) “as identidades sexuais são constituídas em meio a representações culturais e a relações de poder estabelecidas por um sistema de significados dominante, que impõe formas de comportamento e naturaliza relações que são construídas”.

⁹A central aspect of being human throughout life encompasses sex, gender identities and roles, sexual orientation, eroticism, pleasure, intimacy and reproduction. Sexuality is experienced and expressed in thoughts, fantasies, desires, beliefs, attitudes, values, behaviours, practices, roles and relationships. While sexuality can include all of these dimensions, not all of them are always experienced or expressed. Sexuality is influenced by the interaction of biological, psychological, social, economic, political, cultural, legal, historical, religious and spiritual factors.

Para esclarecer melhor a construção histórica da sexualidade humana, destacamos a seguir um breve percurso histórico ocidental, pois abordar a história da sexualidade é considerar que é recente a possibilidade de resposta para “o que é a sexualidade?”.

De acordo com Ussel (1980) é a partir do século XIX, da modernidade e da sociedade industrial que, supostamente, o conceito emerge “quando se reuniram num todo os componentes sexuais de numerosos comportamentos, porque o caráter sexual é só um aspecto fragmentário do comportamento” (p. 23). Com isso, há de se colocar em segundo plano – por um momento - a definição conhecida atualmente e pensar a sexualidade como um termo indefinido, com manifestações sexuais não-categóricas ou sem elementos que a estabelecesse.

Durante a pré-história, no período paleolítico, além das comunidades nômades, do domínio do fogo e das pinturas rupestres, a característica predominante é o matriarcalismo, a valorização da fertilidade e do saber feminino. A sociedade primitiva, organizada por mulheres, apreende à sexualidade um sentido místico por ser “concebida como sagrada e divina, com o predomínio da função da mulher, como apanágio feminino” (NUNES, 1987, p. 59). O sexo era um recurso artístico e de expressão rudimentar para celebrar, através de ritos sexuais e religiosos, as mudanças climáticas, de estação e a fecundidade da natureza propícia na primavera. Na Idade da Pedra Lascada, têm-se - como ordem - o prazer a ponto de ser a base da religião e da vida (GONINI; RIBEIRO, 2014).

No período neolítico, a sedentarização, o aumento da população e a transição da caça para o pastoreio, culmina em uma perda de identidade masculina de caçador, dando início às formações familiares e modos primitivos de organizar a sociedade (NUNES, 1987). Com maior conhecimento do homem para a criação e manuseio de armas, de metais e da agricultura, a ideia de dominação e poder se estende para a reprodução, o casamento e a herança. A sociedade patriarcal emerge como consequência do sedentarismo e desses novos domínios do sexo masculino (GONINI; RIBEIRO, 2014).

De acordo com Nunes (1987) o poder feminino é tomado por homens e o simbolismo do novo controle passa a ser encontrado em normas, nos mitos gregos e na estruturação da sociedade civil, militar e religiosa. Com os avanços históricos-temporais e o fortalecimento do patriarcado, “inúmeros ritos foram modificados e inseridos numa nova lógica, preocupada em satisfazer as exigências da ordem social dominada pelo homem, altamente hierárquica, androcêntrica e violenta” (GONINI; RIBEIRO, 2014, p. 268 apud EISLER, 1996).

A história da Idade Antiga e das civilizações da Grécia e de Roma influenciaram diretamente a cultura ocidental e por consequência, a forma de lidar, pensar e vivenciar a sexualidade. Para Nunes (1987, p. 70) na sociedade grega “a sexualidade está em sua cultura

misturada com seus deuses, sua religião e seus conhecimentos”. Práticas que são resguardadas ao *homem ativo*¹⁰, assim como a cultura, o governo e a segurança e que nesse caso, por serem exclusivamente masculinas, resultam na subordinação feminina.

A Grécia é passível de estudo devido às ilustrações expressas em objetos e a literatura que evidenciam os relacionamentos sexuais da época com a retratação dos tipos de sexos praticados e do formato das relações – mulher com homem, homem com homem ou mulher com mulher. Nesse contexto, as práticas sexuais entre indivíduos do mesmo sexo, mais precisamente um homem adulto e um jovem, tinham como finalidade a introdução e ensinamento sobre o campo sexual e eram nomeadas como *pederastia* e por serem pedagógicas eram feitas com concessões, como a predominância do sexo intercrural¹¹ e a impossibilidade de participação por pertencentes de classes mais baixas (GONINI; RIBEIRO, 2014).

Em Roma, a sexualidade é definida a partir da organização social e hierárquica entre os ativos (cidadão romano-livre) e os passivos (mulheres, crianças e escravos) ou seja, o sexo era permitido com mulheres e escravos desde que respeitassem o dualismo estrutural e tem a clara delimitação entre a prática reprodutiva e matrimonial *vs.* a prática por prazer e extraconjugal (GONINI; RIBEIRO, 2014).

De acordo com King (1998) há aspectos predominantes nas relações sexuais da sociedade grega e romana, como a diferença na possibilidade de se expressar sexualmente que beneficia o homem com maior *status social* e independente do formato dos pares; a manifestação homossexual naturalizada na Grécia desde que respeitassem as normas sociais estabelecidas, enquanto em Roma era nomeada como relacionamentos “gregos” e permitido somente na configuração cidadão-e-estrangeiro e cidadão-e-escravo; a enaltação da penetração e, por consequência, a anulação de práticas que não envolvessem penetrador e um penetrado; e a objetificação da mulher, vistas como produto, com pouca liberdade e autonomia.

Anterior a queda de Roma, é possível que a *pólis* tenha sido um campo fértil para que as premissas do cristianismo sobre o controle do corpo e a recusa do prazer se estabelecessem. A explicação religiosa, cuja, admite a culpabilização do indivíduo por cometer um pecado ao satisfazer um desejo carnal é seguimento das formas de repressão da

¹⁰ Caracterizado por maior idade, maior status social e por performar maior masculinidade.

¹¹ Intercrural é uma forma de sexo sem penetração em que o pênis fricciona na coxa ou na parte interna da perna (GONINI; RIBEIRO, 2014).

sexualidade que o Império exercia sobre os cidadãos, mulheres e escravos com a justificativa da prática sexual obedecer a dinâmica social (GONINI; RIBEIRO, 2014).

Em vista disso, a dissolução do Império Romano caracteriza o início da Idade Média, bem como, a ascensão da Igreja Católica e a fusão com novas culturas – romana, cristã e bárbara. A inexpressividade da moral religiosa, por ainda estar em processo de consolidação, repercute pouco a pouco na sociedade, no próprio clero e nas práticas sexuais (RIBEIRO, 2005).

Nesse sentido, como resultado da herança dos costumes dos povos bárbaros passados para as gerações futuras e da taxa crescente de mortalidade, há a provisória expressão livre da sexualidade, como explica Ribeiro (2005, p.5) “a necessidade de nascimentos para que o camponês, tivesse mão de obra para a lavoura também podem ser considerados como estímulos sociais para a liberdade sexual”.

É a partir de Santo Agostinho com posicionamentos inflexíveis e pejorativos sobre a sexualidade e da reforma gregoriana com postulações determinantes sobre as práticas sexuais de clérigos - o celibato, e de leigos - o sexo exclusivamente para procriação e dentro do casamento, e da incorporação da luxúria enquanto uma violação do homem à doutrina divina que as transformações na experiência da sexualidade têm início (LE GOFF; TRUONG, 2006; NUNES, 1987). É deliberado que a prostituição, a relação extraconjugal, a homossexualidade e a masturbação são, igualmente, condenáveis e que há dias preestabelecidos para que as relações sexuais possam acontecer e “a culpa é instalada no imaginário popular, assim como o medo do Inferno” (RIBEIRO, 2005, p. 6). As práticas sexuais, com isso, adotam como subsídio os castigos e o receio em pecar e usam como instrumento de supervisão a confissão (NUNES, 1987).

Na Idade Média, os princípios do cristianismo e do feudalismo interligam-se ao culto grego do falo e do patriarcado e como desfecho têm os domínios dos corpos, das práticas sexuais e de gêneros. Introduzem um mecanismo regulatório de penitência do sexo destinado àqueles que não cumprem com as novas orientações e solidificam a perspectiva nociva da sexualidade (NUNES, 1987). Entretanto, a Igreja Católica, contém somente uma parcela da sociedade feudal, a força existente do cristianismo não é equivalente à das tradições enraizadas. A repressão sexual é enriquecida com o movimento puritano, na era vitoriana, em que a compreensão de homem é reduzida às noções de regras e controles (RIBEIRO, 2005; NUNES, 1987).

Com base em Garton (2009), o Vitorianismo é um ponto de referência enquanto um momento de inflexibilidade, controle e rigidez por censurar as temáticas sobre as

sexualidades, ao mesmo tempo em que, consideravelmente, desenvolve o consumo de representações sexuais explícitas e a procura por profissionais do sexo. O caráter moralista transcende a Inglaterra e influencia os costumes e princípios da Europa e Américas como um todo. Na era vitoriana, entende-se a abstinência sexual como uma virtude e há a diminuição na taxa de natalidade interligada ao uso de métodos contraceptivos, como o *coitus interruptus*.

É nessa configuração que a família burguesa, ainda em consolidação, apropria-se da moralidade, das diferenciações de papéis masculinos e femininos – público e privado, respectivamente - e, como consequência, dos valores puritanos (GARTON, 2009). O sexo, de agora em diante, restrito ao seio familiar, obedece ao encargo de reprodução e de modelação para a sociedade. A intimidade e a privacidade são ideias eminentes que restringem um espaço delimitado, íntimo ao casal, para quaisquer manifestações da sexualidade e com isso, endossam o silêncio e a repressão sexual (FOUCAULT, 1988).

O período é determinado pelo ascetismo, ou seja, a preterição de prazeres e sensações físicas e emocionais com o intuito de percorrer o caminho divino, verdadeiro e moral. Em decorrência, “facilitou a inserção, na Europa do século seguinte, de uma ideologia médico-social de controle, normatização e classificação de atos, atitudes e comportamentos sexuais” (RIBEIRO, 2005, p. 6) que por ameaçar e amedrontar a sociedade através de discursos enrijecidos sobre a expressão de gênero e proibicionistas sobre a masturbação e o prazer, torna-se agente da insegurança envolta na temática sexual (GARTON, 2009).

As delimitações religiosas radicais, medicalizantes e morais somam-se às demandas de produtividade de um novo sistema econômico-social: o capitalismo. Dentro da lógica do capital, toda e qualquer energia – inclusive a sexual – deve ser usada como força de trabalho e o sexo por prazer, mais uma vez, deve ser evitado em razão da percepção social de tabu e perversão, e assegura o espaço de controle sexual e dos corpos. Com isso, delimita-se de modo arbitrário, a confissão como instrumento de domínio e repressão da sexualidade, em um primeiro momento pela religião e posteriormente, difunde-se para a família, a medicina, o Estado, a escola e o próprio indivíduo (NUNES, 1987).

Ainda que a sexualidade seja reprimida enquanto saber e prática para toda a sociedade, as explorações teóricas - que facilitam a opressão de quem não tem o acesso ao conhecimento - por estudiosos (FREUD, 2016¹²; FOUCAULT, 1984, 1985, 1988¹³; REICH,

¹²FREUD, S. **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

¹³FOUCAULT, M. **História da sexualidade 2: o uso dos prazeres**. 8. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade 3: o cuidado de si**. 8.ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. 13.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

1980¹⁴) ganham espaço para serem debatidas de modo a levantar hipóteses e novas compreensões a respeito do fenômeno.

No entanto, como herança do traçado histórico greco-romano-cristão e do movimento dialético da repressão sexual – ora mais sutil, ora mais denso - obtém-se, atualmente, uma sexualidade inexplorada com dificuldade de ser vista e percebida como parte elementar de uma vida saudável. A carência teórica e técnica potencializam os desafios encontrados por profissionais para abordar a sexualidade, além de dificultar a existência de intervenções voltadas para a promoção da saúde sexual e agravar as necessidades sociais emergentes de uma prática inconsequente da sexualidade (LARA, 2009).

De acordo com Facchini, Daniliauskas e Pilon (2013) a sexualidade, no Brasil, aparece como demanda e um ponto de atenção multidisciplinar, em ascensão nos últimos anos, a partir dos movimentos sociais: LGBTQI+ e de igualdade de gênero. Curiosamente, em oposição às conquistas dos movimentos, são as especificidades desses indivíduos - entendidos como minorias - que são negligenciadas, rechaçadas e inexistentes quando nos referimos à sexualidade.

1.2 Educação Sexual

Ao reconhecer a sexualidade como um aspecto inerente à existência do ser humano, a Educação Sexual propõe a autonomia da pessoa ao adquirir conhecimento sobre o fenômeno e as manifestações advindas da expressão e identidade sexual. É um espaço simbólico de abertura para exposição de sentimentos, desconstrução de preconceitos e questionamentos das próprias compreensões e moralidades enraizadas sobre a sexualidade. Favorece e autoriza uma experiência mais prazerosa e individual sobre sua sexualidade (FIGUEIRÓ, 2009).

A Educação Sexual é um processo de aprendizado sobre sexualidade que ocorre ao longo da vida das pessoas, desde que nascemos de modo assistemático e não intencional, pois a todo o momento mensagens e valores sobre esse tema são transmitidos nas famílias, nas mídias, nos contextos diversos de socialização. Além disso, há também uma parte da Educação Sexual que, de modo intencional, organizado e sistematizado, configura-se um projeto interventivo, que, em geral, é oferecido nas escolas por professores ou profissionais da saúde (WEREBE, 1998; MAIA, 2006).

Para Maia e Ribeiro (2011) a Educação Sexual tem constituintes imprescindíveis que são as convicções, as expressões e experiências de cada um durante todo o ciclo vital. É

¹⁴REICH, W. **A revolução sexual**. 8.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

iniciada na família e posteriormente expande-se aos outros ambientes e relações, como no ambiente escolar. A intervenção sistematizada requer etapas, objetivos e espaços bem delimitados e solicita dos profissionais maior tato e conhecimento sobre a sexualidade para intervir nos pré-conceitos e experiências trazidas dos educandos.

A Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), da mesma forma, discorre que a Educação Sexual é vista nos processos de socialização, responsáveis por influenciar na construção e no desenvolvimento da sexualidade individual. Isto é, existe de modo fragmentado em lugares diversos em que seja possível o “socializar”, como a escola, a igreja e o trabalho. Mas pode-se, desse modo, adotar o formato sistematizado e estruturado no ambiente escolar (UNESCO, 2014).

Segundo Nunes e Silva (2000, p. 106) para atingir os objetivos citados da Educação Sexual é primordial que para além de inferir que a “sexualidade humana positiva, integral, afetiva e plena, é preciso que o educador possa fazer a crítica dos papéis tradicionais e de suas convicções ideológicas”, em razão de que educar sexualmente é olhar e perceber a própria sexualidade com posicionamento crítico e embasamento técnico-teórico pela ciência. Nessa lógica, a Educação Sexual é uma intervenção a longo prazo ao requerer transformações mais densas e uma reeducação constante da norma apreendida.

A sexualidade deve transcender o caráter religioso ou psicológico ao ser vista enquanto estrutural, dominada e dominante de todo o contexto social em âmbitos diversos, como a economia e a política. É reveladora da dinâmica conflituosa de uma sociedade. Com isto, para educar sexualmente necessita romper com o senso comum e com as interiorizações e expressão entendidas como normativas, reducionistas e higienistas (NUNES, 1987; NUNES; SILVA, 2000).

A Educação Sexual, dessa forma, é a legitimação da sexualidade, mais precisamente, da condição intrínseca e humana de conexão – individualizada e específica - com o mundo, consigo e com os outros. É, ainda, apoderar-se de uma existência sexual agradável e satisfatória (NUNES; SILVA, 2000). Nessa sequência, é fundamental que seja embasada em uma compreensão ampla do fenômeno que considere as expressões singulares de cada ser sexual, o social e a inexistência de uma prática única que sirva como modelo. Carece de uma prática informativa e reflexiva que elucide a sutileza das estruturas repressivas e da influência cultural na expressão da sexualidade, e que proporcione maior consciência e poder de decisão sobre o aspecto sexual (MAIA; RIBEIRO, 2011). De acordo com os autores (p. 79), a Educação Sexual estabelece “um projeto educativo que exerça uma ação ligada à vida, à saúde e ao bem-estar de cada indivíduo”.

Nunes e Silva (2000) distinguem a Educação Sexual tradicional da emancipatória. A primeira é herança dos processos históricos da cultura ocidental, de forma que a ordem é a sociedade patriarcal e a tradicionalidade (e por consequência, a moralidade) dos papéis sexuais. Limita-se, assim, as possibilidades de vivenciar a sexualidade a partir de um paradigma religioso bem estruturado e inflexível, e do aprisionamento dos gêneros e dos corpos aos *scripts, estigmas e estereótipos sociais*. A segunda, por sua vez, é a supressão da Educação Sexual tradicional por viabilizar o questionamento daquilo que é dado socialmente como natural. É objetivar a equidade de gênero de acordo com a consideração primária de condição humana, ainda que com expressões e sistemas reprodutores diferentes.

Diferenciam, igualmente, as atitudes dos educadores em relação à sexualidade dos educandos. Ao começar com a autoritária e repressiva: baseada na tradição, na explicação divina das manifestações sexuais, na moral e nos bons costumes em que a ordem é a violência, a repressão, a manutenção dos modelos estabelecidos socialmente em que o homem é produtor e a mulher reprodutora. A omissa, ausente e permissiva: correspondente a anulação da sexualidade no desenvolvimento infantil em que a educação é feita pelo silêncio, pela inabilidade e irresponsabilidade dos educadores em lidar com as descobertas e manifestações sexuais e pela ausência de resposta quando diretamente questionados (NUNES; SILVA, 2000).

A diletante e exótica: em que os esclarecimentos são feitos de forma indireta, ou seja, por metáforas e analogias ao mundo animal e/ou fantasioso por infantilizar o tempo todo os educandos e fugir do mundo real, de uma construção concreta de sexualidade e de curiosidade sexual. A delegante e patrulhadora: é a tentativa de integração entre as instituições familiares e escolares. No entanto, é característica da família a intimidação ao lidar com a temática e delega a função a um lugar específico em que as informações são adquiridas em grandes quantidades, ou seja, a escola. E a humanista emancipatória: preza pela liberdade, conhecimento e autonomia do indivíduo com a assistência integral que inclua a sexualidade (NUNES; SILVA, 2000).

As Orientações Técnicas Internacionais de Educação em Sexualidade (UNESCO, 2016; 2019) consideram a Educação Integral em Sexualidade (EIS) como um dispositivo para prevenção e promoção de saúde por propiciar – aos participantes - maior consciência e responsabilização das expressões e experiências sexuais, como por exemplo o poder de escolha, tão pouco difundido, sobre o não querer e não gostar de determinadas formas padronizadas da sexualidade.

Podem comunicar sobre métodos seguros que ao serem adotados, diminuem as questões de saúde mental que estão associadas às práticas não-saudáveis. A UNESCO (2016; 2019, p. 12) defende que “a EIS desempenha um papel essencial na preparação de jovens para uma vida segura, produtiva e plena para a qual o HIV e a aids, as IST, a gravidez não planejada, VBG¹⁵ e a desigualdade de gênero ainda representam riscos sérios para seu bem-estar”.

Contribuem para a iniciação adequada – condizente ao querer – de relacionamentos sexuais e condutas prudentes, com maior conhecimento e consentimento dos envolvidos e diminuem o envolvimento em episódios desprazerosos – às vezes violentos – que podem danificar a percepção e o exercício da sexualidade.

As diretrizes são pensadas para fornecer subsídios às instituições, principalmente, de saúde e educação (UNESCO, 2016; 2019) com o intuito de elaboração e execução de conteúdos e intervenções em sexualidade tanto no âmbito educacional quanto em outros possíveis contextos.

Há de se considerar que a Educação Sexual é inicialmente proposta como prática interventiva da área da saúde. Em consequência do domínio da ciência como mecanismo repressor - em substituição da religião - da a sexualidade com os discursos normatizadores e higienistas das práticas entendidas enquanto “anormais” (SFAIR; BITTAR; LOPES, 2015).

Contudo, a incorporação da temática sexual nos princípios educacionais é resultante de um amontoado de transformações sociais ocorridas no Brasil, por exemplo, a conquista da democracia e a promulgação da Constituição Federal (1988), o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (1996). Em uma tentativa de uma sociedade mais igualitária e justa, a educação é reconhecida como agente de mudança e de pensamento crítico e que, portanto, caberia a instituição escolar a Educação Sexual (UNESCO, 2014).

Maia e Ribeiro (2011) apontam que a proposta interventiva se apresenta em ao menos um documento oficial da educação desde 1996. Os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) são orientações técnicas para abordar temáticas relevantes para a vida pessoal e coletiva, como a sexualidade e a diversidade, de maneira transversal. Intui-se que a intencionalidade, o delineamento e a estruturação sejam premissas para a efetividade da Educação Sexual no âmbito escolar, bem como, a superação do elemento biologicista e da característica unicamente reprodutiva da sexualidade (MAIA; RIBEIRO, 2011).

¹⁵Violência Baseada em Gênero.

De acordo com Silva, Brancaleoni e Oliveira (2019) as novas determinações de conhecimentos essenciais, inclusive a respeito de gênero e sexualidade, para cada ano do Ensino Infantil e Fundamental foram publicadas em 2017 com a Base Nacional Comum Curricular (BNCC), documento substituto do PCN.

No entanto, a exploração da temática e as intervenções em sexualidade, ficaram sob-responsabilidade da seção de Ciências da Natureza durante, exclusivamente, o oitavo ano do Ensino Fundamental e reduziram-na a dimensão biológica de reprodução, puberdade, infecções sexualmente transmissíveis e gravidez. Além disto, a BNCC desconsidera as discussões sobre gênero e sobre preconceito, discriminações e crimes de ódio praticados contra as minorias sexuais (SILVA; BRANCALEONI; OLIVEIRA, 2019). Dessa forma, a implementação de uma Educação Sexual emancipatória, nessa configuração, é dificultada pela ausência de aceitação e cooperação governamental, escolar e familiar.

Todavia, os educandos são corresponsáveis pela intervenção, uma vez que os processos de reflexão-questionamento-desconstrução-mudanças práticas na vivência da sexualidade dependem da participação e entendimento da Educação Sexual. É diante deste argumento, que se entende como necessário a adaptação da linguagem para que o acesso às informações e conhecimentos sejam, de fato, possíveis para obter uma saúde sexual (MAIA; RIBEIRO, 2011).

A Educação Sexual, portanto, existe - independente de um formato sistematizado - e é possível em espaços em que jovens e adolescentes ocupem. Por esse ângulo, pondera-se a viabilidade da intervenção ser executada em políticas públicas de saúde - direcionadas aos adolescentes - que admitem uma interpretação ampla da sexualidade, emancipatória da Educação Sexual e da saúde sexual como componente de saúde integral.

1.3 Adolescência, sexualidade e vulnerabilidades

A adolescência é um período do desenvolvimento humano entendido e nomeado culturalmente há pouco tempo em comparação às demais fases do ciclo vital. O traçado histórico que culmina em delimitações teóricas e de práticas sociais para os indivíduos que compreendem a faixa etária desta fase, é resultante das transformações sociais, como a revolução industrial e promulgação da defesa dos direitos e deveres da criança e do adolescente (PAPALIA; FELDMAN, 2014).

A passagem da infância para a vida adulta era consequência do amadurecimento físico ou da inserção no mercado de trabalho (AMORIM; MAIA, 2013; PAPALIA; FELDMAN,

2014) ou seja, as funções exercidas perante a sociedade eram semelhantes, muito embora as condições biológicas, psicológicas e emocionais fossem divergentes.

De acordo com Philippe Ariès (1986) na sociedade medieval, eram – somente – entendidos como “pequenos adultos”, inexistia a distinção entre as particularidades das crianças, dos adolescentes e dos adultos. Eram iniciados na vida adulta a partir da convivência com os mais velhos e, por consequência, da aprendizagem feita nesse contexto. A inexistência “se estendia a toda a atividade social: aos jogos e brincadeiras, às profissões e às armas” (p. 157).

É a partir da função escolar – antes restrita aos clérigos – de iniciação social e de disciplinarização com separação de classes embasada na consciência sobre as capacidades das diferentes idades, que as crianças e adolescentes são ressignificados e considerados socialmente (ARIÈS, 1986).

Como não há um início bem delimitado cronologicamente, podemos considerar que a adolescência é marcada pelo início da puberdade - caracterizada pelas modificações físicas em função da ação dos hormônios sexuais, pela maturação sexual e pela capacidade de reprodução. A puberdade é caracterizada como um fenômeno universal, pois as mudanças orgânicas acontecem independentes da cultura e contexto; já o período que chamamos “adolescência” é um fenômeno social na medida em que há culturas que delimitam e valorizam esse momento na vida de meninos e meninas, e outras não, considerando uma passagem mais abrupta da criança para a vida adulta (MAIA, 2014).

Calligaris (2000) refere-se à adolescência como um ideal cultural em que, além de sustentar um imaginário estimulante de autonomia e liberdade, as referências de “o que é ser um adolescente?” são pensadas e interpretadas com base nas concepções e desejos do adulto. A classificação enquanto adolescente interliga-se à capacidade do indivíduo de assimilar a relevância social do sucesso financeiro e sexual, à maturação biológica e corpórea e ao período de moratória¹⁶.

O “adolescer” transita da inexistência para um período entendido socialmente enquanto “problemático”, que demanda de políticas específicas para atender as especificidades e individualidades dos adolescentes. Provoca, assim, as estruturas normativas e repressoras que ao longo do processo histórico os invalidou enquanto seres de direitos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

¹⁶“Pausa” no desenvolvimento necessária para experimentações de possibilidades de ser (CALLIGARIS, 2000).

Os saberes comuns sobre os adolescentes são reduzidos às dimensões biológicas da puberdade, das transformações corpóreas e das mudanças hormonais. Como resultado, têm-se um corpo sexuado, cujo, a existência da sexualidade é considerada. Contudo, a ausência de ensinamentos sobre o fenômeno - por parte dos educadores - durante a infância acomete a nova fase em que os adolescentes são cobrados e obrigados a terem conhecimentos e mecanismos satisfatórios para uma vivência sexual sem riscos. As instituições responsáveis ignoram, desta forma, a importância de perceber a sexualidade conforme a história do próprio indivíduo e da construção do conceito – que como vimos transcende o sentido biológico (MENDES, 2005).

Mendes (2005) a partir dos resultados de análise sobre as temáticas de “adolescência, gênero e AIDS” pontua que os adolescentes se relacionam sexualmente, de modo geral, por estarem apaixonados e envolvidos com os pares. Divergem quanto a questão da virgindade, há aqueles que reproduzem os estereótipos de gênero criados socialmente em que modela o desejo sexual feminino a ponto de adiar sua realização somente após o casamento, ao mesmo tempo que se discute sobre a importância de uma prática sexual consciente independente do status de relacionamento.

Os adolescentes problematizam sobre o gênero ser um fator determinante no modo como vivenciam a adolescência, a sexualidade e a virgindade. A autora disserta, igualmente, a respeito da percepção dos jovens de que a AIDS é uma doença e do aumento de contágio entre pessoas mais novas heterossexuais devido à falta de responsabilidade e de cuidado.

Conclui que a ausência de diálogo com os pais e/ou responsáveis, acarreta em consequências como a gravidez não planejada e o desconhecimento parcial sobre a ISTs e modos de prevenção (MENDES, 2005).

Nessa perspectiva, a sexualidade na adolescência é vista como um período em que comumente, as experiências afetivas e sexuais são estruturadas, composta por desejos e maneiras singulares de amor e de sentimento (MAIA, 2014).

De acordo com Papalia e Feldman (2013, p. 427) o adolescente adquire maior consciência do fenômeno ao “ver-se como um ser sexual, reconhecer a própria orientação sexual, chegar a um acordo com as primeiras manifestações da sexualidade e formar uniões afetivas ou sexuais, tudo isto faz parte da aquisição da identidade sexual”.

Mais recentemente, a partir da Constituição Federal Brasileira (1988) e do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990), o Estado tem previsto e considerado as garantias para os adolescentes, inclusive, os direitos sexuais e reprodutivos listados como parte dos Direitos Humanos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Os jovens considerados como livres, seres

desejantes e de direitos, têm a prerrogativa de uma educação sexual e reprodutiva que os amparem na tentativa de experienciar uma sexualidade mais coesa e consciente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A adolescência é definida, dessa forma, a partir da intensa exploração pessoal e interpessoal no âmbito social e sexual. Em consequência dos movimentos incessantes de busca e da ausência de uma educação sexual eficaz e formal, configura-se uma maior vulnerabilidade para violências sexuais, uso de substâncias psicoativas, infecções sexualmente transmissíveis e gravidez não planejada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Cabral, Oliveira, Messias, Santos e Bastos (2016) ratificam que a adolescência é um período em que as vulnerabilidades são agravadas e aproximam-se de questões acerca da sexualidade. Os autores dissertam que os riscos permeiam a faixa etária devido às resistências, a falta de informação para as demandas aparentes e as ilusões de invulnerabilidade encontradas nos adolescentes.

Ser vulnerável é condição do ser humano quando incapaz de identificar e evitar os fatores de riscos presentes no ambiente e associa-se às dimensões socioculturais, econômicas, políticas e individuais – como a família e a própria história. Há, nessa perspectiva, variáveis que potencializam a vulnerabilidade da adolescência como a interseccionalidade - raça, gênero e classe -, a (im)possibilidade de acesso à saúde e à informação e o déficit de políticas públicas que atendam os adolescentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

A vulnerabilidade, logo, é a percepção de exposição à um deteriorador de saúde a nível individual ou grupal que são edificadas a partir de três prismas: individual que podem ser aspectos comportamentais, biológicos, afetivos e psíquicos do sujeito; social que diz respeito às relações sociais e ao contexto; programática que são os serviços e ações disponíveis para a intervenção em vulneráveis. A tríade funciona de modo independente, como por exemplo, em configurações de grande vulnerabilidade individual que podem surgir em contextos com riscos mínimos (AYRES, 2009).

Bellenzani e Malfitano (2006) aprofundam a discussão ao proporem o conceito de vulnerabilidade psíquica que são circunstanciais a elementos incitadores de sofrimento psíquico, presentes tanto na vulnerabilidade social quanto na individual, pois sobrepostas constituem as subjetividades. A conceituação propicia a supressão de uma perspectiva estigmatizante e incriminatória do indivíduo frente ao adoecimento psicológico por considerar os contextos ocupados por adolescentes. Além de responsabilizar os espaços e as políticas - voltados à juventude – por uma intervenção intersetorial e multidisciplinar.

Como consequência da definição de *vulnerabilidade*, a modificação das práticas em saúde pôde ser pensada de forma crítica e participativa a conceber o “vulnerável” como resolução de um ambiente disfuncional somado às demandas subjetivas e individuais. Os novos intuitos são de superação da função informativa - de advertir sobre os riscos à sexualidade -. Estima-se a transformação das suscetibilidades ao adoecer, a partir da proteção e mobilização dos adolescentes (BRÊTAS, 2010).

Isto posto, justifica-se a importância de criar serviços e intervenções em Educação Sexual, em contextos diversos, que convocam os pares, familiares e amigos para dialogar, questionar e apreender a sexualidade como produto de uma lógica normativa e de um processo histórico-cultural. Para que assim, novas vivências sexuais, a promoção, a prevenção e intervenção – quando for o caso – em saúde sexual e reprodutiva sejam (para além de possível) uma realidade (DINIS; ASINELLI-LUZ, 2007).

1.4 Estigma e discriminação em saúde

As vulnerabilidades que estão distantes de serem superadas ou transformadas são efeitos enraizados de marcas sociais que delimitam a identidade do sujeito e a possibilidade de pertencimento aos espaços públicos, e inibem a socialização integral (GOFFMAN, 1963). Nomeadas como *estigma*, são características entendidas como disformes ao serem equiparadas ao “normal” e ao “esperado”. Originalmente atribuídas às diferenças físicas, de subjetividades e de raça, religião ou nacionalidade. Mais precisamente, o estigma confere uma série de sentidos e conceitos depreciativos acerca de identidades vistas enquanto excêntricas, como as minorias sociais e sexuais, os adolescentes (“aborrecência”), os corpos díspares e às pessoas com transtorno mental (GOFFMAN, 1963; PARKER, 2012).

É visto - assim como o preconceito - como o arcabouço teórico que sustenta as ações discriminatórias e fundamenta a exclusão social a ponto de potencializar, de forma espontânea ou intencional, a marginalização e a dificuldade de acesso aos cuidados em saúde (PARKER, 2012).

As identidades e particularidades desses sujeitos esbarram em uma prática insensível e descontextualizada que tentam controlá-los e reprimi-los para que os aproximem o máximo de um “padrão de desenvolvimento” (AYRES, 2003). As ações e serviços estão embasadas no conceito de política sexual, definida como um movimento de adequação das práticas e das expressões da sexualidade intrincado nas propostas do Estado enquanto órgão regulador da sociedade, de acordo com Weeks (1989) e Carrara (2013). A existência de uma política e

tentativa de “adestramento” tanto da população desviante quanto das práticas sociais, provoca como consequência, a retroalimentação do estigma e o aprofundamento das diferenças.

Com isto, estão mais suscetíveis às discriminações, às violências e aos abusos, e ao recorrerem aos serviços especializados, lidam com a precarização e hostilidade, de modo a agravar a saúde mental dos estigmatizados (MEYER, 2003). As discriminações sentidas podem provocar efeitos danosos para a saúde dos indivíduos, são eles: agravamento da saúde mental - ansiedade, depressão e redução da autonomia -; alterações psicofisiológicas como estresse, aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial; e a dificuldade de participação e de acesso aos comportamentos mais indicados para promoção de saúde (BASTOS; FAERSTEIN, 2013).

A política sexual configura, portanto, as instituições de cuidado e de atenção em saúde e embasa a prática da ciência médica que objetiva a função de restabelecer a ordem e de controlar os possíveis “desvios” que “perturbam” uma sociedade heterogênea (FOUCAULT, 1988). A repressão, dessa forma, é um dispositivo perfeito que ao ser estruturado a partir da medicalização da sociedade e do indivíduo, ordena todo o funcionamento social e engessa a manifestação da sexualidade e da subjetividade.

Como efeito, os saberes médicos e psiquiátricos, aproximaram a “loucura” da “sexualidade” em diversas circunstâncias: a) ao limitarem a prática sexual ao crivo da normalidade, ou seja, a sociedade espera de todos a mesma performance heterossexual, cisgênero e monogâmica; b) ao excluírem socialmente os indivíduos que apresentam um quadro de transtorno mental ou uma orientação sexual e identidade de gênero que foge a lógica heteronormativa; c) ao institucionalizarem o tratamento com o objetivo de “consertar” a sexualidade e a loucura em um único espaço - antigamente - nomeado como “manicômio”; d) ao estipularem que ambas complexidades são demandas e objeto de estudo (majoritariamente) da medicina; e) ao inferirem que, na ausência de uma padronização sexual e da saúde mental, o caos dentro de uma sociedade tornaria-se uma realidade; f) ao postularem, por vezes sutilmente, que os indivíduos que não seguem o “desenvolvimento padrão” são considerados doentes ou loucos (FOUCAULT, 1972; 1988; MACHADO, 2018).

O *estigma*, assim sendo, estabelece uma relação íntima com a dimensão da sexualidade: realidade dos indivíduos com HIV/AIDS que depois de trinta anos da existência do vírus, ainda sofrem com as discriminações existentes na sociedade (BASTOS, 2013) e com a dimensão dos transtornos mentais: vivência recorrente de pessoas com esquizofrenia que sofrem com a extorsão de uma vida profissional e pessoal justificada socialmente pelos

“perigos” que o transtorno mental traz para o bem-estar do todo (ROCHA; HARA; PAPROCKI, 2015).

Estima-se, desta forma, a viabilidade (e tentativa) de reduzir a discriminação e fortalecer um grupo específico que é marcado por interseção de três planos: a adolescência, a sexualidade e o transtorno mental.

1.5 “Loucura” e a intersecção com os estudos sobre a sexualidade

A “loucura” é característica dos indivíduos vistos como “desajustados” ou “disfuncionais” sob um julgamento a partir da ótica do capitalismo, ou seja, de produção, reprodução e manutenção do sistema econômico, como consequência da inadequação, encontra-se o interesse de controlá-los ou discipliná-los e para isso, há concomitantemente o diagnóstico de transtorno mental e a exclusão (DE OLIVEIRA, 2011) entendida, atualmente, com a dificuldade de inserção social, autonomia, respeito e qualidade de vida.

A institucionalização detém, portanto, a função reparadora do “problema”: seja por cirurgias esterilizadoras em que escancara o poder da medicina (e da sociedade) sobre esses corpos (ENGEL, 1999), seja por “esterilização simbólica” em que a pessoa com transtorno mental é desabilitada do exercício pleno de sua vida sexual. Como desdobramento a instituição, os trabalhadores em saúde mental e a sociedade veem a sexualidade desses indivíduos condicionada a uma lógica estritamente “assexual”, heteronormativa ou infantil (MACHADO, 2018).

No Brasil, por sua vez, o modelo asilar é alvo de inúmeras reivindicações e manifestações sociais de trabalhadores em saúde mental. Devido a assistência precária e desumanizada, discordâncias são criadas no tratamento das pessoas internas nos antigos hospitais psiquiátricos e a Lei 10.216/01 é promulgada para normatizar os direitos e as proteções da pessoa com transtorno mental (BRASIL, 2001).

Um novo instrumento é originado com modos distintos de atenção, de convicções e juízos destinados ao sofrimento psíquico e incentiva um olhar mais justo e singular para o “louco” dentro do seu próprio contexto ao visar a desinstitucionalização (HIRDES, 2009), proposta que determina: a substituição dos hospitais por serviços psicossociais; a mudança de um cuidado psiquiátrico que pode ser desenvolvido em comunidade; e a restauração ou construção da cidadania, da individualidade e da independência desse indivíduo em conjunto com a inclusão à sociedade e a família (GONÇALVES; SENA, 2001).

No entanto, a lógica da psiquiatria ainda obedece a verticalização do saber, ou seja, o médico é o detentor do conhecimento enquanto a pessoa com transtorno mental é o “ignorante” e nada mais do que o próprio diagnóstico e objeto de estudo científico. O “louco” é passível de exclusão e afastamento dos outros, de si mesmo e de possíveis demandas comuns aos seres humanos: ser livre, a experiência sexual e o processo de morte (RINALDI, 2000).

A reforma psiquiátrica falha, assim, “em lidar com a sexualidade quando se considera os parâmetros normativos e higienistas das práticas em saúde sobre os corpos em relação às narrativas singulares” (MACHADO, 2018, p.54).

Uma das alternativas e resoluções possíveis para diminuir os mitos da sexualidade da pessoa com transtorno mental, bem como, adquirir maior conhecimento e autopercepção sobre a sexualidade é a educação sexual, seja informal (sem intencionalidade, dá-se no dia-a-dia e nas relações) ou formal (com intencionalidade e dentro de uma instituição) ao proporcionar a discussão a respeito de e com os indivíduos que fogem à norma ou são incompreensíveis perante a sociedade a fim de trazê-los ao ponto central do diálogo com a perspectiva de modificar a marginalização destes (WEREBE, 1998; FIRMINO; PASTANA; SIMÕES, 2015).

Como herança desse saber-poder médico e dos hospitais psiquiátricos em que os mecanismos de controle e exclusão dos corpos, da sexualidade e da subjetividade eram permitidos, as temáticas ainda são um tabu dentro de uma sociedade conservadora como o Brasil.

À vista disso, os estudos sobre a sexualidade dos usuários do serviço de saúde mental são poucos, em sua maioria, na área de Enfermagem como em Barbosa, Souza e Freitas (2015), Barbosa (2011), Ziliotto (2014), Ziliotto e Marcolan (2013) e Brito e Oliveira (2009), que propiciam a percepção do fenômeno por um viés biológico. No entanto, há a aproximação da Psicologia com a temática devido a presença de disciplinas que abarque a sexualidade nos currículos do curso e um maior preparo para intervenções voltadas ao assunto devido a ligação direta do fenômeno com o pensar, o sentir e o ser (MOURA; PACHECO; DIETRICH; ZANELLA, 2011), mas encontramos somente um artigo de revisão bibliográfica (DETOMINI; RASERA; PERES, 2016) e uma dissertação (DETOMINI, 2016) no cenário brasileiro.

As percepções da sociedade sobre a sexualidade de pessoas com transtornos mentais são construídas em uma base de preconceito - podem ser negadas por colocarem a doença mental como a única definição desse sujeito ou podem ser hipersexualizadas com a

justificativa de que há o aproveitamento do diagnóstico para a masturbação em público e abusos sexuais – e de repressão, pois a evidência de um desejo sexual, mesmo que por verbalização, é vista como inadequada (BRITO; OLIVEIRA, 2009). Segundo Ziliotto (2014, p. 968) “mesmo as manifestações mais singelas e rotineiras de expressão da sexualidade como toque, beijo, abraço, olhar ou modo de vestir-se também foram consideradas fora do contexto esperado e, portanto, vistas como psicopatológicas”. Além disso, o contexto de experimentação sexual é de extrema precariedade social, situação que deve ser considerada para assegurar a saúde sexual, que é identificada dentro das premissas de integralidade e de equidade (BARBOSA, 2011).

No entanto, a exclusão pelos serviços públicos é uma realidade, pois ainda que promovam ações que se referem a temática com o intuito de potencializar a relação com a sociedade dentro das possibilidades de cada ofício, não abarcam a sexualidade dessa população e mais uma vez, a silenciam, a desprezam e a medicam (DETOMINI, 2016). A omissão indica uma visão reducionista do evento que gira em torno do ato sexual, da censura e do caráter ilícito e deslegitima a mediação de terceiros ou a atenção para esse aspecto do desenvolvimento (BARBOSA; SOUZA; FREITAS, 2015).

Ressalta-se a importância de compreender a sexualidade para além dos sintomas, como um constructo social e produto dos relacionamentos traçados no decorrer do ciclo vital e desfocar do processo saúde-doença, da medicalização, da norma vigente da sociedade (heteronormativa) e da religião na atenção e na experiência sexual dos usuários do CAPS (DETOMINI, 2016).

Diante dessas considerações teóricas, partimos para a justificativa e objetivos desta pesquisa.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos dados que obtivemos, evidenciou-se na revisão da literatura brasileira que a saúde sexual e reprodutiva como um aspecto de uma saúde global é insuficiente para que a sexualidade exista como foco de intervenção. Além disso, expôs a existência de uma Educação Sexual pouco embasada e que parte da vontade e do desejo do profissional em intervir, mesmo que seja prevista como um direito humano.

Além disso, que as barreiras encontradas são, em geral, resultados da Educação Sexual recebida pelos profissionais ao longo da própria vida, seja pela educação omissa, conservadora, seja pela falta de formação que hoje se reflete na prática com as crianças e adolescentes de uma sexualidade “educada”, administrada e também vista como demanda-problema nos serviços de saúde.

Os resultados do Estudo 1 apontam para a compreensão da sexualidade como naturalizada, parte do ser humano, bem como, como manifestação do transtorno - hipersexualização dos usuários. São dados que divergem do Estudo 2 em que a sexualidade foi vista somente como inerente ao ser humano. Mostram, ainda, que há maior quantidade de estudos publicados na área de enfermagem em relação às áreas sociais e às psicológicas, o que sugere uma perspectiva biologista aderida e ensinada pela sociedade e pelos dispositivos

repressivos existentes, dizendo de outro modo, é o corpo medicalizado, corpo orgânico, separado da subjetividade e de seu contexto social.

Dificulta, com isso, a capacitação crítica de profissionais para que possam definir a sexualidade de maneira complexa e ampla, e justifica a intervenção, quando existente, voltada majoritariamente para prevenção de ISTs e gravidez não planejada ou ainda uma visão restrita de saúde.

O Estudo 1 dialoga com o Estudo 2 na medida em que expõe o déficit de saber existente sobre sexualidade, assim como, a existência de ações pautadas no aspecto biológico da sexualidade. Entretanto, podemos vislumbrar a defesa da proposta de intervenção com as oficinas em sexualidade que corroboram e assemelham-se à Educação Sexual com a finalidade de propiciar às crianças e aos adolescentes saberes e conhecimentos que os auxiliem em uma vivência saudável de sexualidade.

Infelizmente, em outro ponto de intervenção, estão as medidas de repressão e controle das manifestações sexuais observadas na instituição ao partirem do pressuposto que a sexualidade é uma manifestação do transtorno e que, portanto, deve ser “medicada” e desconsiderada, dados que não se sustentam no Estudo 2, uma vez que os profissionais, em sua maioria, entendem sim que a sexualidade é um aspecto humano independentemente da presença ou ausência de um transtorno mental, mas que apesar disso, é, ainda, uma temática de difícil acesso e vinculação com qualidade de vida, bem-estar e saúde mental.

Desta forma, o Estudo 2, indica um reconhecimento por parte da equipe da importância da temática no tratamento de uma criança ou adolescente, usuário do CAPSi, ao entenderem a sexualidade como aspecto inerente ao ser humano e a Educação Sexual como via e instrumento para uma experiência em sexualidade que seja positiva, consciente e crítica. É uma demanda comum em atendimentos e com isto, poderia ser uma justificativa para implementação de um programa de Educação Sexual.

No entanto, há obstáculos a serem superados como as próprias convicções e crenças dos profissionais em saúde e a falta de formação continuada para capacitar a equipe; ausência de capacitação durante toda a formação e orientações pautadas em senso comum ou conhecimentos de outra ordem que não seja a ciência; a saúde mental como aliada da saúde reprodutiva e sexual - exposição a risco, insciência do próprio corpo, vontades e desejos, e discriminações, preconceitos e estigmas sofridos podem causar sofrimento psíquico.

Para tanto, justifica-se a necessidade de capacitação da equipe, como continuação do estudo; programa de ES com os profissionais para embasar as orientações e informações que

são passadas aos jovens e adolescentes; se aproximar, assim, de uma Educação Sexual emancipatória, crítica e que proporcione a autonomia dos educandos;

A intervenção inicial voltada para os profissionais, pois a) precisam dar conta da demanda que surge sobre sexualidade b) a sexualidade por ser um tabu, é um assunto “polêmico” que gera repercussões que deverão ser debatidas e acolhidas pelos profissionais quando for demanda dos adolescentes.

A Educação Sexual sugerida como um instrumento que possibilita a construção do saber em sexualidade de forma crítica e estruturada. A estruturação tem a ver com planejamento, e é preciso, dessa forma, pensar a longo prazo para atingir efeitos mais consistentes que modifiquem a dinâmica da equipe quando abordarem a sexualidade.

Em última instância, sugestiona-se um projeto interventivo que os capacite, imediatamente, para intervir em abuso e violência sexual com as crianças e adolescentes com o intuito de promoção de saúde sexual e mental e prevenção de vulnerabilidades;

Há um ponto em que os estudos dialogam de forma permanente, e que merece destaque por ser relevante: a sexualidade, ainda que vista como natural e inerente ao ser humano, é ausente ao pensar em uma intervenção integral para os usuários do serviço;

Conclui-se que há um contraponto posto que é: a (sexualidade) condição própria de humanos que é desconsiderada quando lidamos com eles; reflexo e herança dos saberes que nos foram ensinados e da dificuldade que temos de (re)pensar a nossa própria sexualidade; como resolutiva, novamente e por fim, a Educação Sexual atrelada ao tratamento de crianças e adolescentes com transtorno mental, a fim de garantir o que lhes são de direitos: a saúde mental, sexual e reprodutiva.

Novos estudos poderiam ampliar esta discussão, a partir de amostras diversas de profissionais e em outros Centros de Atenção Psicossocial, para além do Estado de São Paulo e com as concepções dos próprios usuários. Há, ainda, a possibilidade de implementar um programa de Educação Sexual e avaliar os efeitos provocados dentro desses serviços. Acreditamos, portanto, que o estudo é limitado, embora a relevância social seja justificada ao abordarmos a temática da vulnerabilidade e exposição ao risco que adolescentes e pessoas com transtorno mental vivenciam em relação à sexualidade.

REFERÊNCIAS

- AIRÈS, P. **História Social da Criança e da Família**. 2.ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.
- ALTMANN, H. Diversidade sexual e educação: desafios para a formação docente. **Sex., Salud Soc. (Rio J.)**, Rio de Janeiro, n. 13, p. 69-82, Apr. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872013000100004&lng=en&nrm=iso>. access on 28 Apr. 2021.
- AMORIM, R. M.; MAIA, A. C. B. Sexualidade na adolescência: dúvidas de alunos de uma escola pública. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, v. 7, n. 4, p. 95–106, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.fclar.unesp.br/iberoamericana/article/view/6290>>. Acesso em: 10 ago. 2020.
- ASSIS, S. G. de; AVANCI, J. Q.; PESCE, R. P.; XIMENES, L. F. Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 349-361, Abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 maio 2021.
- AYRES, J. R. de C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 11-23, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000600003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 ago. 2020.
- AYRES, J. R. de C. M. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2003. p.117-139.
- BARBOSA, J. A. G. **Sexualidade e vulnerabilidade social de pessoas com transtornos mentais atendidas em serviços públicos de saúde mental**. Dissertação (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, 2011. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/GCPA-8HWK9X?mode=full>>. Acesso em: 23 out. 2020.
- BARBOSA, J. A. G.; SOUZA, M. C. M. R.; FREITAS, M. I. de F. The inclusion of sexuality as an essential aspect of comprehensive care for individuals with mental disorders. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 7, p. 2165-2172, jul. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000702165&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 out. 2020.
- BARBOSA, J. A. G.; SOUZA, M. C. M. R.; FREITAS, M. I. de F. Violência sexual: narrativas de mulheres com transtornos mentais no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, 2015.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Edições 70. São Paulo: Almedina Brasil, 2016.
- BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?. **Saúde e sociedade**, v. 11, p. 67-84, 2002.

BATISTA, K. B. C.; GONCALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saude soc.**, São Paulo , v. 20, n. 4, p. 884-899, Dec. 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Abr. 2021.

BRASIL. **Lei nº 9.263**, Lei do Planejamento familiar, 12 de janeiro de 1996. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRITO, P. F. de; OLIVEIRA, C. C. de. A sexualidade negada do doente mental: percepções da sexualidade do portador de doença mental por profissionais de saúde. **Ciênc. cogn.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 246-254, mar. 2009. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-58212009000100016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 out. 2020.

BELLENZANI, R.; MALFITANO, A. P. S. Juventude, vulnerabilidade social e exploração sexual: um olhar a partir da articulação entre saúde e direitos humanos. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 115-130, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 ago. 2020.

BRÊTAS, J. R. da S. Vulnerabilidade e adolescência. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.**, v. 10, n. 2, dez. 2010.

CALLIGARIS, C. **A Adolescência**. São Paulo: Publifolha, 2000.

CABRAL, J. V. B.; OLIVEIRA, F. H. P. C. de; MESSIAS, D. C. de A.; SANTOS, K. L. L. M.; BASTOS, V. A percepção de vulnerabilidade da população adolescente sobre o HIV/AIDS. **Espaço para Saúde**, v. 17, n. 2, p. 212-219, 2016. Disponível em:< <http://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/303>>. Acesso em: 18 ago. 2020.

CARVALHO, C. C. Identidade e intimidade: Um percurso histórico dos conceitos psicológicos. **Aná. Psicológica**, Lisboa, v. 17, n. 4, p. 727-741, dez. 1999. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82311999000400009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 maio 2020.

CEDRAZ, A.; DIMENSTEIN, M.. Oficinas terapêuticas no cenário da Reforma Psiquiátrica: modalidades desinstitucionalizantes ou não?. **Rev. Mal-Estar Subj.**, Fortaleza , v. 5, n. 2, p. 300-327, set. 2005 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482005000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: em 28 abr. 2021.

CONSTANTINIDIS, T. C.; CID, M F. B.; SANTANA, L. M.; RENÓ, S. R.. Concepções de Profissionais de Saúde Mental acerca de Atividades Terapêuticas em CAPS. **Trends Psychol.**, Ribeirão Preto , v. 26, n. 2, p. 911-926, Jun. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2358-18832018000200911&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 06 maio 2021.

DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, M. C.; TAKAHASHI, R. F.; BERTOLOZZI, M. R. Revisão sistemática: noções gerais. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1260-1266, Out. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500033&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 maio 2021.

DE OLIVEIRA, W. V. A fabricação da loucura: contracultura e antipsiquiatria. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 18, n. 1, p. 141-154, 2011. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/3861/386138054009.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2020.

DETOMINI, V. C. **Sexualidade e Saúde mental: construindo sentidos entre pessoas usuárias de um CAPS**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Uberlândia, 2016. Disponível em: <<http://www.pgpsi.ip.ufu.br/node/466>>. Acesso em: 23 out. 2020.

DINIS, N.; ASINELLI-LUZ, A. Educação sexual na perspectiva histórico-cultural. **Educ. rev.**, Curitiba, n. 30, p. 77-87, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-40602007000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 ago. 2020.

DUARTE, M. J. de O. Diversidade sexual, políticas públicas e direitos humanos: saúde e cidadania LGBT em cena. **Temporalis**, v. 14, n. 27, p. 77-98, 2014.

EISLER, R. **O prazer sagrado: sexo, mito e a política do corpo**. Rio de Janeiro: Rocco, 1996.

ENGEL, M. G. As fronteiras da ‘anormalidade’: psiquiatria e controle social. **História, Ciências, Saúde- Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 547-563, 1999.

FARIAS, I. D. de. **Oficinas terapêuticas: significado para profissionais de saúde do CAPS**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pelotas, 2013.

FARIA, H. P. de; CAMPOS, F. C. C. de; SANTOS, M. A. dos. **Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde**, 2018.

FIGUEIRÓ, M. N. D. **A formação de educadores sexuais: possibilidades e limites**. 2001. 316 f. Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Filosofia e Ciências, 2001.

FIGUEIRÓ, M. N. D. Educação Sexual: como ensinar no espaço escola. In: FIGUEIRÓ, M. N. D. (Org.). **Educação sexual: múltiplos temas, compromisso comum**. Londrina: UEL, 2009, p. 141-172.

FIRMINO, F. H.; PASTANA, M.; SIMÕES, S.C.S; Educação sexual e diversidade: discussões a partir de um projeto de intervenção com adolescentes. **IV SIES**, UEM, Maringá, 2015. Disponível em: <<http://www.sies.uem.br/trabalhos/2015/662.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2020.

FONTES, L. F. C.; CONCEIÇÃO, O. C.i; MACHADO, S. Violência sexual na adolescência, perfil da vítima e impactos sobre a saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2919-2928, Set. 2017. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002902919&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 Abr. 2021.

FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1972.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FOUCAULT, M. Sobre a história da sexualidade. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 28.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

GARTON, S. **História da Sexualidade: da antiguidade à revolução sexual**. Lisboa: Editorial Estampa, 2009.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1963.

GONCALVES, A. M.; SENA, R. R. de. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 48-55, Apr. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 out. 2020.

GONINI, F. A. C.; RIBEIRO, P. R. M. A sexualidade e sua construção histórica: alguns apontamentos para educadores que trabalham com educação sexual. In: Jabonero, M; Bris, M. M.; Arias, A. M.; Bizelli, J. L. (Eds.) **Miradas diversas de la educación em Iberoamerica**. Bucaramanga: Universidad Autónoma de Bucaramanga, 2014, p. 265-277.

HAUER, M.; GUIMARÃES, R. S. de. Mães, filh@s e homossexualidade: narrativas de aceitação. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 3, p. 649-662, set. 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2015000300010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 maio 2021.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 297-305, Feb. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100036&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 out. 2020.

KING, H. Preparando o terreno: sexologia grega e romana. In: PORTER, R.; TEICH, M. (Orgs.). **Conhecimento sexual, ciência sexual: a história das atitudes em relação à sexualidade**. São Paulo: Editora UNESP, 1998, p. 45-63.

LANGDON, E. J.; WIIK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 459-466, 2010. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4176>. Acesso em: 9 jul. 2020.

LE GOFF, J.; TRUONG, N. A sexualidade, ápice da depreciação. In: LE GOFF, J.; TRUONG, N. **Uma história do corpo na idade média**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

LOPES, G. P.; DO NASCIMENTO, L. G.; DE REZENDE, W. C. Os profissionais da saúde e a educação sexual. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, v. 3, n. 1, 1992.

MACHADO, G. da S. **Experiência Macabea: modos de subjetivação e sexualidade em internações psiquiátricas de longo prazo ou asilares**. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Florianópolis, 2018. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/191066>>. Acesso em: 15 out. 2020.

MAIA, A. C. B. **Diálogos sobre sexualidade com a criança**. In: Sexualidade e Infância ed.São Paulo : CECEMCA/ UNESP, 2005, p. 61-72

MAIA, A. C. B. **Sexualidade e Deficiências**. São Paulo: editora Unesp, 2006.

MAIA, A. C. B.; RIBEIRO, P. R. M. Desfazendo mitos para minimizar o preconceito sobre a sexualidade de pessoas com deficiências. **Rev. bras. educ. espec.**, Marília, v. 16, n. 2, p. 159-176, ago. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-65382010000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 maio 2020.

MAIA, A. C. B.; RIBEIRO, P. R. M. Educação sexual: princípios para ação. **Doxa. Revista Paulista de Psicologia e Educação**, v. 15, n. 1, p. 41-51, 2011.

MAIA, A. C. B. **Sexualidade e Educação sexual**. UNESP, 2014. Disponível em: <<https://acervodigital.unesp.br/handle/unesp/155340>>. Acesso em: 18 ago. 2020.

MENDES, P. de O. **Adolescência, gênero e AIDS nos significados atribuídos por jovens de três escolas de Florianópolis**. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2005. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/106570>>. Acesso em: 18 ago. 2020.

MEYER, I. H. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. **Psychological bulletin**, 2003, p. 674–697.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Organização Pan-Americana da saúde. **Saúde e sexualidade de adolescentes: construindo equidade no SUS**. Brasília: OPAS, MS, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

MOURA, A. F. M., PACHECO, A. P., DIETRICH, C. F., ZANELLA, A. V. Possíveis contribuições da psicologia para a educação sexual em contexto escolar. **Psicologia Argumento**, v. 29, n. 67, 2017. Disponível em: <

<<https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/20217>>. Acesso em: 19 out. 2020.

NUNES, C. A. **Desvendando a sexualidade**. 2.ed. Campinas, São Paulo: Papyrus, 1987.

NUNES, C. A.; SILVA, E. **A Educação Sexual da Criança: polêmicas do nosso tempo**. Autores Associados. Campinas, 2000.

NUNES, C. B.; SARTI, C. A.; OHARA, C. V. da S. Profissionais de saúde e violência intrafamiliar contra a criança e adolescente. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 22, n. spe, p. 903-908, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000700012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 Abr. 2021.

OGUISSO, T. A educação continuada como fator de mudanças: visão mundial. **Nursing (edição brasileira)**, São Paulo, v. 3, n. 20, p. 22-29, 2000.

OLIVEIRA, M. A. N. Educação à Distância como estratégia para a educação permanente em saúde: possibilidades e desafios. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 60, n. 5, p. 585-589, Out. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000500019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 Maio 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. **Orientações técnicas de educação em sexualidade para o cenário brasileiro: tópicos e objetivos de aprendizagem**. Brasília: UNESCO, 2014.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. **Orientações Técnicas Internacionais de Educação em Sexualidade: uma abordagem baseada em evidências**. Brasília: UNESCO, 2016-2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. **Documentos básicos**, 45 ed., 2006. Disponível em: <http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf>https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf?ua=1>. Acesso em: 9 jul. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Sexual health. **Who.int**, 2006. Disponível em: <<https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=overview>>. Acesso em: 9 jul. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Mental health. **Who.int**, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1>. Acesso em: 9 jul. 2020.

PAPALIA, D. E.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento Humano**. 12.ed. Porto Alegre: AMGH, 2014.

PARKER, R. Stigma, prejudice and discrimination in global public health. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 164-169, jan. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 set. 2020.

RIBEIRO, P. R. M. Sexualidade também tem história: comportamentos e atitudes sexuais através dos tempos. In: MAIA, A. C. B.; MAIA, A. F. (org). **Sexualidade e infância** (pp.17-34). Bauru, Faculdade de Ciências: Cecemca; Brasília: MEC/SEF. (Cadernos CECEMCA n. 1), 2005.

RINALDI, D. O acolhimento, a escuta e o cuidado: algumas notas sobre o tratamento da loucura. **Revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ**. Rio de Janeiro, n. 16, p. 7-18, 2000.

REZENDE, J. M. **À sombra do plátano: crônicas de história da medicina**. São Paulo: Editora Unifesp. 2009.

SABAT, R. Pedagogia cultural, gênero e sexualidade. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 9, n. 1, p. 9, jan. 2001. ISSN 1806-9584. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2001000100002>>. Acesso em: 17 maio 2020.

SANT'ANNA, M. S.; DASPETT, C. O pote de ouro no final do arco-íris: Casais e famílias homossexuais. In: HORTA, A. L. de M.; FEIJÓ, M.(orgs.), **Sexualidade na família** (pp. 161-174). São Paulo, SP: Expressão e Arte, 2007.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, Abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 9 jul. 2020.

SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO. Superintendência de Educação. Departamento de Diversidades. **Sexualidade**. Núcleo de Gênero e Diversidade Sexual. – Curitiba : SEED, 2009.

SEQUEIRA, C. Comunicação terapêutica em saúde mental. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 12, p. 6-8, 2014.

SFAIR, S. C.; BITTAR, M.; LOPES, R. E. Educação sexual para adolescentes e jovens: mapeando proposições oficiais. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 620-632, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000200620&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 jun. 2020.

SILVA, C. S. F. da; BRANCALEONI, A. P. L.; OLIVEIRA, R. R. de. Base nacional comum curricular e diversidade sexual e de gênero: (des)caracterizações. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, v. 14, n. esp.2, p. 1538–1555, 2019. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/iberoamericana/article/view/12051>. Acesso em: 19 jun. 2020.

SOARES, A. N.; DA SILVEIRA, B. Vieira; REINALDO, A. M. dos S. OFICINAS DE SEXUALIDADE EM SAÚDE MENTAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 2, jun 2010. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/17874>>. Acesso em: 29 apr. 2021.

TAQUETTE, S. R. Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência. **Adolesc Saude**, Rio de Janeiro, v.10, p. 72-77, Abr. 2013. Disponível em: <<https://cdn.publisher.gn1.link/adolescenciaesaude.com/pdf/v10s1a09.pdf>>. Acesso em: 9 jul. 2020.

USSEL, J. V. **Repressão sexual**. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

VIANNA, A.; LACERDA, V. **Direitos e políticas sexuais no Brasil**: mapeamento e diagnóstico. Rio de Janeiro: CEPESC, 2004.

VIEIRA-DA-SILVA, Lígia Maria; PAIM, Jairnilson S.; SCHRAIBER, Lilia Blima. O que é Saúde Coletiva. **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, p. 3-12, 2014.

VITIELLO, N. **Sexualidade: quem educa o educador: um manual para jovens pais e educadores**. São Paulo: Iglu, 1997.

WEREBE, M. J. G. **Sexualidade, Políticas e Educação**. Campinas: Autores Associados, 1998.

ZILIOOTTO, G. C. Representações sociais da enfermagem: a sexualidade de portadores de transtornos mentais. **Revista Mineira de Enfermagem**, 2014. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/976>> Acesso em: 23 out. 2020.